

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

JULIE DE MELLO CASTRO FERNANDES DUARTE

LUGARES DE ENCONTRO:

Um estudo sobre os sentidos relacionados à demanda em Saúde Mental na
Atenção Primária

RIO DE JANEIRO

2019

Julie de Mello Castro Fernandes Duarte

LUGARES DE ENCONTRO:

Um estudo sobre os sentidos relacionados à demanda em Saúde Mental na
Atenção Primária

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Lilian Miranda

Rio de Janeiro

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

F3631 de Mello Castro Fernandes Duarte, Julie
Lugares de encontro: um estudo sobre os sentidos relacionados à demanda em saúde mental na Atenção Primária / Julie de Mello Castro Fernandes Duarte.
-- Rio de Janeiro, 2019.
117 f.

Orientadora: Lilian Miranda.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, 2019.

1. Saúde Mental. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Demanda. 4. Queixa. I. Miranda, Lilian, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

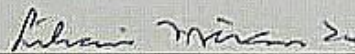
Julie de Mello Castro Fernandes Duarte

LUGARES DE ENCONTRO:

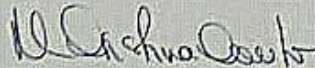
Um estudo sobre os sentidos relacionados à demanda em Saúde Mental na Atenção Primária

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

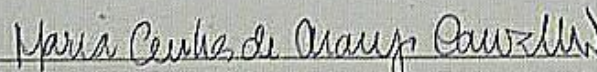
Aprovada em: 28/06/2019



(Lilian Miranda, doutora, IPUB-UFRJ)



(Maria Cristina Ventura Couto, doutora, IPUB-UFRJ)



(Maria Cecília de Araújo Carvalho, doutora, EPJIV-FIOCRUZ)

DEDICATÓRIA

Em memória de dona Lybia, minha avó e pessoa favorita.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar em tudo;

À minha família, meus pais, sogros e irmã, pelo suporte contínuo, por me acreditarem;

A Williams, por seu amor, companhia, por ser um respiro em meio às turbulências;

Às minhas amigas Thay, Rayssa, Cris e Carol, fontes inesgotáveis de escuta, indispensáveis à minha saúde mental;

À Kelly, pela amizade e companheirismo que romperam fronteiras de trabalho, por ser parte essencial da construção desta pesquisa e pelo incentivo;

À Lilian, pela impecável e humana orientação. Só tive surpresas boas!

Às professoras Cristina e Cecília, por serem uma banca acolhedora e contribuírem com impressões e conselhos tão importantes para o andamento desta pesquisa;

Aos meus colegas do mestrado, sempre tão felizes pelo sucesso do outro. Especialmente, à Marcela, com quem compartilhei uns tantos desesperos;

Aos amigos que fiz no CMS Hamilton Land e que guardo no coração, às “Reginas” e à Neusa, especialmente;

Às donas Marias, seus Josés, Joãozinhos. A todos os usuários do setor de Saúde Mental do CMS Hamilton Land, com a esperança de, no tempo em que estive lá, ter contribuído com seus bem estar. Mais do que qualquer estudo, vocês me formaram a profissional que sou hoje.

EPÍGRAFE

*Todos os dias é um vai-e-vem
A vida se repete na estação
Tem gente que chega pra ficar
Tem gente que vai pra nunca mais
Tem gente que vem e quer voltar
Tem gente que vai e quer ficar
Tem gente que veio só olhar
Tem gente a sorrir e a chorar
E assim, chegar e partir*

(Encontros e Despedidas – Milton Nascimento e Fernando Brant, 1985)

RESUMO

FERNANDES DUARTE, J. M. C. Lugares de Encontro: um estudo sobre os sentidos relacionados à demanda em saúde mental na Atenção Primária. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial). Instituto de Psiquiatria. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019.

A Atenção Primária à Saúde, no Brasil, foi estruturada para ter capacidade resolutiva estimada para 80% dos problemas de saúde apresentados pela população. Nesse contexto, as queixas relacionadas à saúde mental acompanham grande parte das demandas que chegam aos serviços. O objetivo do presente estudo foi conhecer modos como usuários de um serviço público de saúde constroem e expressam suas queixas em saúde mental. A construção do referencial teórico se deu com base nos seguintes temas: Histórico da construção da rede de Atenção Primária à Saúde na realidade brasileira, especificamente no contexto do Rio de Janeiro; Considerações sobre a demanda em Saúde Mental na Atenção Primária e os modos como ela se apresenta e contextos nos quais ela é construída. Para fins de pesquisa de campo, utilizamos o método qualitativo, com foco em uma pesquisa exploratória-descritiva, apoiada no paradigma construtivista. A pesquisa está dividida em duas partes principais: pesquisa documental e entrevistas. A pesquisa documental foi realizada em um documento do serviço de saúde que contém informações gerais sobre atendimentos de primeira vez em Saúde Mental, que visou construir um quadro amplo das principais características de quem procura o serviço. As entrevistas realizadas com 3 usuárias do serviço, Clarissa, Rozana e Stefane, serviram como base para a construção de narrativas de vida. A análise do material produzido teve como base epistemológica a Hermenêutica Filosófica. Obtivemos como principais resultados: a discussão acerca das possibilidades de construção e desconstrução conjuntas (profissional-usuário) das demandas de saúde mental, a partir das práticas de acolhimento; a compreensão de que há um silenciamento, tanto dos usuários quanto dos profissionais do serviço, a respeito da temática da violência e sua relação com as queixas em saúde mental. Propusemos, nesse sentido, a realização de espaços de discussão nos serviços de saúde, com profissionais e usuários, que contemplem a possibilidade de falar sobre como os diversos níveis de violência vivenciados afetam os encontros e as relações no cotidiano da assistência à saúde.

Palavras-chave: saúde mental; atenção primária; queixa; demanda.

ABSTRACT

FERNANDES DUARTE, J. M. C. Meeting Places: a study about the senses related to the demand in mental health in Primary Care. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial). Instituto de Psiquiatria. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019.

The Primary Health Care in Brazil was structured to have an estimated capacity for 80% of the health problems presented by the population. In this context, the complaints related to mental health follow part of the demands that reach the services. The objective of the present study was to know ways in which users of a public health service construct and express their mental health complaints. The construction of the theoretical framework was based on the following themes: History of the construction of the Primary Health Care network in the Brazilian reality, specifically in the context of Rio de Janeiro; Considerations about the demand in Mental Health in Primary Care and the ways in which it presents itself and the contexts in which it is constructed. For the purposes of field research, we use the qualitative method, focusing on an exploratory-descriptive research, supported by the constructivist paradigm. The research is divided into two main parts: documentary research and interviews. The documentary research was carried out in a document of the health service that contains general information about first-time care in Mental Health, which aimed to build a broad picture of the main characteristics of those who seek the service. The interviews with three users of the service, Clarissa, Rozana and Stefane, served as the basis for the construction of life narratives. The analysis of the material produced was epistemologically based on Philosophical Hermeneutics. We obtained as main results: the discussion about the possibilities of joint construction and deconstruction (professional-user) of the demands of mental health, based on the reception practices; the understanding that there is a silencing, both of users and service professionals, regarding the issue of violence and its relation to mental health complaints. We proposed, in this sense, the creation of spaces for discussion in health services, with professionals and users, who contemplate the possibility of talking about how the different levels of violence experienced affect the meetings and relationships in the daily life of health care.

Key-words: mental health; primary care; complaint; demand

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - A Cidade do Rio de Janeiro dividida em Áreas Programáticas	52
Figura 2 - População dos TEIAS da AP 4.0	53
Figura 3 - Os Bairros da AP 4.0, divididos em TEIAS	55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Perfil etário e por gênero do acolhimento em Saúde Mental	60
Gráfico 2 - Fontes de encaminhamento para o acolhimento em saúde mental	64
Gráfico 3 - Queixas em Saúde Mental divididas por gênero	69
Gráfico 4 - Encaminhamentos por gênero	83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil por gênero dos usuários do Acolhimento em Saúde Mental 59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDD	Cidade de Deus
CID	Classificação Internacional das Doenças
CER	Centro de Emergência Regional
CMS	Centro Municipal de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IABAS	Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
PA	Pronto Atendimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSDC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SUS	Sistema Único de Saúde
SVD	Sintomas Vagos e Difusos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
TEIAS	Territórios Integrados de Atenção à Saúde
TMC	Transtornos Mentais Comuns

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SITUANDO O TRABALHO	22
2.1.1 Uma breve história da APS	23
2.1.2 A construção da rede de APS no contexto do Rio de Janeiro	26
2.2 A DEMANDA EM SAÚDE NA APS	36
2.2.1 Os contextos por trás da queixa	39
2.2.2 <i>As queixas vagas e difusas</i> e o sofrimento que elas representam	42
3 MÉTODO	46
3.1 TIPO DE ESTUDO	46
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO	49
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	49
3.4 ANÁLISE DO MATERIAL PRODUZIDO	50
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	51
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
4.1 O LUGAR DE ONDE PARTIMOS: ASPECTOS DO TERRITÓRIO	52
4.2 PESQUISA DOCUMENTAL	59
4.2.1 Perfil da população estudada	59
4.2.2 De onde veio a demanda por atendimento	63
4.2.3 As queixas e demandas por atendimento em saúde mental	68
4.2.4 Os encaminhamentos dados aos usuários	82
4.3 NARRATIVAS SOBRE AS QUEIXAS	86
4.3.1 Narrativa 1 - “A sete chaves”	87
4.3.2 Narrativa 2 - “Em um momento, uma grande família. No outro, Rozana”	91
4.3.3 Narrativa 3 - “A gente só precisa de amor”	93
4.3.4 Sobre o enlace das narrativas	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
APÊNDICE A	111
APÊNDICE B	112
APÊNDICE C	115
APÊNDICE D	116

INTRODUÇÃO

“Chamavam-na ‘dona Tuca’. Assim era conhecida na comunidade. Porém, nem tão conhecida assim, já que a equipe de saúde sequer tinha visto seu rosto. Conheci-a no calor de uma situação constrangedora e, ao mesmo tempo, na frieza de uma situação pouco acolhedora. Eu estava em reunião, acompanhada de colegas da equipe. Um brusco movimento da porta revelou uma ACS [Agente Comunitária de Saúde], consternada, olhos arregalados. ‘Estão chamando por vocês’ [psicólogas]. Pergunto o que aconteceu. ‘Tem uma mulher surtando lá na entrada, e pediram pra chamar vocês’.

Senti dentro de mim um sentimento que nem sabia explicar: o de ser vista como uma psicóloga que ‘desliga o botão da loucura’ e ‘programa o paciente para comportamentos sãos’; o de ser vista como alguém que possui uma ‘técnica mágica’, capaz de reverter qualquer situação. Me dirigi ao local com esse sentimento preso na garganta e não podia esperar que, ao retornar, este teria se soltado em forma de choro.

Ao me deparar com a situação já instaurada, a cena que vi foi a seguinte: Uma mulher negra, de estatura baixa, levemente acima do peso, já idosa, gritava na porta da Clínica da Família. A porta era fechada por uma barreira de profissionais, à medida que ela tentava abrir. E alguns, curiosos e assustados, olhavam de dentro, pela janela.

Entre na clínica perguntando o que havia acontecido, com o intuito estimular a corresponsabilização da equipe pelo caso. Fui conduzida à sala de quem me chamara. ‘Essa mulher está louca! Já mandei chamar a ambulância. Aqui não é emergência psiquiátrica’. Tal postura não me permitiu diálogo, mudou o escopo de minha atuação naquele momento.

Aproximei-me da mulher, que esbravejava e batia nas portas. Estava acompanhada por uma vizinha, a quem perguntei o nome. ‘Não sei o nome dela, mas a chamamos de dona Tuca’. Arrisquei uma tentativa de diálogo: ‘Dona Tuca, podemos conversar?’. A mulher acalmou-se, olhou para mim e sentou ao meu lado, em uma cadeira do lado de fora da clínica. Contou-me ter um filho, usuário de drogas e de grandes doses de medicação psiquiátrica. Estava há uma semana sem medicação, e esperava que fizessem uma nova receita, o que não conseguiu, porque não havia levado seu filho consigo. No momento em que conversamos, o filho de dona Tuca estava em crise, quebrando as coisas em casa, sem assistência, sem acesso e sem possibilidades. A ambulância não entrava na comunidade.

*Dona Tuca não tinha ninguém a quem recorrer. Pedia ajuda e, mais do que isso, pedia escuta.*¹

A narrativa apresentada para introduzir essa dissertação é o relato de uma experiência vivenciada em uma unidade básica de saúde do município do Rio de Janeiro. Utilizo-me desse recurso introdutório por duas razões: a primeira e mais importante, o tema a ser abordado nesse trabalho em nenhum momento desvincula-se da prática ou distancia-se do cotidiano dos serviços. As reflexões propostas aqui partem da prática e, em algum momento, encontram lugar na teoria, entrelaçando-se à ela. Em segundo lugar, experiências como o encontro que tive com dona Tuca foram os principais motivadores da proposição e realização dessa pesquisa.

A identificação com o trabalho em Saúde Mental e as inquietações quanto à demanda na Atenção Primária e as respostas dadas à ela, se construíram em dois momentos distintos de meu processo de formação em psicologia: um primeiro momento, a partir do 5º período da graduação, quando cursava a disciplina *Psicologia e Instituições* e tive contato com conceitos e vivências que chamaram-me atenção de modo especial, aguçando-me a curiosidade pelo trabalho com saúde mental, experiência esta que seguiu-se de sucessivos estágios e disciplinas ligados a esse campo; e um segundo momento, como profissional de psicologia do SUS.

Um de meus primeiros contatos com o trabalho em saúde pública, no percurso do estágio do programa Acadêmico Bolsista, oferecido pela prefeitura do Rio de Janeiro, se deu em meu último ano de formação, em 2012, e distinguiu-se de todas as experiências de trabalho vivenciadas até então. Lotada em um Centro Municipal de Saúde, antiga Policlínica, que, na época, coexistia com uma Clínica da Família, o que imediatamente me chamou atenção foi a significativa quantidade de pessoas que se tornam usuárias crônicas de psicotrópicos, em momentos que viviam questões relacionadas a graves problemas sociais, urbanos, territoriais, além da falta de acesso a uma rede de apoio psicossocial.

Pude observar, a partir da experiência, que a rede de fatores que produzem o sofrimento e, por conseguinte, a queixa, nem sempre é compreendida pelos profissionais. A ausência de reflexão sobre essas queixas poderia ser consequência de diversos motivos, entre eles: problemas na formação profissional, dificuldades na comunicação com os usuários e questões estruturais do serviço (tais como, pouco tempo de atendimento, muitos pacientes, cobrança de produtividade). A mim, parecia que essa questão, aliada a pedidos de alívio

¹ Narrativa retirada de caderno pessoal da autora.

rápido por parte dos usuários, contribuía para a burocratização das respostas dadas a esse sofrimento.

A esse respeito, um estudo avaliativo de Onocko-Campos *et. al* (2012), mostrou, a partir da perspectiva de trabalhadores da Atenção Primária, a alta demanda de casos considerados de alta complexidade, nos quais se entrelaçavam, além de problemas de saúde, os de cunho social. Diante desses casos, o sentimento de impotência referido pelos trabalhadores entrevistados, os conduzia à realização do que denominam como um “tratamento paliativo”, no sentido de uma resposta rápida, em geral, medicamentosa.

O estranhamento que me causou essa percepção, acompanhou-me em um segundo momento de minha formação: quando comecei a atuar como psicóloga em um Centro Municipal de Saúde, com estrutura e problemas semelhantes aos que encontrei no estágio, estes, entretanto, sendo vivenciados a partir de uma outra posição. De observadora de uma realidade, passo a exercer um papel mais ativo. As questões que me acompanhavam, no interím da atuação profissional, poderiam, agora, transformar-se em intervenção.

Nesse sentido, as práticas de acolhimento em saúde mental, como parte das atividades que me competiam, foram um grande desafio. A porta de entrada de saúde mental, no contexto do serviço em que trabalho, é de responsabilidade dos profissionais de psicologia. Desse modo, todos os pacientes que procuram atendimento com uma queixa que julgue ser “de saúde mental” passam pela minha avaliação, a partir da qual, pensamos, em conjunto (profissionais e usuários), em formas de lidar e encaminhar as questões que se apresentam. Comecei, nesse segundo momento, a atuar diretamente com aquilo que me angustiava quando estagiária: a intensa demanda por cuidado em saúde mental; uma demanda, às vezes, com respostas escassas, burocráticas, sem respostas. Uma demanda que requer dos profissionais constantes questionamentos sobre as práticas, constantes remodelações, constantes “não saberes” e impotências.

Encontros como o que tive com dona Tuca tiveram grande importância para minhas reflexões sobre que respostas damos, como profissionais de saúde, aos pedidos apresentados pelos usuários. Nem sempre se compreende os casos na perspectiva da integralidade, mas de modo fragmentado, como “casos de saúde mental”. Não é incomum, na rotina do acolhimento em saúde mental, encontrar pessoas com queixas clínicas, mas que são encaminhadas por fazerem uso de algum psicotrópico ou por possuírem discurso desorganizado. Que pedidos são esses? Será que os escutamos? Será que conseguimos ouvir as necessidades por trás da queixa? Para aguçar uma reflexão sobre esses questionamentos, faz-se necessário pensar questões relativas ao enlace dos campos da Atenção Primária à Saúde e da Saúde Mental,

muitas vezes vistos de forma desconectada, bem como questões relativas ao modo como este enlace impacta as práticas em saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS), no cenário brasileiro atual, é considerada um nível de atenção estratégico, por consistir na porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e ter capacidade resolutiva estimada para cerca de 80% dos problemas de saúde. Nesse contexto, a Saúde Mental é considerada tema prioritário, de tal modo que, de acordo com o Caderno de Atenção Básica 34 (BRASIL, 2013), todos os profissionais de saúde devem se implicar no cuidado e acolhimento às questões ligadas ao sofrimento psíquico, questões estas que acompanham grande parcela da população que procura os serviços. Propõe-se, nesse mesmo documento, em termos de assistência, tomar como ponto de partida a *pessoa em sofrimento*, em detrimento das classificações diagnósticas, entendendo que esse sofrimento não se limita ao que é descrito nessas categorias, ao contrário, expande-se a uma diversidade de variáveis. O atendimento prestado ao indivíduo em sofrimento deve partir do pressuposto de que “dizer que uma pessoa não está doente, não significa que ela não necessita de cuidado” (Ibid., p.90). Esse cuidado, entretanto, para ser efetivo, prevê a necessidade de reflexões acerca dos fatores que podem estar relacionados às queixas em Saúde Mental das pessoas que buscam atendimento na APS, o que se configura no tema deste projeto.

A crescente demanda por atenção à saúde mental na APS tem sido alvo de diversos estudos na atualidade, quer por ser uma questão recorrente nos serviços de saúde, quer por sua complexidade, que se coloca como um desafio à capacidade resolutiva esperada desses serviços (TESSER, POLI NETO e CAMPOS, 2010; ONOCKO-CAMPOS et. al, 2014; FONSECA, GUIMARÃES e VASCONCELOS, 2008; VESCOVI, SOUZA E AVELLAR, 2015; LUZ, 2013).

Tesser, Poli Neto e Campos (2010), discutem as práticas de acolhimento na Atenção Primária e seu potencial desmedicalizante, e apontam para as dificuldades no que tange ao trabalho com a demanda espontânea, tão frequente na Atenção Básica, porta de entrada do SUS. Demanda esta que produz angústia nos profissionais, decorrente da carga de trabalho, exaustiva nos âmbitos emocional e físico e pode, muitas vezes, desvelar-se em problemas de saúde medicalizados.

Onocko-Campos *et al.* (2014), na mesma direção, realizam um estudo de avaliação de qualidade do acesso à Atenção Primária. Neste, a demanda dos serviços é considerada a matriz pela qual é realizado o planejamento das ações em saúde, e o acolhimento, uma diretriz, que “deveria proporcionar uma ação de aproximação às reais necessidades dos usuários” (p. 254), ao invés de configurar-se em mais um procedimento burocrático.

Ainda sobre a demanda por atendimento em Saúde Mental, a partir de minha experiência como psicóloga, foi possível depreender da rotina de trabalho em uma unidade B² de saúde, uma tendência dos usuários à procura por soluções objetivas para questões subjetivas e sociais, que podem estar relacionadas a problemas do contexto no qual estão inseridos, tais como, violência e falta de acesso a bens e serviços essenciais. Tais situações de vulnerabilidade e pobreza pressupõem, ainda, a necessidade de reconhecimento, por parte dos serviços de saúde, das formas de subjetivação produzidas no território, das singularidades da compreensão do processo saúde-doença e das diversas formas de manifestação do sofrimento (FIGUEIREDO e FURLAN, 2010), para que seja possível pensar estratégias e intervenções de cuidado, a partir dos fatores que levam pessoas a procurarem determinado serviço com um pedido de ajuda.

A escassez de espaços nos quais as pessoas possam direcionar sua demanda por sentidos também se constitui em um fator que torna o Serviço de Saúde Mental, muitas vezes, um local para onde são destinados pedidos por escuta, medicação, acolhimento do choro, psicoterapia, socialização, ações em busca de qualidade de vida. Essa demanda, segundo Luz (2013), reflete uma *crise sanitária* contemporânea, na qual há um aumento da busca por atenção à saúde, que pode estar ligado a fatores oriundos da lógica capitalista, como: precarização de emprego e condições laborais; quebra de direitos sociais; esgarçamento de valores de solidariedade e sociabilidade; mal estar coletivo e difuso. Outros fatores, como o avanço das políticas voltadas para a saúde, contribuem para que a atenção a essas demandas seja aprimorada ou para que a oferta de serviços aumente. Conseqüentemente, pode haver uma melhoria no acesso, entretanto, esta nem sempre é acompanhada por outras melhorias sociais, que influenciariam diretamente nos indicadores de saúde da população, como o investimento em políticas nas áreas de educação, segurança pública e assistência social, por exemplo.

Ainda segundo Luz (2013), a biomedicina mostrou-se incapaz de dar conta de todas essas demandas, que são consideradas por ela, reflexos do desamparo e da vulnerabilidade vivenciados pela população que busca atendimento. Dessa forma, as unidades de saúde, a depender do modo que organizam seu trabalho e dos recursos que possuem, podem responder a essas demandas de modo medicalizante, que pouco considera as questões históricas, sociais e estruturais do contexto de vida de seus pacientes (TESSER, POLI NETO e CAMPOS, 2010).

² Unidade de saúde mista, que incorpora serviços de Atenção Primária e de Atenção Secundária à saúde em um mesmo espaço físico.

Gama, Onocko-Campos e Ferrer (2014) problematizam as respostas dadas pelos serviços de saúde aos indivíduos em sofrimento psíquico, por meio de uma revisão bibliográfica relacionada à demanda de Saúde Mental na Atenção Primária. Os autores apontam para uma tendência à redução de condutas, sentimentos e comportamentos em categorias nosológicas, na medida em que são observados sem a consideração do contexto social e dos vínculos pessoais de quem busca ajuda nos serviços. Tal abordagem, influenciada pela psicofarmacologia, pode restringir-se a “como determinado quadro responde a certo tipo de medicação”(Ibid., p.73), não levando em consideração aspectos subjacentes ao sofrimento mental.

Tal sofrimento pode manifestar-se por meio de queixas *vagas e difusas*, conforme afirmam Vescovi, Souza e Avellar (2015), em um estudo sobre as representações sociais de *usuários poliqueixosos*, por médicos da Atenção Primária. Os autores apontam que há uma tendência ao aumento da condição de abandono desses usuários, por apresentarem quadros que não correspondem ao alcance das terapêuticas médicas utilizadas e não se associam diretamente com causas orgânicas. O estudo mostrou que a prevalência dessas manifestações está em pessoas do sexo feminino, com baixa renda e escolaridade, que buscam os serviços de saúde com o objetivo de minimizar o sofrimento. A partir dessa compreensão, os autores propõem a necessidade de desenvolvimento de recursos para lidar de modo mais eficaz com essas situações. Recursos estes que pressupõem a abertura do saber médico a outros saberes e “a necessidade de considerar, além da enfermidade, o sujeito e seu contexto, abrindo caminhos para a construção de dispositivos clínicos que ultrapassem os procedimentos técnicos padronizados (...)” (VESCOVI, SOUZA E AVELLAR, 2015, p.73).

Considera-se, dessa forma, de extrema importância aprofundar o debate sobre a queixa e a demanda em saúde mental, tema que se coloca intensamente no cotidiano dos profissionais dos serviços de saúde. Tendo em vista as questões até aqui apontadas, o presente trabalho debruça-se sobre os diversos sentidos e formas de construção da queixa em saúde mental de pacientes que buscam atendimento no Centro Municipal de Saúde Hamilton Land, situado na cidade do Rio de Janeiro.

As perguntas que sustentam a pesquisa são: (1) Quem é a população que procura atendimento em saúde mental na unidade (Caracterização da demanda)? Quais as principais características de quem procura o serviço? (2) Quais elementos estão envolvidos na queixa/demanda? Quais as narrativas sobre essa queixa? (3) O que é feito com essa queixa? Que destinos/direcionamentos o serviço oferece às pessoas que procuram?

O **objetivo geral** deste trabalho é: Conhecer modos como as pessoas constroem e expressam suas queixas relacionadas à Saúde Mental.

Como **objetivos específicos**, temos:

- 1- Descrever características das pessoas que procuram o serviço de Saúde Mental, considerando gênero, idade e aspectos socioculturais;
- 2- Compreender motivos e expectativas que levam as pessoas a procurar o serviço de Saúde Mental;
- 3- Discutir as ofertas de tratamento e os encaminhamentos do serviço de saúde mental.

O material produzido poderá contribuir para o desenvolvimento de práticas assistenciais do serviço no qual essa pesquisa será feita, bem como, para a produção de políticas públicas voltadas a essa população.

No capítulo a seguir, trabalharemos o referencial teórico em que essa pesquisa é apoiada. Com o intuito de orientar um estudo bibliográfico, nos detivemos em alguns eixos teóricos, principalmente: Saúde Mental na Atenção Primária; a demanda por atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na APS e as respostas dadas pelos serviços a essa demanda.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SITUANDO O TRABALHO

A Atenção Primária à Saúde (APS), segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é descrita como um conjunto de ações de saúde que têm o objetivo de promover "atenção integral que impacte a situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades" (BRASIL, 2012, p.21). Essas ações operam em nível individual e coletivo, englobando promoção, proteção, prevenção e manutenção da saúde, redução de danos, reabilitação e diagnóstico.

A PNAB apresenta diretrizes gerais da APS, que incluem práticas de cuidado e gestão pautadas em princípios democráticos e de participação social. Entende-se que a atenção à saúde deve ser territorializada, priorizar o acesso a serviços de qualidade e com boa capacidade resolutiva, estimular a criação vínculos de responsabilização entre usuários e profissionais (garantindo a longitudinalidade do cuidado) e a participação social, visar a integralidade, em seu conjunto de ações. Além dessas diretrizes, a atenção básica tem, ainda, funções específicas na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), para que esta funcione de modo a articular-se e oferecer um cuidado integral aos usuários. Entre essas funções, destacam-se: *ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado, ordenar as redes*. Desse modo, a APS é defendida pela PNAB como uma modalidade de atenção estratégica para a ordenação dos sistemas de saúde. (BRASIL, 2012)

A Atenção Primária é apresentada por Conill (2008) a partir de duas vertentes básicas: a primeira a define como cuidados ambulatoriais na porta de entrada da atenção à saúde; a segunda vertente, que será considerada neste trabalho, concerne a uma “política de reorganização do modelo assistencial, quer seja sob forma seletiva ou ampliada” (p.57). Encontramos, nessa segunda vertente, similitudes com o que é proposto pelas políticas de atenção básica no Brasil, principalmente no que tange ao seu potencial de organização do cuidado em rede. Entretanto, para o desenvolvimento de uma melhor reflexão acerca das práticas atuais na atenção básica, bem como sua consonância e pontos de disparidade com as políticas públicas, faz-se necessária uma breve explanação de como estas foram se construindo ao longo do século XX. Os estudos de Ribeiro (2007), Connil (2008) e Tesser, Poli Neto e Campos (2010) nos ajudarão a pensar a APS em uma perspectiva histórica, tanto mundialmente quanto no contexto brasileiro, auxiliando na compreensão do lugar que falamos. Para nos aproximarmos do contexto no qual se insere esta pesquisa, no entanto, nos

apoiaremos, posteriormente, no estudo de Campos, Cohn e Brandão (2016), que aborda a construção histórica da rede de Atenção Primária à Saúde, no município do Rio de Janeiro.

2.1.1 - UMA BREVE HISTÓRIA DA APS

Ribeiro (2007) analisa a APS em uma perspectiva histórica, entendendo que sua formulação se deu em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, capital da República Soviética do Cazaquistão, na qual a Organização Mundial de Saúde (OMS) cunhou o lema “Saúde para todos no ano 2000”. Conill (2008), entretanto, apresenta uma noção de Atenção Primária muito anterior àquela cunhada e difundida no evento de Alma-Ata, oriunda do Reino Unido e elaborada por seu Ministro da Saúde, na década de 20, a partir do *Relatório Dawson*, documento no qual as ideias de regionalização e hierarquização dos cuidados em saúde foram abordadas. Para esta última autora, a conferência de Alma-Ata fez com que o conceito de APS fosse “estabelecido como consenso mundial” (p. S8), destacando elementos cuja difusão era de interesse da OMS: integração de serviços locais em sistemas nacionais de saúde, participação social e intersetorialidade e a relação entre saúde e desenvolvimento econômico e social (CONILL, 2008).

A partir da década de 50, as discrepâncias estruturais e de organização dos países desenvolvidos e dos subdesenvolvidos começaram a ser vistas pela OMS como um tema proeminente, pois impactava diretamente nos indicadores de saúde de suas populações. A atenção à saúde, no período pós-guerra, caracterizou-se por práticas essencialmente curativas e um grande desenvolvimento tecnológico, o que encarecia esse cuidado e, conseqüentemente, o restringia a populações economicamente favorecidas. Essa situação influenciou a necessidade de se pensar em estratégias que viabilizassem esse acesso da população menos assistida a melhores condições de saúde. A atenção primária se configurou, a princípio, como uma possível resposta a esse impasse (RIBEIRO, 2007).

Na década de 60, o aumento da utilização de serviços cada vez mais especializados, principalmente nos países centrais, desencadeou uma crise que propiciou o surgimento de novos movimentos em prol de uma medicina comunitária. Isso foi determinado, também, pelo extenso crescimento das periferias urbanas e culminou na necessidade de respostas a esse contexto. A partir do evento de Alma-Ata, na década de 70, diversos países ensaiaram a construção de um sistema de saúde que seguisse os moldes de assistência propostos, a exemplo da experiência do Canadá e do Reino Unido (CONILL, 2008; RIBEIRO, 2007).

No Brasil, esse percurso se deu aliado aos movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. Segundo Conill (2008),

“O desenho do SUS teve influência do ideário das reformas dos sistemas contemporâneos na década de setenta, mas os conhecimentos acumulados com novos modos de práticas e formação de recursos humanos em nível local não encontrarão eco no movimento sanitário, cujos esforços centraram-se em questões mais gerais das políticas e do direito à saúde” (p.111).

O Programa de Saúde da Família (PSF), mais tarde denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF)³, surgiu em uma tentativa de reorientação do modelo assistencial de saúde, a partir da atenção básica. Até então, as políticas públicas de saúde no Brasil “refletiam o momento vivido, a economia vigente e as classes dominadoras” (ROSA e LABATE, 2005, p.1028), a despeito do bem estar e das necessidades da população.

A partir da promulgação da Constituição de 1988, seguida da lei que regulamenta o SUS (8.080/90), a saúde, em uma perspectiva política, passa a ser considerada direito de todo cidadão, a ser provido pelo Estado. Surge, nesse contexto, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que funciona como um embrião do PSF, que veio a ser concebido alguns anos depois, sendo acrescido de outras categorias profissionais. Isso abre portas para se pensar em novas práticas e novas políticas em saúde. Destaca-se, nesse momento, uma mudança de paradigmas: da ideia de uma medicina curativa, passa-se a atuar em prol de uma assistência integral ao sujeito, inserido e considerado dentro de seu contexto cultural e econômico (ROSA e LABATE, 2005).

O PSF se iniciou no contexto brasileiro no ano de 1994, com o surgimento da Saúde Coletiva e, também, por meio de influências canadenses, da Promoção da Saúde. Neste, destacavam-se “as diretrizes da intersetorialidade, da intervenção no território, a abordagem da família ou de coletivos, que persistem até hoje” (TESSER, POLI NETO e CAMPOS, 2010, p. 3618).

Entretanto, para além da proposta inicial da APS, Tesser, Poli Neto e Campos (2010) destacam as principais dificuldades dos serviços com relação a esse novo paradigma: a não reorganização da formação acadêmica dos especialistas e a falta de recomendações ou protocolos para o atendimento das demandas espontâneas, frequentes na Atenção Primária.

³ A mudança da nomenclatura se deu em 2006, visto que o termo “programa” passava a ideia de uma temporalidade, algo com começo, meio e fim. O termo “estratégia” foi considerado mais adequado, por caracterizar algo permanente e contínuo.

Essas dificuldades poderiam, segundo os autores, sustentar uma *tradição medicalizante* nas práticas dos serviços, tradição esta que, em suas origens, o PSF propunha-se a superar.

Tesser, Poli Neto e Campos (2010), ao tratarem das concepções que influenciaram o surgimento da Atenção Primária no Brasil, afirmam que, da primeira metade do século XX até sua expansão, na década de 80, o cuidado em saúde pública seguia um modelo norteamericano, no qual os Centros de Saúde “eram organizados em programas preventivos e de controles de doenças [...] e outros problemas de relevância coletiva” (p.3618). Dessa forma, a APS no Brasil configurou-se, em suas origens conceituais, como “espaço para prevenção à saúde, não para o exercício da clínica” (Ibid). Essa abordagem coletiva e epidemiológica, segundo os autores, dava origem a programas de saúde, nos quais o atendimento clínico individual era oferecido a situações consideradas prioritárias.

Observa-se, nesse contexto, a inserção de uma lógica epidemiológica na assistência à saúde, que utilizou-se de critérios epidemiológicos para o planejamento e execução de ações em saúde, a partir da criação de grupos que eram considerados prioritários e da organização das agendas em prol desses grupos. Apesar de ser indispensável ao planejamento, a centralidade dessa lógica, segundo Tesser, Poli Neto e Campos (2010), reduziu a flexibilidade das agendas, desvalorizou a demanda espontânea e, conseqüentemente, produziu barreiras de acesso dos usuários aos serviços, o que pode acarretar no afrouxamento de um trabalho pautado na integralidade.

No que diz respeito a esse acesso, podemos destacar duas outras concepções que influenciaram a forma como se construiu o modelo da APS no Brasil (além da norteamericana, anteriormente citada): A primeira é referente aos serviços de Pronto Atendimento (PA) como estratégia de acesso aos serviços de saúde. Estes serviços apresentam funcionamento distinto daqueles da concepção anterior, principalmente quanto a não valorização de “programas, responsabilidade por território, seguimento de casos, ações educativas ou comunitárias” (TESSER, POLI NETO e CAMPOS, 2010, p. 3619). O PA, ao priorizar o acesso, em detrimento da qualidade do serviço prestado, fragmenta o cuidado e gera diversas lacunas na atenção à saúde. Entre elas, pode-se apontar, “medicalização, baixa autonomia dos usuários, ineficácia ante doenças crônicas, baixo aproveitamento do potencial de outros profissionais de saúde e do trabalho em equipe e incapacidade de atuação em determinantes de saúde coletivos” (Ibid).

Uma última influência para a construção do modelo de APS brasileiro, diz respeito à uma concepção originada em países, em sua grande maioria, europeus. Esta apresenta a APS como porta de entrada nos sistemas de saúde e valoriza sua capacidade resolutiva para os

problemas apresentados por determinada população. Os autores, a partir desta derradeira concepção, apontam para a importância da estruturação de serviços que trabalhem a partir das demandas dos usuários, diretamente relacionadas a uma noção de integralidade do cuidado, em detrimento da realização de meros procedimentos burocratizados e ações programadas a partir de protocolos epidemiológicos (TESSER, POLI NETO e CAMPOS, 2010).

2.1.2 A construção da rede de APS no contexto do Rio de Janeiro

No que se refere à construção da rede de Atenção Primária à Saúde, na cidade do Rio de Janeiro, existem muitos aspectos importantes a serem considerados, para fins de contextualização deste trabalho: históricos, políticos, sociais, econômicos.

Em 2013, foi produzido pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em parceria com a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) e a OMS, um documento chamado *“Reforma da Atenção Primária à Saúde na Cidade do Rio de Janeiro - Avaliação dos primeiros três anos de Clínicas da Família”*. Este documento consistiu em uma pesquisa avaliativa das Clínicas da Família na cidade, que considerou aspectos como implantação, estrutura, processo e resultados (OPAS, 2013).

O documento citado estima que, entre os anos de 2008 e 2013, a cidade do Rio de Janeiro, passou de 3,7% para 41,1% de cobertura populacional, o que reflete o acréscimo de, aproximadamente, 640 equipes, a maior ampliação de rede de APS em todo o país. É possível questionar, entretanto, como o Rio de Janeiro, cidade que, até início da segunda metade do século XX, foi capital da república brasileira, tinha, em 2008, uma cobertura tão baixa de saúde da família. Para compreender essa questão e o modo como se deu essa ampliação, abordaremos, nesta seção, alguns aspectos relativos ao processo de construção da rede de saúde no Rio de Janeiro, a partir do século XX. Considerando que este foi o período em que, mundialmente, constituíram-se as bases da Atenção Primária à Saúde e que a cidade do Rio de Janeiro consiste no contexto em que esta pesquisa foi realizada, torna-se importante uma breve exposição histórica da trajetória dos serviços públicos de saúde no Rio. Essa exposição toma por base a importância da cidade do Rio de Janeiro para a disseminação de culturas organizacionais e práticas de saúde para o restante do país, e nos auxiliará a fazer uma contextualização do lugar de onde falamos.

Campos, Cohn e Brandão (2016) fazem uma síntese do percurso histórico sanitário do Rio de Janeiro, entre os anos de 1916 e 2015, mostrando o processo de desenvolvimento da saúde pública na cidade como pioneiro no país, visto que ela foi constituída, por muitos anos,

capital da república. Os autores apontam a inexistência de serviços de saúde pública voltados ao atendimento da população individualmente, até a década de 1910. As ações de saúde eram sempre voltadas para o coletivo, para o controle de agentes infecciosos, por meio de ações nos territórios e vacinação. As Delegacias de Saúde, nesse contexto, eram dispositivos que tinham a função de coordenar essas ações, bem como ações de inspeção sanitária em estabelecimentos diversos. As instituições filantrópicas, nesse contexto, acabaram incorporando a função de prestar atendimento ao público.

Somente a partir de 1916 surgem os primeiros estabelecimentos públicos cujo objetivo era o controle de determinadas doenças, a partir do atendimento a uma população pré definida, os Postos de Higiene e Profilaxia Rural (PHPR). E, em 1923, com a Reforma Carlos Chagas, criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública, ampliando as atribuições do governo sobre a saúde da população. (Ibid.) Observa-se, entretanto, que todas essas iniciativas governamentais, até então, teriam o objetivo de conter agravos na saúde da coletividade, tendo como “premissa a necessidade de dotar o governo de uma administração moderna e buscar um enfrentamento efetivo de doenças endêmicas e epidêmicas”. (Ibid., p. 1355)

A rede de postos de saúde, ou Centros de Saúde (CS), foi consolidada muito anteriormente à rede de Atenção Primária, datando de 1927. Partiu-se da ideia de que as estratégias adotadas até então, voltadas ao controle de agravos, eram insuficientes para atender às demandas apresentadas pelas populações mais vulneráveis. A nova estratégia, inspirada no trabalho da Cruz Vermelha norte-americana, tinha por objetivo “formar médicos sanitaristas e enfermeiras visitadoras de SP [Saúde Pública] para atuar junto às famílias pobres” (CAMPOS, COHN e BRANDÃO, 2016, p. 1355).

Havia a intenção de que os Centros de Saúde funcionassem de modo integrado (sem voltar-se apenas para doenças e agravos específicos, como a tuberculose ou morte materna-infantil, por exemplo), tornando-se referência na região onde se situavam. Entre as principais características dos CS, estava uma nova proposta de organização do cuidado, que, de algum modo, se assemelha ao proposto pelo conceito de *territorialização*, incorporado pelo SUS anos mais tarde:

“ao invés da divisão por funções, em que cada uma das repartições era especializada em uma doença, fazia-se imprescindível, especialmente em uma grande cidade como o RJ, um sistema de divisão por tarefas, centralizadas todas em um mesmo distrito sanitário. Esse trabalho foi organizado em CS, distribuídos em regiões estratégicas da cidade”. (Ibid.)

Todas essas mudanças ocorreram após a posse de Clementino Fraga no Departamento Nacional de Saúde Pública (1926) que, aliado a um grupo de jovens médicos, denominados “jovens turcos”, defendia a educação sanitária como uma ferramenta imprescindível para evitar a proliferação de diversos agravos à saúde. E, para que a população tivesse acesso a informações e orientações que auxiliassem na prevenção de doenças, seria necessário que os serviços de saúde fossem próximos a essa população. Por isso, propôs-se a divisão da cidade em Distritos Sanitários, nos quais se instalariam os Centros de Saúde (CAMPOS, COHN e BRANDÃO, 2016).

A evolução dessa rede se deu em modo concomitante com o investimento na formação de enfermeiras visitadoras, de modo que, em 1939, a cidade contava com o quantitativo de 120 Enfermeiras Visitadoras e 12 Distritos Sanitários, que compreendiam uma população de, aproximadamente, 150 mil habitantes cada. Rede que, nos anos subsequentes, serviu como modelo para a construção das redes de saúde de outros estados do país.

A partir de 1939, os Centros de Saúde, antes administrados pela esfera federal, foram municipalizados, passando a chamar-se Centros Municipais de Saúde (CMS). Essa mudança foi acompanhada de uma tendência de retorno às atividades de cunho campanhista, voltadas para doenças e agravos específicos, resultando na criação de Serviços Nacionais de Tuberculose, Febre Amarela, Lepra, entre outros. (Ibid.)

O processo de precarização do modelo de Saúde Pública instalado no Rio de Janeiro se deu até a criação do Estado da Guanabara, quando a capital da República muda, a partir da construção de Brasília, na década de 1960. Nessa época, a rede de saúde do município se encontrava com diversos problemas estruturais, tanto relativos aos recursos humanos e materiais, quanto relativos ao agravamento de diversos indicadores de saúde. Em 1962, visando solucionar essas dificuldades, foi criada a Superintendência de Serviços Médicos e das Regiões Administrativas Municipais, e foi realizado o XV Congresso Brasileiro de Higiene, com a iniciativa de discutir “Problemas médico-sanitários em áreas subdesenvolvidas e a municipalização da saúde” (CAMPOS, COHN e BRANDÃO, 2016, p. 1356).

No decorrer da década de 1960, os CMS foram reformulados, passando a chamar-se Centros Médicos Sanitários (que também utilizavam-se da sigla CMS), e sendo financiados pelos EUA, a partir de um programa de auxílio financeiro à países da América Latina. Entretanto, apesar de terem sido criados 39 novos CMS no município, não houve reformulações em seus processos de trabalho ou mudanças substanciais na legislação de saúde até o final da década de 1970 (Ibid), época que coincide com a realização do evento em

Alma-Ata, Cazaquistão, que repensou e redesenhou conceitos e práticas relativos aos cuidados primários em saúde, em âmbito mundial.

Apesar de ter havido, nesse período, um ganho estrutural nos serviços de saúde, quanto ao atendimento à população e às práticas em saúde, os autores colocam que

“Às tradicionais tarefas reservadas aos CMS, foram acrescentadas algumas outras. Manteve-se certa fragmentação e especialização das suas atividades, a partir das normas do Ministério da Saúde (MS). Estas se restringiram àquelas não assumidas pela medicina previdenciária, tais como a tuberculose, a hanseníase, a vacinação e os atestados de saúde e de saúde escolar. Acrescentaram-se ainda alguns procedimentos médicos e diagnósticos implantados de forma tímida.” (CAMPOS, COHN e BRANDÃO, 2016, p 1357)

Apesar do período entre as décadas de 1960 e 1970 ter sido uma fase com poucas mudanças conceituais no funcionamento da Saúde Pública do município do Rio de Janeiro, os autores consideram que este consistiu em uma base para os acontecimentos dos anos seguintes, principalmente em termos de garantir condições estruturais básicas para as mudanças que seriam propostas a seguir. (CAMPOS, COHN e BRANDÃO, 2016)

Com base no que foi preconizado pela reunião de Alma Ata, em 1978, a gestão municipal do Rio de Janeiro passa a entender o papel estratégico dos cuidados primários à saúde, de modo que, entre os anos de 1979 e 1985, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) adota políticas que viabilizassem a expansão de serviços voltados a esse tipo de atenção. Havia, nesse contexto, grande pressão popular para essa expansão, visto que, “ainda que os CMS pudessem prestar este atendimento, acabaram se burocratizando.” (Ibid., p.1357)

Os novos serviços criados, as UACPS (Unidades Auxiliares de Cuidados Primários à Saúde) e as UMAMPS (Unidades Municipais de Atendimento Médico Primário), eram sempre referidos a um CMS, que era responsável por determinado território. Os autores destacam como inovação desses serviços a busca por práticas em saúde que olhassem para o indivíduo um uma perspectiva integral. (CAMPOS, COHN e BRANDÃO, 2016)

Uma nova expansão da rede ocorre a partir de 1986, com a criação de 27 Postos de Saúde em bairros vulneráveis da cidade, para o atendimento médico de especialidades básicas, atendendo a população não previdenciária e para vigilância epidemiológica.

O período a partir de 1988 foi marcado pela criação do SUS, a partir do texto da Constituição Federal que afirma ser a saúde um direito de todos e um dever do Estado. No Rio de Janeiro, esse período também foi marcado pelo processo de municipalização dos serviços de saúde, que eram, em grande parte, administrados pela esfera federal, considerando que a cidade, até décadas anteriores, era a capital da República.

O PSF, criado em 1993, foi considerado em seu potencial substitutivo, visando o atendimento integral à saúde e facilitando a universalização do cuidado. Diversas experiências bem sucedidas do PSF, em alguns municípios brasileiros, inspiraram a cidade do Rio de Janeiro a adotar esse modelo de trabalho. Entretanto, havia um grande impasse na implantação do PSF no Rio: a variedade de tipos de serviços já implantados na rede de saúde no decorrer das décadas anteriores, o que gerava oposição de diversos entes governamentais (CAMPOS, COHN e BRANDÃO, 2016).

Um processo que ocorreu concomitantemente a esse impasse, foi a municipalização dos Postos de Atendimento Médico da Previdência Social (PAM), que, segundo os autores, foi “o mais lento do país” (Ibid., p.1358). As dificuldades desse processo se deram por diversos motivos, entre eles, precarização e abandono dos PAM, bem como, questões relativas a orçamento, o que é exposto pelos autores no trecho a seguir.

“A lentidão com que se deu a municipalização dos PAM foi resultado não só de conflitos políticos entre os níveis federal e municipal, mas também porque eram unidades grandes demais para serem absorvidas pela SMS. O orçamento da saúde previdenciária no RJ era muitas ordens de grandeza superior ao da SMS. Além disso, a indefinição do papel desta rede no SUS era outro complicador” (CAMPOS, COHN e BRANDÃO, 2016, p. 1358).

Desse modo, a implantação da rede de Atenção Primária no Rio de Janeiro, por meio do PSF, encontrou desafios estruturais desde o início, visto que a saúde pública na cidade se construiu, ao longo dos anos, como uma colcha de retalhos, na qual tornava-se difícil novas costuras.

Campos, Cohn e Brandão (2016) relatam ter havido esforços em prol de uma uniformização da oferta de serviços assistenciais em saúde para a população do Rio de Janeiro, a partir da elaboração de um novo modelo de atenção na gestão de 1991. Apenas em 1995, entretanto, foram criados 15 PAM, não mais administrados pela Previdência Social, mas pela SMS. Essa mudança administrativa, segundo os autores, promoveu o crescimento da rede básica e a ampliação da capacidade de atendimento à população. Nesse mesmo período, foi criada a primeira Equipe de Saúde da Família da cidade, lotada na Ilha de Paquetá, e inspirada pelo modelo de Atenção Primária implantado em cidades vizinhas, como Niterói. Apenas a partir disso, o PSF e o PACS começam a expandir pela cidade. Essa expansão, contudo, conforme já colocado, foi lenta e acompanhada de muita resistência, de modo que, em 2008, 13 anos depois da implantação da primeira equipe de Saúde da Família, mais de 90% da população carioca ainda não era coberta.

A partir de 1998, o modelo do PSF passou a ser conhecido por ESF, conforme dito anteriormente. Isso implicou em propostas de mudança e reorganização do modelo, que, por meio da Norma Operacional Básica 96, passou a receber novos recursos, para a ampliação da atuação dos municípios. Apesar da expansão das equipes de ESF em municípios de todo o país e do projeto de ampliação da rede básica no Rio de Janeiro, isso não ocorreu de modo integral. Campos, Cohn e Brandão (2016), a esse respeito, afirmam que, em 2001, as unidades básicas do Rio de Janeiro “ainda funcionavam sob a lógica de programas de saúde, limitando a assistência médica para os usuários do serviço que se enquadrava em alguns dos programas, como hipertensão, tuberculose, saúde da mulher, etc.” (p. 1359).

Apesar de esforços para ampliar a rede de Saúde da Família no Rio, até 2008 a cobertura era restrita apenas a algumas regiões de extrema pobreza, sendo grande parte do orçamento da saúde destinada à rede hospitalar, que, segundo Campos, Cohn e Brandão (2016) era uma contradição, visto que “ao não investir na ESF o município era impedido de receber recursos federais extras destinados a este fim, perpetuando um ciclo vicioso difícil de ser quebrado” (p. 1359).

Em 2009, a cobertura de ESF no Rio de Janeiro era de, aproximadamente, 7%, e, estimulada pelo fato de que a cidade sediaria, no ano de 2016, as Olimpíadas e Paraolimpíadas, e tendo a constatação da piora no quadro sanitário municipal, a nova gestão municipal decide repensar o modelo de saúde implantado na cidade. Essas mudanças foram inspiradas pelos modelos de saúde de outras cidades que foram sedes das Olimpíadas, como Montréal (Canadá) e Londres (Inglaterra), a partir dos quais, iniciou-se o projeto de construção das Clínicas da Família (CAMPOS, COHN e BRANDÃO, 2016).

As Clínicas da Família passam a ser administradas por duas instâncias: as CAP (Coordenações de Área Programática) e as OS (Organizações Sociais), ambas vinculadas à SMSDC (agora chamada, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil). As primeiras, para gerir as práticas de atenção à saúde no território e as segundas, para gestão financeira e de pessoal (Ibid.).

Entre 2010 e 2014, a cobertura na cidade do Rio de Janeiro passou a 45% e, segundo os autores, “a reforma da APS representou não só a ampliação de acesso, mas também no aumento da capacidade resolutive” (CAMPOS, COHN e BRANDÃO, 2016, p.1360). E um ponto muito importante, relativo à reforma da APS entre os anos de 2009 e 2015, foi a classificação dos serviços da rede básica em três tipos:

- “a) unidades tipo A: unidades de saúde onde todo o território é coberto por equipes da Estratégia Saúde da Família;
- b) unidades tipo B: unidades de saúde tradicionais, com incorporação de uma ou mais equipes da ESF, que cobrem parcialmente o território;
- c) unidades tipo C: unidades básicas de saúde tradicionais, sem a presença de equipes de SF”. (CAMPOS, COHN e BRANDÃO, 2016, p.1360)

Esse formato é característico da cidade do Rio de Janeiro e da forma como sua rede de saúde foi se construindo ao longo dos anos, configurando-se em uma possível saída para o impasse relativo à diversidade de dispositivos de saúde, já mencionado.

As unidades tipo A consistem nas Clínicas da Família propriamente ditas, que foram estruturadas, a partir de 2009, para serem serviços, exclusivamente, de Atenção Primária, “com uma estrutura física compatível [com a demanda], e que levava em consideração aspectos como ambiência, conforto e sustentabilidade” (CAMPOS, COHN e BRANDÃO, 2016, p.1360), bem como, com a ideia de uma resolutividade, por meio da “incorporação de tecnologia apropriada e abrangente, com oferta de coleta de exames laboratoriais, raio X, ecografia, entre outros exames e procedimentos” (Ibid.).

As unidades do tipo B, como aquela na qual esta pesquisa foi realizada, são unidades tradicionais, em geral, conhecidas como os antigos *postos de saúde*, que priorizam o atendimento ambulatorial de diversas especialidades, mas possuem uma ou mais equipes ESF inseridas no mesmo espaço físico. Nessas unidades de saúde, a administração, em geral é dividida pelas OS e pela SMSDC, sendo os recursos, tanto físicos quanto humanos, subordinados a diferentes instâncias.⁴

As unidades tipo C consistem em ambulatórios que abarcam diversas especialidades médicas e de outras categorias profissionais, não possuindo nenhuma cobertura de ESF.

Para a ampliação da cobertura em Saúde da Família, Campos, Cohn e Brandão (2016) apontam que algumas medidas foram tomadas, principalmente, para a provisão dos cargos de Médico de Família e Comunidade. Entre estas, destacam-se: “aumento da remuneração [...] com plano de carreira estruturado, contratação por CLT pelas OSs previamente qualificadas, para cada área do município, incluindo metas de desempenho e pagamento por produtividade” (CAMPOS, COHN e BRANDÃO, 2016, p.1360), assim como, “a criação de um programa de residência médica com previsão de 80 vagas, com uma bolsa de valor diferenciado” (Ibid.). Segundo os autores, estudos apontam, até 2015, para a satisfação desses

⁴ Essa divisão da administração da unidade B pode gerar alguns impasses na prática e precarizar o serviço, visto que nem sempre ficam claros quais os recursos são administrados pelas OS e quais o são pela SMSDC. Quanto aos trabalhadores, os diferentes tipos de contratação (estatutária e celetista) fazem com que, em um mesmo serviço, transitem profissionais da mesma categoria e carga horária, com direitos trabalhistas diferentes. A coexistência dessas desigualdades pode gerar conflitos interpessoais e algumas dificuldades na organização do trabalho.

profissionais médicos com relação à questão salarial e a um certo nível de estabilidade, apesar de não haver um vínculo empregatício estatutário.

A aceitação, apontada pelos autores, da reforma da APS no Rio, se deu, entre outros motivos, pela ampliação dos incentivos financeiros oriundos do Governo Federal, que caminhou em consonância com o aumento de gastos públicos com a saúde. Como inovações e dispositivos importantes destacados por Campos, Cohn e Brandão (2016), nesse período, estão: o prontuário eletrônico e o *Accountability*, dispositivo de avaliação dos serviços prestados pelas unidades de APS; a *Carteira do Usuário* e o site *Onde ser Atendido*, ferramentas que favorecem a compreensão dos usuários do funcionamento do sistema de saúde.

Essas experiências, vivenciadas pela cidade do Rio de Janeiro, no setor da saúde, de acordo com Campos, Cohn e Brandão (2016, p.1361), “causaram forte ressonância no âmbito nacional e internacional, já que despertou interesse e visitas técnicas por parte de secretarias de saúde de todas as capitais do país, diversos municípios e ainda representante de outros países como Peru, Chile, Espanha, Portugal, Angola.”

Assim, conforme apontado pelo estudo de avaliação da expansão da rede de APS no Rio (OPAS, 2013), a cidade do Rio de Janeiro teve, entre 2008 e 2013, grandes avanços no que diz respeito à implantação e consolidação do modelo de ESF e a melhorias no acesso, satisfação e saúde da população. Sobre esse momento político da cidade, o documento afirma haver “grande aceitação da reforma da APS na direção do modelo A junto ao Gabinete do Prefeito, na Câmara de Vereadores, inclusive com emendas parlamentares para criação de Clínicas da Família, assim como junto ao Conselho Municipal de Saúde” (Ibid., p. 78)

Nesse sentido, ao final do estudo, foram traçadas recomendações para a continuidade do processo de crescimento da rede, entre as quais, é importante destacar:

- a) Radicalizar o processo de reforma em direção às Clínicas da Família.
- b) Intensificar o aumento da cobertura da ESF, preferencialmente por meio da criação de novas Clínicas da Família. Extinguir unidades do modelo C e evitar aumento de unidades do modelo B.
- c) Diminuir progressivamente território das unidades dos modelos B e C, com criação contígua de unidades do modelo A, transferindo médicos especialistas das unidades B e C para Policlínicas, oferecendo melhorias no seu processo de trabalho, aliado a papel de matriciamento. As Policlínicas devem ter todas as suas consultas ofertadas no SISREG, sem oferta de consultas para especialidades básicas com acesso direto da população.
- d) Manter incentivo à inovação em APS, aumentando escopo de ações e apropriação tecnológica na ESF.
- e) Fortalecer adesão à “Carteira de Serviços”; monitorar adesão à “Carteira” por equipe de Saúde da Família; e monitorar a produção dessas ações quantitativamente.

- f) Manter e reforçar iniciativas de educação continuada e captação de bons profissionais, especialmente os médicos de família e comunidade.
- g) Valorizar o papel da enfermeira, para otimizar em número o atendimento da população adscrita, inclusive na agenda de crônicos.
- h) Obter transparência no quantitativo total de oferta de consultas/procedimentos especializados junto aos hospitais, alocando todo o conjunto de oferta direcionado ao Rio de Janeiro no SISREG. Criar incentivos financeiros de melhor pagamento das consultas/procedimentos especializados mais necessários identificados via SISREG aos hospitais que abrirem toda a sua oferta ao SISREG.
- i) Criar mecanismos de coordenação assistencial, aliados a mecanismos de pagamento por desempenho aos hospitais que aderirem a um processo de trabalho coordenado pela APS, a fim de reforçar o papel coordenador e ordenador da APS.
- j) Integrar prontuário eletrônico da APS aos sistemas de informação de segundo e terceiro nível assistencial, e ao SISREG.
- k) Incorporar, com maior intensidade, indicadores de monitoramento no dia a dia da gestão da Unidade; principalmente, dados sobre nº consulta médica/médico/dia, variabilidade diagnóstica, taxas de encaminhamentos e de solicitação de exames. Isso provavelmente implicará na exigência 80 Organização Pan-Americana da Saúde de se realizar melhorias nos sistemas de informação originados dos prontuários eletrônicos, bem como em maior capacitação dos profissionais a fim de qualificar seus registros.
- l) Fortalecer comissão de regulação local e sistema de pagamento por desempenho, com incorporação de uso de indicadores e protocolos clínicos que aumentem a qualidade assistencial.
- m) Ampliar escopo do ‘Protocolo para o Regulador’, incluindo os exames (mamografia e ecografias, por exemplo) e especialidades mais solicitados.
- n) Incorporar aos indicadores de desempenho algumas prioridades em saúde, como sífilis congênita, saúde mental e cobertura de mamografias.
- o) Garantir legalmente o papel executor das OSs, e reforçar ainda mais o papel gestor da SMS-RJ, com manutenção da contratação de profissionais para o modelo A por meio da CLT. (OPAS, 2013, p. 79-80)

Considerando as recomendações acima destacadas, torna-se importante instigar uma reflexão sobre o momento atual das políticas públicas em saúde, no contexto do Rio de Janeiro, compreendendo que esta dissertação está sendo concluída em maio de 2019. O cenário político atual, no âmbito do SUS, foi alvo de alguns estudos recentes, que se propuseram a analisar as diretrizes apresentadas pela nova PNAB (2017) e traçar hipóteses sobre os possíveis reflexos na saúde pública. Faremos, adiante, breves considerações sobre esse cenário, tomando por base a apresentação de uma edição especial da Revista Saúde em Debate⁵ (FAUSTO *et al.*, 2018).

Fausto *et al.* (2018), ao introduzirem a revista Saúde em Debate com o tema “30 anos de APS no SUS: estratégias para consolidação”, trazem um compilado de avanços e desafios enfrentados pela APS brasileira nas últimas três décadas, acreditando que, apesar de ainda distante de alcançar o nível de um sistema de saúde universal, o SUS aumentou o acesso e a qualidade da assistência. Um dos fatores motivadores dessa ampliação foi a consolidação da

⁵ Disponível em:

<http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/15/v.%2042%2C%20n.%20especial%201>

ESF como porta de entrada no SUS, que, apesar de coexistir com outras estruturas de funcionamento da atenção básica, como vimos na seção anterior, se destacou pelo seu potencial de organização do cuidado.

A PNAB de 2006, segundo as autoras, está em concordância com o que é preconizado na Constituição de 1988, visto que “prevê a oferta e a organização de ações e serviços na perspectiva do acesso à atenção integral em saúde, com papel privilegiado na organização de práticas com potencial para impactar nos determinantes sociais da saúde” (FAUSTO *et al.*, 2018, p.12).

Em 2017, entretanto, foi instituída uma nova PNAB, que, de acordo com Fausto *et al.* (2018), propõe a revisão de importantes diretrizes da APS, o que pode gerar impactos na sua forma de organização e na assistência. As autoras dão destaque às seguintes propostas, introduzidas pela PNAB de 2017: “a **autonomia** concedida ao gestor municipal para definição do escopo de serviços (**essencial ou ampliado**) ofertados nas UBS” (FAUSTO *et al.*, 2018, p.12, grifo nosso) e “a delimitação do espaço territorial de vinculação da população às equipes de saúde da família ou **outros tipos de arranjos organizacionais** na atenção básica” (Ibid., grifo nosso).

Na primeira proposta, fez-se necessário o destaque de duas expressões, “autonomia” e “essencial ou ampliado”, que mostram não haver mais uma delimitação clara do escopo de serviços ofertados pela atenção básica dos municípios, ficando essa definição a cargo de cada gestor.

Sobre a segunda proposta da PNAB 2017, destacada por Fausto *et al.* (2018), é importante fazer um paralelo com as recomendações para a consolidação da rede, que concluem o documento de avaliação da APS no Rio de Janeiro (OPAS, 2013). Quando a PNAB 2017 apresenta, de modo sutil, a ideia de que a população será vinculada à ESF ou a “outros tipos de arranjos organizacionais”, põe em questão duas recomendações feitas pela OPAS: “Intensificar o aumento da cobertura da ESF, preferencialmente por meio da criação de novas Clínicas da Família. **Extinguir unidades do modelo C e evitar aumento de unidades do modelo B**” (OPAS, 2013, p. 79, grifo nosso) e

“**Diminuir progressivamente território das unidades dos modelos B e C, com criação contígua de unidades do modelo A**, transferindo médicos especialistas das unidades B e C para Policlínicas, oferecendo melhorias no seu processo de trabalho, aliado a papel de matriciamento. As Policlínicas devem ter todas as suas consultas ofertadas no SISREG, sem oferta de consultas para especialidades básicas com acesso direto da população” (Ibid., grifo nosso).

Fausto *et al.* (2018) entendem que, apesar de não haver clareza no que concerne às repercussões dessas nuances da nova PNAB, elas ameaçam a consolidação de uma APS universal, colocando em risco os avanços já conquistados nas políticas públicas. No caso do Rio de Janeiro, considerando os fatores históricos da construção da rede de saúde, já apontados, e a expansão ainda tão recente da ESF, podemos deduzir maiores riscos ao crescimento da APS e uma ameaça ainda maior para a rede já construída.

2.2 A DEMANDA EM SAÚDE NA APS

Para abordarmos o tema “Demanda em saúde na Atenção Primária”, faz-se necessária, primeiramente, trabalharmos definições e distinções entre os conceitos de *demanda* e *necessidade*.

Pinheiro *et al.* (2010) afirmam que existem modelos explicativos que, com frequência, são utilizados para definir as demandas em saúde, interferindo diretamente na forma como esse conceito é construído. Esses modelos, em sua maioria, baseiam-se em critérios e referenciais retirados dos campos da economia e do planejamento em saúde. Desse modo, “demanda em saúde”, a partir da visão do paradigma da economia, seria definida a partir dos conceitos de “demanda e oferta”, que regem as relações entre consumidores e fornecedores que, nesse caso, seriam compatíveis com as figuras do paciente e do médico, enquanto o conceito de “saúde” seria análogo ao de mercadoria. Nesse sentido, é importante destacar a não existência de uma legislação específica que regule a relação entre médico e paciente, sendo essa função absorvida pelo Código de Defesa do Consumidor⁶, o que contribui para a construção social dessa visão econômica do conceito de demanda em saúde.

Essa visão é problematizada pelos autores, quando estes afirmam que “reproduz o caráter dicotômico e estático que a economia clássica pretende imputar às mesmas [categorias demanda e oferta]” (PINHEIRO *et al.*, 2010, p.14), apresentando, em contrapartida, uma noção de demanda construída no cotidiano, nas inter-relações, contextualizada e historicamente situada. Desse modo, identificam que os elementos que estão presentes na demanda em saúde são construídos nas relações entre usuários, profissionais e gestores, bem como, com o serviço de saúde.

Entretanto, ao se pensar as demandas a partir da noção de *problemas de saúde*, Pinheiro *et al.* (2010) consideram um problema: “a redução do sujeito pela objetivação da

⁶ Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990.

doença, desconsiderando os contextos em que se inserem, cujas respostas só podem ser elaboradas a partir dos conhecimentos especializados advindos das duas racionalidades [econômica e biomédica]” (PINHEIRO *et al.*, 2010, p. 16). As doenças, identificadas a partir de um conhecimento técnico e dito científico, seriam consideradas, nesse sentido, como as “reais necessidades de saúde”, segundo os autores.

Assim, os modelos explicativos requeridos pelas demandas em saúde apresentadas, em geral, são diferentes daqueles que objetivam a doença, reduzindo o sujeito e seu contexto. Em concordância com Pinheiro *et al.* (2010), entendemos que os chamados “modelos ideais”, que lêem e traduzem as demandas em “reais necessidades”, tendo como resultado respostas técnicas e quantificáveis, conservam e reproduzem o poder institucional, bem como, a dominação simbólica por meio do conhecimento tido como científico. Como consequência, as instituições de saúde tendem a tornar-se “impermeáveis às práticas e valores democráticos” (Ibid, p.21), de modo que a compreensão do conceito de *necessidades* de saúde, a partir da leitura das racionalidades econômica e biomédica sobre as demandas apresentadas aos serviços, coloca em pauta um questionamento importante: Essas racionalidades poderiam ser consideradas aporte suficiente para a garantia do direito à saúde? (PINHEIRO *et al.*, 2010)

De modo complementar, Ayres (2009), ao tratar das relações entre *demanda* e *necessidades* de saúde, afirma ser importante rememorar alguns princípios do SUS, que nos ajudam iniciar essa discussão, a saber, a universalização, a equidade e a integralidade. O autor apresenta esses três conceitos como referidos um ao outro de modo convergente, ou seja, de forma a compreender que estes se dirigem a um objetivo comum: “compatibilizar pragmatismo com utopia, realismo prático com capacidade de sonhar” (p. 13).

Dos princípios explorados pelo autor, a integralidade seria o que mais se aproxima, em termos de práticas em saúde, da realização dos “valores de justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde” (Ibid, p. 14), apesar de haver, ainda, uma grande dificuldade em precisar uma definição para o conceito. Desse modo, considera-se a *integralidade* fundamental para a melhoria das ações de atenção à saúde, visto que impulsiona a busca por um diálogo entre *diversidades* e *tensões* do cotidiano da saúde, a partir de quatro eixos, que são interdependentes: o das necessidades (relativo às demandas em saúde); o das finalidades (referente à integração entre ações de prevenção, promoção e tratamento); o das articulações (relativo à integração entre diversos saberes, serviços e ações intersetoriais); o das interações (estabelecidas no cotidiano das práticas em saúde) (AYRES, 2009). Todos esses eixos têm relação com um trabalho realizado na perspectiva da integralidade. Nos deteremos, neste momento, ao eixo das necessidades.

Ayres (2009) faz uma crítica à forma como os arranjos tecnológicos, no cotidiano da assistência à saúde, acabam por introduzir uma visão segmentada e descontextualizada do indivíduo, reiterando que “a ideia de cuidado vem justamente tentar reconstruir, a partir das tensões e problemas apontados, uma atenção integral à saúde de indivíduos e comunidades, buscando recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas e desconexas” (p. 18). Desse modo, faz relação entre o cuidado e o *ouvir mais*, o que nos remete à compreensão sobre o *eixo das necessidades* como relativo à escuta, acolhimento e resposta às demandas em saúde. Não se refere apenas ao pedido de quem procura atendimento, mas aos procedimentos de quem recebe esse pedido. Entendendo a noção de cuidado como diretamente relacionada à de integralidade, torna-se importante o desenvolvimento de uma capacidade de resposta que não se restrinja a ações preventivas, corretivas ou de recuperação, mas que se amplie a partir dessa escuta. (AYRES, 2009).

Assim, quando pensamos nas necessidades dos usuários, não podemos deixar de considerar as lacunas existentes na compreensão de como se constroem as queixas das pessoas que chegam aos serviços, buscando um cuidado em saúde. Onocko-Campos *et al.* (2014), ao tratarem do planejamento das ações em saúde, afirmam que este deve ser realizado de forma ascendente, isto é, a partir das demandas apresentadas pelos usuários da APS. Essa colocação traz à reflexão a importância de um olhar sobre as demandas de atendimento que chegam às unidades de saúde, para que haja qualidade nos serviços prestados e para que o cuidado seja centrado na pessoa, não na doença. As práticas de acolhimento devem ser pensadas, neste sentido, como formas de promover o acesso e aproximar-se das necessidades apresentadas pelos usuários, tecer redes e organizar o serviço.

Desse modo, buscaremos, nessa seção, propor reflexões acerca de fatores que podem estar na base da alta demanda por atendimento em saúde mental nas Unidade Básicas de Saúde.

Em primeiro lugar, abordaremos uma discussão realizada em ensaio de Madel Luz (2013), que trata dos impactos do capitalismo na busca por atenção à saúde, bem como, os trabalhos de Vilhena (2002), Paugam (2002) e Gama, Onocko-Campos e Ferrer (2014), que abordam, respectivamente, a questão da pobreza no âmbito das relações estabelecidas entre as pessoas e seus territórios existenciais, e do processo de *desqualificação social*, caracterizado pela expulsão gradativa de camadas da população do mercado de trabalho e a relação entre saúde mental e vulnerabilidade social. Da articulação entre os estudos, pensaremos as relações entre o contexto vivido e as queixas em saúde mental, bem como modos alternativos como os indivíduos buscam lidar com o sofrimento.

Em um segundo momento, cabe apresentar e discutir estudos relativos à demanda que busca os serviços de saúde, como os de Fortes *et al.* (2014), Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008), Vescovi, Souza e Avellar (2015) e Jucá, Nunes e Barreto (2009), que abordam a questão da demanda em saúde mental na atenção básica, principalmente quanto aos chamados “transtornos mentais comuns”, “queixas vagas e difusas” e “usuários poliqueixosos”. Essa temática se constitui em grande desafio para o trabalho, visto que é intensamente presente na prática assistencial e, em geral, a formação do profissional é insuficiente, no que diz respeito à lida com esses usuários.

2.2.1 Os contextos por trás da queixa

Luz (2013) traça considerações e apresenta hipóteses acerca da busca por atenção à saúde e da fragilidade das populações que demandam esse cuidado, frente aos processos econômicos, políticos e culturais advindos da lógica capitalista. A partir da perspectiva da sociologia da cultura, a autora aborda o tema analisando macroprocessos. Parte da constatação de que o capitalismo está em crise, em suas diversas instâncias, mas enfoca sua dimensão ética, ao afirmar que a crise ética do capitalismo coloca *valores sociais milenares* em segundo plano, favorecendo a interiorização de valores que condizem com a racionalidade do mercado, tais como competição, lucro, consumismo, individualismo. Entre os valores apresentados pela lógica do capitalismo, a *produtividade* e seus processos podem se destacar como geradores de grande impacto sobre a saúde mental e física dos indivíduos (LUZ, 2013).

No que tange às relações sociais, a interiorização desses valores pode ter consequências drásticas para a saúde das populações, considerando que colabora para a “ruptura paulatina do tecido social, destrói bases de sociabilidade historicamente enraizadas em instituições e coletividades, e produz, literalmente, *perdas de sentido* culturais” (LUZ, 2013, p.13), gerando uma *crise sanitária*. Isso, ainda segundo a autora, gera, entre outras sensações, a de instabilidade e desamparo.

Diante dessa sensação de constante instabilidade e mal estar, emergem queixas de sofrimento psíquico e, muitas vezes, em vista da vulnerabilidade orgânica motivada pelo mesmo, adoecimento físico. A demanda por saúde, segundo hipótese da autora, é uma demanda por símbolos. O lugar da saúde, na sociedade capitalista, cada vez mais, preenche funções antes partilhadas com outros níveis de atenção: relações de empatia, encontros sociais, situações de cuidado antes designadas à família ou à escola. Do mesmo modo, “a sociedade civil usa as práticas de saúde como estratégias de ressignificação da vida, de

reposição de valores de solidariedade e de atribuição de novos sentidos à saúde” (LUZ, 2013, p.22).

Quanto a essas estratégias para amenizar o sofrimento, Vilhena (2002) aponta que são criadas por sujeitos que “trazem as marcas do abandono destinado aos indivíduos pobres no plano das políticas públicas” (p.51). A autora, em seu artigo, discute a questão do território como agenciador de subjetividades, a partir de um estudo realizado em uma comunidade situada na cidade do Rio de Janeiro, enfocando as experiências de desenraizamento, provocadas, principalmente, pela intervenção do Estado, ou por sua ineficácia, no que diz respeito à proteção social. Estas experiências vão desde “uma migração motivada por busca de emprego e salário – passando pelas traumáticas situações relacionadas às remoções das favelas – até os deslocamentos para fronteiras mais distantes das periferias, provocadas pela valorização das áreas urbanas que antes ocupavam” (VILHENA, 2002, p. 49). Essa sensação de instabilidade, advinda de experiências como as citadas pela autora, torna-se um traço formador da identidade cultural dessa população, o que se desdobra na perda de outros elementos identificatórios, principalmente os que dizem respeito à cultura de origem desses indivíduos.

A autora aponta, ainda, uma construção social de identidades coletivas para esses indivíduos. Identidades estas que excluem suas singularidades, presumem suas histórias de vida, a partir do contexto no qual vivem, e os colocam em uma posição na qual “todo sentimento vira lamento e onde toda experiência vira carência” (Ibid.). Nesse caso, como resposta à descaracterização sofrida por essa população, Vilhena (2002) destaca a existência de estratégias para lidar com a perda de elementos identificatórios, chamadas, por ela, de *fenômenos transicionais*, que se configuram na tentativa de trazer para a vida cotidiana elementos de sua cultura de origem, como forma de reafirmar as singularidades existentes. Como exemplo disso, a autora relata:

“Quem passeia pelas ruas da comunidade observa a profusão de objetos/símbolos da cultura nordestina, que tanto afirmam a separação, a descontinuidade e a desterritorialização quanto restabelecem a continuidade – o sentimento de continuar sendo –, promovendo a construção de um novo território a partir da sobreposição da cultura de origem à cultura local.” (VILHENA, 2002, p.49-50)

De modo complementar ao exposto pela autora supracitada, Paugam (2002) afirma que parte das características identitárias e culturais das comunidades tem sua origem nesse desenraizamento que, além de provocar a sensação de não pertencimento ao novo espaço,

limita o sentimento de pertinência a uma classe social, o que, muitas vezes, acarreta no risco de isolamento social.

Enquanto Vilhena (2002) aborda a questão da pobreza no âmbito das relações que as pessoas estabelecem com seus territórios existenciais, Paugam (2002) trata de um processo, por ele denominado *desqualificação social*, caracterizado pela expulsão gradativa de camadas da população do mercado de trabalho. O processo descrito pelo autor desencadeia, segundo ele, inatividade, necessidade da assistência social e conseqüente isolamento. É defendida, neste sentido, uma relação entre o desemprego e a ruptura dos vínculos sociais, o que favorece a exclusão social. No que se refere a essa questão, podemos recorrer a Vilhena (2002), que aponta, nessa direção, a necessidade de “refletir de que forma as precárias condições de habitação, saúde, educação e inclusão social atuam na dinâmica das relações; qual o lugar que o espaço habitado ou a cidade em que vivemos ocupa na construção de nossa identidade” (p. 50 e 51).

As queixas em saúde mental, com muita frequência, podem ter ligação com os processos descritos anteriormente. A pobreza, a precariedade dos vínculos sociais, a falta de acesso a bens de consumo e serviços básicos são fatores que podem agravar o sofrimento.

Patel (2011), em artigo escrito para a revista *The Lancet*, traça relações entre pobreza e o que são as chamadas “desordens mentais”. Após vasta revisão bibliográfica e a compreensão de que há poucos estudos com esse objetivo, o autor traça duas hipóteses distintas: a de que a pobreza seria a causa transtornos mentais; e a de que são esses transtornos geradores da pobreza. Concluiu-se, no estudo de Patel (2011), que a questão da pobreza tem maior índice de influência no desencadeamento de quadros agudos, considerados de menor gravidade, como os depressivos e ansiosos. Entretanto, observa-se que quadros psiquiátricos crônicos, como esquizofrenias, muitas vezes desencadeiam uma situação social próxima à pobreza, devido a fatores como a falta de acesso ao mercado de trabalho, por exemplo. Entende-se como disparadores da temática “pobreza” não apenas a questão da renda, mas indicadores como IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) e acesso a bens e serviços essenciais, entretanto, no caso desse estudo específico, os indicadores de renda possuem maior relevância.

Essas informações nos trazem a reflexão sobre como a situação social pode estar ligada ao desenvolvimento das queixas em saúde mental, porém, esta relação, conforme colocado por Gama, Onocko-Campos e Ferrer (2014), não pode reproduzir “uma lógica simplista que associa ‘loucura’ e ‘pobreza’ reforçando a estigmatização e o preconceito com relação à população menos favorecida” (p.70). Esta associação trata de um problema

complexo, visto que incorpora-se rapidamente no imaginário da população e dos profissionais que lhe dão assistência. Isso pode favorecer práticas de saúde normativas, com pouco espaço para a construção do diálogo e da autonomia. Os autores apontam, nessa direção, para a importância do aprofundamento de uma reflexão acerca dos conceitos de *saúde mental* e *vulnerabilidade social*, no contexto das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Essa problematização, segundo os mesmos autores, pode ajudar a pensar *boas práticas*, no que diz respeito à saúde mental.

A partir do contexto exposto, analisaremos a seguir a demanda por atendimento à saúde, as queixas em saúde mental vinculadas à ela. Questiona-se, nesse sentido, quais são as respostas dadas pelos serviços a essa demanda, crescente, difusa, desafiadora.

2.2.2 As *queixas vagas e difusas* e o sofrimento que elas representam

Como já abordado, há diversos fenômenos sociais e econômicos que podem ter relação com a construção da queixa em saúde mental. Os usuários que buscam os serviços de saúde para relatar algum tipo de sofrimento que se manifeste em forma de sintomas, no entanto, o fazem com expectativas diversas, que podem ser voltadas para a busca de um diagnóstico e para a espera de uma conduta terapêutica que os ajude a amenizar o sofrimento, quando as estratégias cotidianas se mostram ineficazes.

Diversos estudos sobre demanda em saúde mental na atenção básica abordam a grande procura por atendimento de pessoas com queixas inespecíficas, sem ligação aparente com causas orgânicas, que são de difícil manejo para os profissionais e que sugerem que estes ampliem seu lugar de escuta. Entre esses estudos, podemos citar o de Fortes *et al.* (2014), que pensa o papel da psiquiatria no matriciamento da APS, compreendendo desde as mudanças no lugar da psiquiatria na assistência, a partir da perspectiva da integralidade, até reflexões sobre a demanda que requer esse matriciamento; o de Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008), que, a partir de uma revisão bibliográfica, situa o tema; o de Jucá, Nunes e Barreto (2009) que trata da sensação de despreparo dos profissionais de saúde, ao lidar com casos de sofrimento mental; e, finalmente, o estudo de Vescovi, Souza e Avellar (2015), que parte da perspectiva dos profissionais de saúde, acerca dos usuários chamados *poliqueixosos*.

Todos os estudos citados, ao se referirem à busca por atendimento em saúde mental na APS, abordam a utilização de termos, cunhados pela literatura e pelo cotidiano da assistência, que visam definir essa demanda. São estes, *Transtornos Mentais Comuns* (TMC), *Sintomas Vagos e Difusos* (SVD), *Sofrimento Difuso*, entre outros. Alguns destes são usados pela

literatura em uma tentativa de classificar as queixas que não são passíveis de inclusão em categorias do CID. Outros, são usados como rótulos, como é o caso dos termos *poliquexoso*, *pitiático* (FONSECA, GUIMARÃES e VASCONCELOS, 2008; VESCOVI, SOUZA e AVELLAR, 2015).

Em um aspecto conceitual, os Transtornos Mentais Comuns ocupam o lugar de um *modelo dimensional do sofrimento mental na comunidade*, que não é englobado em critérios diagnósticos psiquiátricos, mas que demandam cuidado, associando-se a indicadores étnico-raciais, de gênero, econômicos e sociais. Os TMC, em geral, incluem os *transtornos depressivo-ansiosos* e o *sofrimento emocional difuso*. (FORTES *et al.*, 2014)

Fortes *et al.* (2014) propõem analisar o papel da psiquiatria na assistência da APS, com base em um modelo de cuidado integral à saúde. Destacamos, anteriormente, a importância da perspectiva da integralidade, no que tange ao cuidado na atenção básica, compreendendo que “a integralidade nos desafia a saber e fazer ‘o que’ e ‘como’ pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um” (AYRES, 2009, p.14). De modo complementar a essa ideia, Fortes *et al.* (2014), entre outros temas abordados em seu artigo, procuram caracterizar as demandas mais frequentes em Saúde Mental na APS, com vistas a pensar o impacto da integração da psiquiatria com a APS, por meio do cuidado colaborativo com a ESF. Entre essas demandas, encontram-se: a abordagem à família, os transtornos mentais graves e persistentes, o uso nocivo de álcool e os transtornos mentais comuns. No caso dos TMC, considerados, por Fortes *et al.* (2014), um desafio para o matriciamento em saúde mental, estes são associados a “queixas físicas inespecíficas, incluindo sintomas muito frequentes como irritabilidade, insônia, nervosismo, fadiga, esquecimento e falta de concentração” (p.1086-7), sendo a APS a principal referência para o cuidado dessa demanda.

Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008) tratam da questão das queixas somáticas inespecíficas como um problema de raízes diversas, que se coloca como uma das maiores demandas por assistência à saúde na atenção básica. Problema este que não encontra resposta ou preparo dos profissionais para o seu cuidado. Quanto à definição de TMC, os autores afirmam serem estes uma possibilidade de classificação de queixas somáticas e sintomas inespecíficos, tais como, dores no corpo, dores de cabeça, nervosismo, insônia. Sintomas estes que poderiam se caracterizar em “depressivos, ansiosos ou somatoformes” (p.287), o que, em termos epidemiológicos, ajudaria a compreender a prevalência dessas manifestações em determinada localidade. Entretanto, os autores apontam para o risco de que o conceito sugira a ideia de uma psiquiatrização e medicalização da vida.

Um outro estudo que reafirma a sensação despreparo dos profissionais no que diz respeito a lidar com casos de sofrimento mental, é o de Jucá, Nunes e Barreto (2009), realizado com uma equipe de Saúde da Família na cidade de Salvador - BA. Os autores afirmam que os sentimentos de impotência e medo compartilhados pelos profissionais de saúde, no que tange à assistência a esses usuários, podem levar a três implicações diferentes: a desassistência, um tratamento diferenciado e práticas assistencialistas.

Em relação à desassistência, a pesquisa mostra a precariedade de registros do sofrimento mental e cadastros de pessoas que buscam ajuda por esse motivo, sendo essa precariedade considerada um sintoma do desconcerto dos profissionais mediante ao encontro com esses sujeitos. O estudo também coloca que, quando assistidos, indivíduos em sofrimento mental podem receber um tratamento diferente por parte dos profissionais (atendimento com portas abertas, presença de outras pessoas no atendimento). Isso pode refletir uma tentativa de proteção dos profissionais diante do medo de lidar com pessoas portadoras de algum transtorno mental. E, em último lugar, as práticas assistencialistas podem ter ligação com o sentimento de impotência vivenciado pelos profissionais de saúde, ao perceberem a ligação entre as questões sociais e o sofrimento mental. Segundo os autores, esse sentimento acaba por gerar uma tentativa de alguns profissionais de suprir as necessidades apresentadas pelos usuários (JUCÁ, NUNES e BARRETO, 2009).

Vescovi, Souza e Avellar (2015) afirmam, nesse sentido, que os transtornos mentais comuns, manifestados a partir de sintomas vagos e difusos, ao não apresentarem causalidade orgânica, tendem a ser pouco investidos pelos profissionais de saúde, apesar de haver a necessidade de que sejam desenvolvidos recursos capazes de lidar com o sofrimento. Por outro lado, os autores também destacam a falta de precisão no estabelecimento de diagnósticos e de planejamento do projeto terapêutico, o que pode ter como consequência condutas “equivocadas e limitadas a prescrição de psicofármacos, [...]” (Ibid., p.72) e outros procedimentos desnecessários e, até mesmo, iatrogênicos.

Quanto a isso, sabe-se que a questão da tendência à medicalização da vida tem sido amplamente discutida em estudos diversos, envolvendo aspectos conceituais e contextuais variados. Uma revisão bibliográfica, realizada por Tesser, Poli Neto e Campos (2010), aponta que, a princípio, o termo medicalização era utilizado para dar conta do aumento da assistência médica e dos recursos terapêuticos a ela vinculados. Posteriormente, entretanto, passa a incorporar, em sua definição, questões humanas sob o domínio do *medicalizável*, situação na qual “a ação profissional [...] tende a transformar toda queixa em síndrome, “transtorno” ou

doença de caráter biológico, desligando-a da vida vivida pelo doente, considerando-a realidade distinta e independente” (p.3617).

Os autores colocam, ainda, a importância de se deslocar do médico o lugar de único protagonista do cuidado, incluindo outras abordagens e explicações possíveis às demandas e ampliando, assim, o escopo de atuação de outros profissionais. Nisso, compreende-se que “a escuta, a avaliação de risco/vulnerabilidade, a orientação, a resolução de problemas e o cuidado fazem parte do ‘campo de competência’ de todos os profissionais” (TESSER, POLI NETO E CAMPOS, 2010, p.3621)

Os estudos de Conrad (2007) constituem-se em importante referência no que diz respeito à temática da medicalização. O autor propõe que, antes que se pense em medicalização, é importante que se estabeleça, em termos conceituais, do que estamos falando. A definição proposta por Conrad envolve transformar comportamentos considerados desviantes em transtornos de ordem médica. Desmedicalizar, nesse sentido, abrangeria, também, uma mudança na forma de enxergar esses comportamentos. Um exemplo de desmedicalização, apresentado em sua obra “The Medicalization of Society”, está na progressiva mudança do imaginário social com relação à homossexualidade, antes considerada categoria do CID.

Desse modo, o conceito de medicalização adotado neste trabalho, se aproxima do apresentado por Conrad e pelo estudo de Tesser *et al.* (2010). Compreende-se a medicalização como um processo complexo, que envolve transformar diversas manifestações da experiência humana em necessidades médicas, inviabilizando a utilização de recursos, que não os de lógica biomédica, para seu cuidado.

Assim, a abertura do saber médico a outros saberes torna-se essencial para que ocorra o cuidado e acolhimento da demanda que chega aos serviços de saúde pública, de forma que seja considerado “o sujeito e seu contexto, abrindo caminho à construção de dispositivos clínicos que ultrapassem os procedimentos técnicos padronizados que se configurem como expressão de resistência à hegemonia do paradigma biomédico” (VESCOVI, SOUZA e AVELLAR, 2015).

3. MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Utilizamos, para os propósitos deste trabalho, o método qualitativo, com foco na realização de uma pesquisa exploratória-descritiva, orientada pelo paradigma construtivista. Nesse sentido, considera-se a importância da ação social na construção da realidade e a possibilidade dos sujeitos envolvidos de apreendê-la. (MINAYO, 2006)

Temos, como base epistemológica para a construção e análise do material empírico, a Hermenêutica Filosófica, tendo em vista que estudar a ação humana pressupõe a compreensão de que os sentidos atribuídos ao objeto a ser estudado variam de acordo com pessoa, contexto, cultura. A Hermenêutica, segundo Gadamer (1999, apud MINAYO, 2006), seria a busca dessa compreensão, a partir da comunicação entre seres humanos, por meio da linguagem. Minayo (2006) aponta, ainda, que

“a hermenêutica trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, dentro dos seguintes pressupostos: o ser humano como ser histórico e finito complementa-se por meio da comunicação; sua linguagem também é limitada, ocupando um ponto no tempo e no espaço; por isso, é preciso compreender também seu contexto e sua cultura” (p.166).

Da mesma forma, a visão do pesquisador, seus preconceitos e posicionamento teórico-metodológico, influenciam na forma como o material será analisado, não sendo a perspectiva experiencial do pesquisador considerada limitação metodológica. Entende-se, assim, que as experiências e percepções apreendidas pelo pesquisador “sofrem influências das nossas visões de mundo, possuidoras de uma historicidade, portanto, em nada ‘naturais’”. (DESLANDES, 2010, p.33)

Deslandes elabora, nessa direção, uma diferenciação entre o objeto real, não passível de apreensão, e o objeto construído, “versão do real a partir de uma leitura orientada por conceitos operadores” (Ibid.) Segundo Denzin e Lincoln (2006), essa compreensão é produzida em um diálogo, sendo os significados negociados entre pesquisador e sujeito de pesquisa.

Tendo em vista esses pressupostos metodológicos, como **instrumentos e técnicas metodológicas**, que contemplam os objetivos deste trabalho, contamos com uma pesquisa documental e entrevistas individuais, em profundidade.

A **pesquisa documental** é considerada, por Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009), muito similar à pesquisa bibliográfica. Sua diferença encontra-se na natureza das fontes de

estudo: enquanto a pesquisa bibliográfica recorre a contribuições de diferentes autores sobre um mesmo tema, a pesquisa documental “caracteriza-se pela busca de informações em documentos que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias” (p. 6).

O documento pesquisado neste trabalho consiste em um livro utilizado para coleta de dados do grupo de acolhimento em saúde mental⁷ do serviço em questão, no qual são dispostas informações gerais de quem procura atendimento na unidade (matrícula, nome completo, telefone, serviço de origem, idade, queixa, encaminhamento realizado e observações gerais). Este tem acesso e preenchimento limitados aos profissionais do setor de saúde mental.

O livro de registros do acolhimento em saúde mental existia previamente a minha entrada no serviço, entretanto, continha apenas informações básicas sobre os atendimentos, como nome, serviço de origem e encaminhamento realizado. Optamos por acrescentar elementos como idade e queixa. As queixas são descritas em relatos breves (1-2 linhas), que possuem a função principal de nos auxiliar a lembrar dos casos quando necessário, não contemplando, desse modo, a totalidade do discurso do usuário. Outra característica interessante do livro consiste no fato de que, além de encontrarmos o modo como os usuários expressam suas queixas, é possível observar as leituras que diferentes profissionais fazem das mesmas e suas diversas linguagens. Por exemplo, é possível encontrar discursos mais técnicos, com termos da psicopatologia, como, “*Hipopragsmatismo, isolamento, insônia, labilidade emocional (...)*”, e discursos mais aproximados da linguagem e das falas do usuário, como “*Insônia, nervosismo, estresse*”; “*Clonazepan não adianta nada’(SIC)*” e “*Gangorra emocional’(SIC)*”. Por um lado, isso torna difícil uma padronização das queixas. Mas, por outro lado, essa padronização poderia restringir a espontaneidade da escrita do profissional.

As informações que nos interessam são, principalmente, gênero, idade, serviço de origem, queixa, encaminhamento feito. Foi realizada uma coleta de informações acerca dos atendimentos de acolhimento em Saúde Mental, no período entre janeiro e dezembro de 2017,

⁷ O grupo de acolhimento em Saúde Mental é um dispositivo estratégico utilizado como recurso de organização da demanda, no qual são atendidas pessoas que procuram o serviço pela primeira vez. Espera-se, com o grupo, haver resolutividade nos casos, sendo possível pensar, junto com o paciente e a equipe presente (Psicóloga, Assistente social, ACS), na melhor forma de acolher a necessidade apresentada. No serviço em questão, esse grupo ocorre duas vezes na semana, com duração média de 2 horas e marcação de, aproximadamente, 13 pacientes e 2 vagas de urgência. O número de agendamentos e a quantidade de grupos são revistos com frequência, procurando-se levar em conta a procura por atendimento. Chegam ao grupo desde usuários que necessitam de acompanhamento ambulatorial em Psicologia e Psiquiatria até demandas espontâneas diversas.

com objetivo de construir um quadro amplo sobre as queixas e as características das pessoas que procuram atendimento. A análise do documento consistiu em registrar os dados relevantes ao estudo em planilhas de Excel, procurando sistematizá-los em forma de gráficos e quadros, que foram base para a discussão dos resultados.

Quanto às **entrevistas**, optamos, para fins de pesquisa de campo, pela metodologia qualitativa, utilizando-se da abordagem de Narrativas de Vida, tal como sistematizada por Berteaux (1997). Minayo (2006) sugere que as entrevistas, na abordagem de Narrativas de Vida, sejam abertas e não diretivas, preconizando o estabelecimento de uma relação entre entrevistado e entrevistador e a criação de um ambiente que inclua “atitude diretiva para informações gerais, escuta atenta, mas não passiva para aprofundamento de temas relevantes e exploração das lógicas contraditórias por meio de perguntas que possam enriquecer as narrativas” (p. 159). Parte-se da compreensão de que, no interím do processo de construção da narrativa, a pessoa reflete sobre a própria vida, “buscando um fio condutor que lhe dê sentido, a partir do presente e projetando o futuro”. (Ibid., p.161). Desse modo, o falar de si, o dialogar com a própria experiência, tem seu lugar, pois auxilia o indivíduo “na lida com seu processo de adoecimento, a compreender sua própria experiência, a reduzir estigma e a criar condições de possibilidades mais auspiciosas para sua vida presente e futura” (SERPA JR. et al., 2014, p.1055). Mais do que apenas tratar de condições do passado e presente, a narrativa possibilita costurar elementos da vida, de forma a construir o futuro.

As entrevistas foram conduzidas a partir de uma questão norteadora⁸, que volta-se à busca da compreensão de como a queixa foi se construindo na história de vida do entrevistado. As entrevistas foram gravadas e transcritas, a partir da assinatura, pelos entrevistados, de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

O material transcrito de cada entrevista serviu como base para a construção de narrativas, que tiveram como objetivo apresentar os fluxos de ideias, descrições dos acontecimentos e afetos dos sujeitos da pesquisa, segundo o que foi possível compreender e organizar em formato de texto (Onocko-Campos, 2011). Propõe-se, a partir do material produzido, o compartilhamento do mesmo com os sujeitos da pesquisa, por meio da leitura das narrativas construídas, para a produção de consenso, o que foi chamado por Onocko-Campos (Ibid.), *momento hermenêutico*; este tem a dupla função: interventiva e de validação das informações.

⁸ O roteiro de perguntas está em anexo (Apêndice D)

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O trabalho de pesquisa de campo foi desenvolvido no Centro Municipal de Saúde Hamilton Land, localizado no município do Rio de Janeiro, região metropolitana do estado, onde insiro-me profissionalmente há 3 anos, no cargo de psicóloga. A escolha do local se deu a partir dessa inserção no serviço, fator facilitador no acesso a informações e na compreensão do funcionamento dos processos de trabalho, mas, principalmente, devido ao fato deste ser o local onde as questões da pesquisa foram despertadas.

Mais detalhes sobre o território onde foi realizado este estudo estarão adiante, introduzindo o capítulo de discussão dos resultados.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram entrevistados, sujeitos que, segundo profissionais da unidade de saúde, buscam o serviço com alta frequência, com queixas difusas, de difícil resolução, que seriam comumente encaminhadas à Saúde Mental; pacientes informalmente chamados *poliqueixosos*. Para tanto, foram realizadas reuniões com esses profissionais (2 médicos de família, 4 enfermeiros, 1 psicóloga, 1 psiquiatra, 2 assistentes sociais), no período de 1 mês, para apresentação e discussão do projeto, bem como para solicitação das indicações de pacientes. Os sujeitos da pesquisa foram convidados, por meio de contato pessoal ou telefônico, a participar. Conseguir essa indicação de usuários, entretanto, foi considerada uma das limitações vivenciadas no decorrer do trabalho de campo. Todos os profissionais aos quais foi apresentado o projeto desta pesquisa, mostraram-se solícitos e disponíveis a colaborar com o trabalho. Entretanto, diversos motivos, muitos deles, aparentemente, vinculados à rotina de trabalho, podem ter contribuído para a dificuldade de conseguir contato com as pessoas a serem entrevistadas, sendo possível a realização de, apenas, três entrevistas (Uma pessoa indicada pela psicologia, uma pessoa que participa do grupo de relaxamento e uma pessoa atendida pela primeira vez no acolhimento em Saúde Mental).

Como principal **critério de inclusão** dos sujeitos, consideramos o desejo de participação na pesquisa. Propusemos diversidade de faixa etária e gênero, bem como das queixas que os levaram a procurar o serviço (por exemplo, “depressão”, “ansiedade”, “esquecimento”). Inicialmente, esperou-se que o número de participantes fosse definido pelo critério de saturação, ou seja, começaríamos com um mínimo de 5 sujeitos e seguiríamos entrevistando outros, até que identificássemos já ser possível responder às perguntas do

estudo e verificássemos quando as narrativas dos sujeitos, embora sempre singulares, começassem a repetir ideias relacionadas ao objetivo do estudo. Contudo, dadas as limitações acima apontadas, foram entrevistados apenas 3 sujeitos.

Quanto aos **critérios de exclusão** da pesquisa, destacam-se: pessoas com idade inferior a 18 anos; quem não deseja participar; pessoas que são acompanhadas pela pesquisadora, já estando inseridas no serviço de saúde mental; pessoas que procuraram o serviço em função de queixas com quadros neurológicos associados (por exemplo, um paciente que desenvolve um quadro depressivo após um acidente vascular cerebral; um paciente que faz uso de medicação psiquiátrica apenas para estabilizar um quadro convulsivo; entre outros).

Cada entrevista ocorreu em um encontro, com duração média de 50 minutos, tendo sido viabilizada a duração desejada ou possível para o entrevistado. Foi utilizado o tempo necessário à construção da história de vida e compreensão da queixa.

3.4 ANÁLISE DO MATERIAL PRODUZIDO

O material produzido a partir do estudo documental do livro de acolhimento em saúde mental foi disposto, como dito anteriormente, em formato de gráficos. Estes possibilitaram uma visão ampla das características das pessoas que procuraram o serviço de saúde mental no ano de 2017. Essas informações foram apresentadas em quatro gráficos diferentes: Perfil etário e por gênero da população; Fontes de encaminhamento; Queixas e demandas em saúde mental; Encaminhamentos dados. A partir da exposição desses dados, foi possível fazer uma discussão que nos auxiliou a responder algumas das perguntas que embasaram este trabalho.

A análise do material produzido nas entrevistas se apoiou na Hermenêutica, desenvolvendo-se a partir da leitura flutuante do mesmo, e da identificação de núcleos de sentido, ou *núcleos argumentais*, que se tratam de um conjunto de frases que “tenta atribuir a ele [a um tema] algum tipo de explicação” (ONOCKO-CAMPOS, 2011, p. 1278). O que interessa para este trabalho é a forma como a temática da queixa aparece e as argumentações em torno da mesma. Propõe-se compreender essas construções a partir da narrativa dos sujeitos entrevistados e do diálogo com a literatura. A análise será realizada em profundidade, conforme propõe Onocko-Campos (Ibid.), a partir de um material “descrito de maneira densa, meticulosamente detalhado” (p.1270) e construído na relação entre o pesquisador e o sujeito de pesquisa.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do IPUB e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, estando em conformidade com as resoluções 466/2012 (relativa a pesquisas e testes com seres humanos) e 510/2016 (referente às questões éticas de pesquisas das áreas de Ciências Sociais e Humanas).

As entrevistas e procedimentos da pesquisa, conforme estabelecido nos artigos 6º e 7º da Resolução 580, de 22 de março de 2018, não foram realizados no decorrer da rotina de atendimento do serviço, para que não houvesse prejuízos à assistência à saúde da população, e obedeceram ao cronograma previsto (APÊNDICE A).

Uma das questões enfatizadas pelo Comitê de Ética da SMS RJ, teve relação com o modo como possíveis desconfortos apresentados por participantes seriam acolhidos pelo serviço, caso precisassem de uma atenção especializada. Sobre isso, é possível citar a entrevista de Stefane⁹, na qual a participante falou sobre situações que a fragilizavam e provocavam choro. O choro e os silêncios foram acolhidos e respeitados durante a entrevista, bem como, foram colocadas as possibilidades de interrupção. Stefane, no período em que foi feita a entrevista, aguardava atendimento psicológico em lista de espera. Entretanto, com sua participação na pesquisa, foi priorizado um atendimento imediato, com a outra psicóloga da unidade de saúde, que se iniciou na mesma semana.

No capítulo a seguir, apresentaremos resultados da pesquisa documental e das entrevistas, bem como, a discussão dos mesmos.

⁹ Nome fictício dado a uma das participantes da pesquisa, que havia chegado há pouco tempo no serviço, não estando inserida, ainda, em nenhuma modalidade de atendimento.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

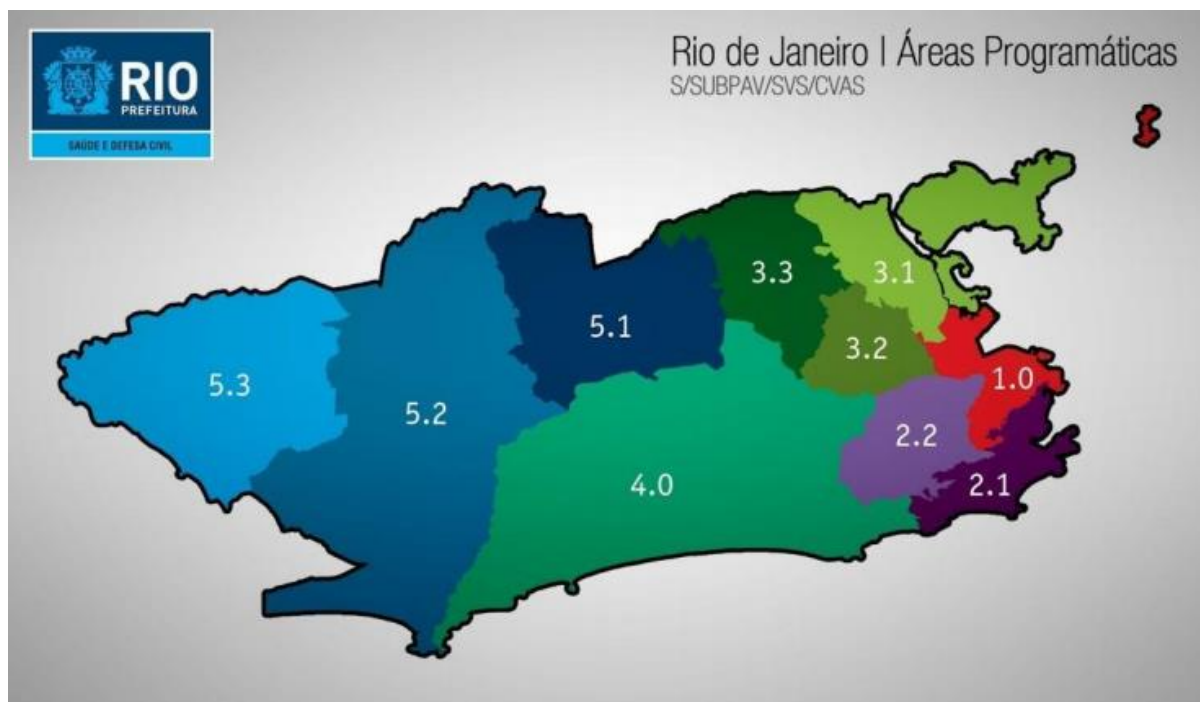
4.1 O LUGAR DE ONDE PARTIMOS: ASPECTOS DO TERRITÓRIO

Segundo dados do último censo do IBGE, realizado em 2010, a estimativa populacional da cidade do Rio de Janeiro se aproximaria dos 6 milhões e 500 mil habitantes (IBGE, 2010), com uma alta densidade demográfica - em torno de 5.300 habitantes por km² - o que torna o Rio de Janeiro a cidade mais populosa do estado e a segunda do país.

Os indicadores de renda da população apontam que a estimativa de renda per capita média do município, em 2015, seria de 4,3 salários mínimos. Entretanto, 31,4% da população viveria com até 1 ½ salários mínimos. Esses dados pressupõem uma grande concentração de renda em uma pequena parcela da população, o que torna possível inferir sobre os níveis de desigualdade e vulnerabilidade social da cidade.

No que diz respeito à administração da saúde pública municipal, a cidade organiza-se em Áreas Programáticas (APs), que são entendidas como regiões que coordenam, de forma territorializada, o atendimento em saúde das populações adscritas. Cada AP corresponde a um conjunto de bairros situados em uma mesma zona da cidade, conforme apresentado na imagem a seguir:

Figura 1 - A Cidade do Rio de Janeiro dividida em Áreas Programáticas



Fonte: Coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde - SMS RJ

A AP onde foi realizado este trabalho é a 4.0, que compreende parte da Zona Oeste, mais especificamente a região de Jacarepaguá, Barra e adjacências, que corresponde a 24% do território geográfico da cidade e 11% da população. A aparente baixa densidade demográfica é consequência da existência de grandes regiões de preservação ambiental. A AP 4.0, entretanto, consiste em um território de muitas variações de renda e desigualdades, abrangendo desde a Barra da Tijuca (5º IDH do município) até a Cidade de Deus (CDD), que está entre os 5 mais baixos IDH da cidade.

A AP 4.0 é subdividida em três eixos distintos (Tanque, Recreio e Cidade de Deus), denominados Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS), que compreendem os bairros que os nomeiam e os bairros adjacentes. A Figura 2, a seguir, apresenta o contingente habitacional de cada TEIAS representado. É possível observar que o Território Recreio é o mais populoso da região, sendo também, o de maior extensão territorial. O Eixo Cidade de Deus, entretanto, é o que possui a maior concentração populacional, levando em consideração o tamanho do território e o fato de ser o segundo mais populoso da região.

Figura 2 - População dos TEIAS da AP 4.0



Fonte: smsdccap4.blogspot.com (2019)

O bairro Cidade de Deus, que dá nome ao TEIAS Cidade de Deus, local de interesse do presente trabalho, é, ainda, o que apresenta os menores índices de longevidade, alfabetização, tempo de estudo, média salarial da Área Programática. Ao mesmo tempo, observa-se neste território grande concentração populacional, chegando, em 2010, a mais de 35 mil habitantes.¹⁰

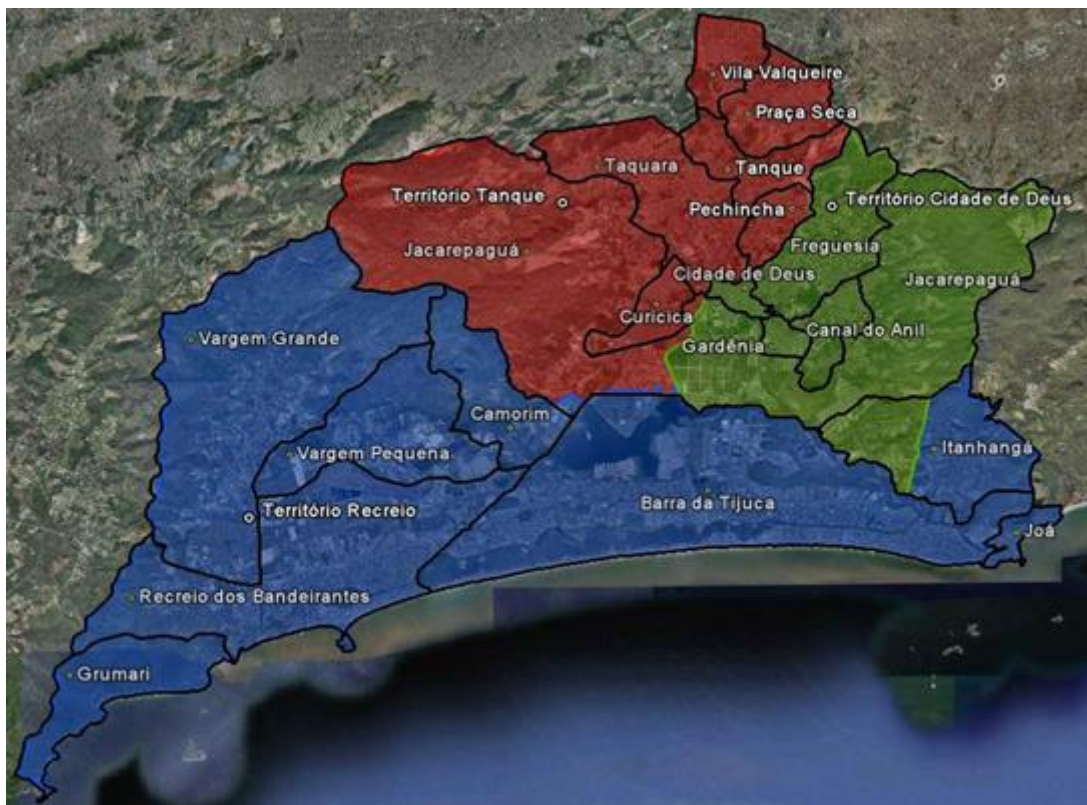
Historicamente, a Cidade de Deus foi concebida como um bairro planejado, para abrigar pessoas consideradas de baixa renda, que serviriam de mão de obra para a região da Barra da Tijuca. A aprovação do projeto deu-se em 1964, com início das obras em 1965. Entretanto, em janeiro de 1966, um ano após o começo da construção, o Rio de Janeiro foi atingido por fortes chuvas, que deixaram desabrigado um grande contingente populacional, residente de diversas favelas do município e de cidades vizinhas. Como recurso emergencial para lidar com a situação, o poder público destinou as casas e apartamentos, em processo de construção, a essa população. Isso se deu em um contexto de falta de infraestrutura, saneamento, condições de saúde básicas, devido ao não acabamento de obras essenciais e, principalmente, ao exacerbado número de pessoas alocadas. Ao mesmo tempo, foram inseridos, no mesmo território, grupos e facções rivais do tráfico de drogas, o que tornou frequentes, no cotidiano do local, disputas, confrontos e, até mesmo, assassinatos.¹¹

A unidade de saúde onde foi desenvolvida a pesquisa é inserida nesse contexto histórico e geográfico e atende à população desse bairro, dos bairros do TEIAS CDD e também é responsável pelo atendimento em saúde mental de parte dos bairros Taquara, Pechincha e toda a região do Itanhangá, inseridos em outros territórios. Na Figura 3, a seguir, é possível localizar os bairros que compõem o TEIAS CDD e os outros bairros citados, alguns, distantes geograficamente.

¹⁰ Dados retirados do Rio Como Vamos, documento contendo indicadores do bairro (Disponível em: http://riocomovamos.org.br/portal/arquivos/indicadores_cidade%20de%20deus.pdf), e do site da Prefeitura do Rio (Disponível em: www.rj.gov.br/dlstatic/10112/1529762/DLFE-220205.pdf/1.0)

¹¹ Informações retiradas do blog Cidade de Deus, escrito pela moradora Rosalina Brito, que vivenciou esse contexto e que, atualmente, dedica-se a investigá-lo e registrá-lo. Disponível em: cidadededeus-rosalina.blogspot.com.br

Figura 3 - Os bairros da AP 4.0, divididos em TEIAS



Fonte: smsdccap4.blogspot.com (2019)

Observa-se que os bairros Taquara e Pechincha, apesar de situados no Território Tanque, são muito próximos ao CMS Hamilton Land, o que não compromete a assistência, em termos de território. Entretanto, o bairro Itanhangá compreende um longo trajeto até a unidade de saúde, o que nos instiga a questionar os motivos pelos quais o setor de saúde mental do serviço é responsável pelo bairro, visto que a distância dificulta o acesso e, conseqüentemente, a universalidade e integralidade do cuidado.

A população atendida pelo serviço de saúde mental do CMS Hamilton Land, assim, ultrapassa os 300.000 habitantes, sendo possível conjecturar, a partir dos dados obtidos, que esta chegue aos 350.000 habitantes.

O serviço é classificado como uma unidade B, o que o caracteriza como misto, abrangendo da Atenção Primária (Clínica da Família CDD) à atenção à média complexidade (CMS Hamilton Land). Essa característica lhe permite ter um ambulatório de saúde mental, para o qual é encaminhada, pelos profissionais do CMS e da Clínica da Família, a maior parte dos usuários que apresentam situações de sofrimento psíquico. Ambos os serviços encontram-se lotados no mesmo espaço físico, mas são administrados por instâncias diferentes: a Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social (SMSDC) e a Organização Social

(OS) IABAS (Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde). Desse modo, os profissionais de psicologia são contratados pelo IABAS, para trabalhar com a demanda do ambulatório (administrado pela SMS), não possuindo vínculo formal com a Clínica da Família, unidade administrada pela OS responsável.

Uma das especificidades do CMS Hamilton Land é a pequena cobertura da Estratégia de Saúde da Família, em detrimento do crescimento da Política de Atenção Primária no município até o ano de 2017.

Até o final de 2016, havia apenas 1 equipe de Estratégia de Saúde da Família no serviço, que cobria poucas ruas do entorno do posto de saúde. No ano de 2017, a cobertura da ESF aumentou, a partir da contratação de mais uma equipe para a unidade e quatro equipes, que comporiam a Clínica da Família do Pantanal¹². Atualmente, a unidade comporta duas equipes da ESF, Equipe Abraão e Equipe Moisés, com cobertura de, respectivamente, 3474 e 2643 pessoas. Porém, as equipes não contam com o apoio de equipe NASF, o que faz com que atividades como o matriciamento se incluam nas atribuições da equipe de saúde mental do ambulatório.

Todas as regiões do bairro que não são referidas às equipes de saúde da família são responsabilidade do CMS, que acaba por assumir uma dupla função: atenção primária e secundária. Dessa forma, o serviço de Saúde Mental da unidade enfrenta algumas precariedades, principalmente por ter que se desdobrar em dispositivos que deem conta de ações de promoção e prevenção (trabalho característico da Atenção Primária à Saúde) e de tratamento ambulatorial (tradicionalmente traduzido por consultas individuais e grupais em psicologia e psiquiatria).

Com equipe composta por 2 psicólogas (20 horas cada), 1 psiquiatra (20 horas), 1 Assistente Social (que dá suporte aos grupos de acolhimento em saúde mental), responsável também por ser retaguarda ambulatorial dos bairros Gardênia Azul, Canal do Anil, Rio das Pedras, Itanhangá e parte da Freguesia (alguns destes territórios, cobertos por Clínicas da Família), tornam-se evidentes alguns desafios. Estes têm sua origem, principalmente, na grande procura por atendimento em saúde mental, tanto no que se refere a questões que podem ser cuidadas na Atenção Básica, quanto no que remete à necessidade de atenção ambulatorial. A demanda proveniente das Clínicas da Família de outros bairros, em geral, se enquadra no segundo caso, visto que a unidade é responsável pelo cuidado ambulatorial desses locais. Em relação aos moradores adstritos, a unidade responsabiliza-se pelos cuidados

¹² Unidade Básica de Saúde que foi construída na chamada região do Pantanal (Cidade de Deus) e inaugurada 2 anos após sua construção e contratação de quadro de profissionais.

em atenção primária e secundária. A extensão populacional, bem como as necessidades da clientela atendida, tornam indispensáveis, um constante repensar o trabalho e reinventar de práticas assistenciais.

Conforme apontado por Pinheiro *et al.* (2010), a gestão do cuidado em saúde, em uma perspectiva de integralidade, “requer uma reflexão crítica acerca das características dos processos ali desenvolvidos, [...] seja na identificação das necessidades, seja nas formas de responder a elas” (p.26). Isso nos leva à necessidade de estruturar o funcionamento do ambulatório de modo a pensar criticamente essa procura por atendimento, criando dispositivos que façam sentido, no que se refere aos problemas apresentados pelos usuários que buscam ajuda.

O grupo de acolhimento em saúde mental da unidade, nesse contexto, é o primeiro dispositivo pelo qual o usuário passa, após ser encaminhado por outros setores da unidade e do território. Este ocorre duas vezes por semana, e tem capacidade estimada de 10 pessoas agendadas por grupo, de modo que seu potencial de escuta e, por conseguinte, de resolutividade, seja preservado. O objetivo do atendimento é escutar o motivo da procura pelo serviço, pensar e construir uma demanda conjunta (profissional-usuário) - ou desconstruir -, para que as respostas dadas a cada situação, pelo serviço, aproximem-se de uma ideia de cuidado integral do indivíduo.

A questão do encaminhamento ao grupo de acolhimento em saúde mental, por profissionais da rede, ainda consiste em um ponto importante a ser discutido, visto que, na maior parte das vezes, este é feito por meio de guias de referência, o que reduz significativamente as discussões de caso e, conseqüentemente, a corresponsabilização pelos mesmos. Nisso, o ambulatório difere da lógica presente nas Clínicas da Família, na qual o médico generalista implica-se nos “casos de saúde mental”, a partir do matriciamento.

Observa-se uma grande dificuldade na construção de relações de encontro que, segundo Pinheiro *et al.* (2010), auxiliariam nas mediações entre demandas e necessidades em saúde, e requereriam uma complexa negociação entre os atores envolvidos. Nesse sentido, é muito comum o recebimento de encaminhamentos vagos, pouco descritivos, resumidos, nos quais a queixa do usuário é apresentada de forma simplista, como, por exemplo, “Enc. à Saúde Mental. Ind. Ans.” (Lê-se como: “Encaminhamento à Saúde Mental. Indicação: Ansiedade).

Desse modo, caberia ao acolhimento em saúde mental essa mediação que negocia as demandas e as necessidades do usuário, a partir de uma escuta que entrelaça o pedido de ajuda, os motivos do encaminhamento dado pelo profissional que o recebeu, os contextos que trouxeram o usuário ao serviço, o encontro conosco.

Entre os direcionamentos dados pelo acolhimento em saúde mental, encontram-se os dispositivos da unidade de saúde (atendimento em psiquiatria, psicoterapia, grupos terapêuticos, grupos de crianças com queixas escolares, grupo de adolescentes, grupo de relaxamento, auriculoterapia, entre outros), dispositivos do território (ONGs, SPAs, etc.) e da rede de saúde (CAPS, Clínicas da Família, entre outros).

Nesse contexto, é importante lembrar da construção do documento “Linhas de Ação para Atenção Ambulatorial em Saúde Mental”¹³, de 2016, pelas subsecretarias de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência e de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde, que apresenta o ambulatório como dispositivo estratégico para o funcionamento da rede de saúde mental e visa oferecer direções de trabalho para esse serviço. Tal documento teve, entre seus principais objetivos, o fortalecimento do processo de transição de um atendimento ambulatorial de cunho biomédico para a perspectiva da Atenção Psicossocial. Para isso, aborda questões como composição da equipe, processos de trabalho e atividades realizadas. É possível contrastar o cenário de trabalho proposto pelo documento com o cenário de estudo desta pesquisa, principalmente em termos de agenda e demanda. O documento propõe, por exemplo, um modelo que seria considerado ideal para a agenda de profissionais do ambulatório. Nesse modelo, um profissional de psicologia de 20 horas (5 turnos semanais) deveria dedicar 3 turnos a atendimentos individuais, reservando uma porcentagem para demanda livre, 1 turno para grupo de recepção e oficina terapêutica e 1 turno para atividades territoriais e reunião de equipe. A demanda do CMS Hamilton Land, entretanto, foge às possibilidades propostas por esse modelo. Por exemplo, ao invés de fazer 1 grupo de recepção semanal que comporte entre 6-8 pessoas, conforme sugerido no documento, são necessários 2 grupos com 10-12 pessoas.

Articular essa demanda, triplicada em relação ao cenário considerado ideal pelo documento, com o atendimento clínico, atividades territoriais e, ainda, o suporte à Clínica da Família, é um desafio cotidiano. Um trabalho a partir das demandas dos usuários requer uma compreensão do que estas demandas significam e de como elas chegam nos serviços de saúde. Desse modo, diante do exposto e da compreensão de que uma parcela significativa dos usuários que buscam os serviços de atenção básica possui alguma queixa relacionada a algum nível de sofrimento mental, faz-se necessário adentrar na discussão dos resultados do estudo documental sobre as demandas por atendimento em Saúde Mental, no CMS Hamilton Land, no ano de 2017.

¹³ Disponível em: <https://saudementalcap10.files.wordpress.com/2017/04/linhas-de-ac3a7c3a3o-versao-26-dez-2016.pdf>

4.2 PESQUISA DOCUMENTAL

O estudo documental do livro de acolhimento em saúde mental foi realizado por meio da sistematização de informações relativas aos usuários que procuraram o serviço durante o período compreendido entre janeiro e dezembro de 2017. A organização dessas informações se concretiza em uma análise descritiva do ano estudado. Inicialmente, nesta seção, apresentaremos considerações sobre o perfil da população atendida, traçado a partir de características como faixa etária e gênero. Esse primeiro momento se seguirá de uma descrição dos encaminhamentos que trouxeram essa população à procura por atendimento. Em seguida, trataremos especificamente das queixas e demandas de quem foi atendido no acolhimento em saúde mental e, posteriormente, do modo como estas foram encaminhadas. As queixas, tal como nomeadas, serão agrupadas a partir de características que comportem o tipo de demanda expressada pelos usuários. Mas, ao mesmo tempo, estaremos atentos às especificidades dos discursos, às expressões que se destacam como diferença.

4.2.1 - Perfil da População Estudada

No período estudado (ano de 2017), o Grupo de Acolhimento em Saúde Mental teve um quantitativo de 887 agendamentos, dos quais compareceram 636 pessoas. Nesse caso, pode-se observar o registro de 251 ausências, o que mostra um percentual elevado de absenteísmo. Sobre a distribuição por gênero, observa-se que, dentro de um universo de 636 pessoas, há uma razoável distinção na quantidade de homens e mulheres, tendo sido atendidas 263 pessoas do sexo masculino e 373 pessoas do sexo feminino. O Quadro 1, a seguir, ilustra o perfil por gênero da população estudada:

Quadro 1 - Perfil por gênero dos usuários do Acolhimento em Saúde Mental - 2017

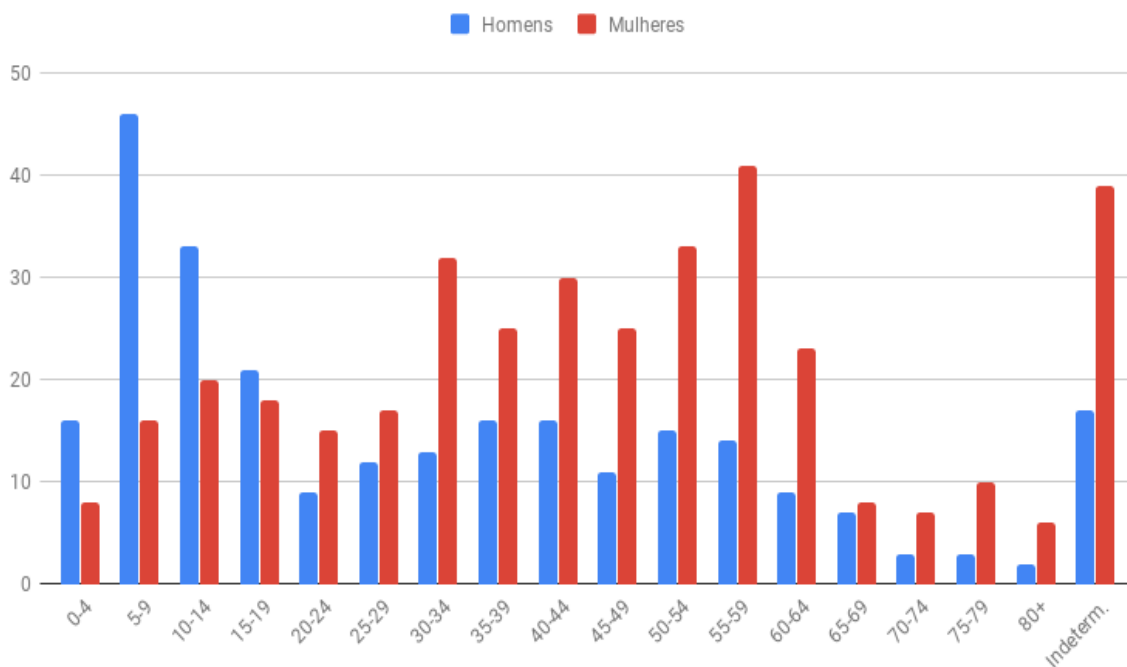
Gênero	Masculino	263
	Feminino	373
Total		636

Fonte: a autora (2019)

No Gráfico 1 (a seguir), temos o perfil etário das pessoas que procuraram o serviço de saúde mental no período em questão, excluindo-se aquelas que faltaram ao atendimento. As faixas etárias foram categorizadas conforme o modelo utilizado no censo demográfico do

IBGE¹⁴, sendo divididas em blocos de 4 anos. Entretanto, não se observou a necessidade de manter essa divisão a partir da faixa dos 80 anos, visto que a procura pelo serviço, nessa idade, diminui consideravelmente. Há, ainda, uma coluna denominada “Indeterminada”, que contempla usuários que, por algum motivo relacionado aos processos de trabalho, não obtivemos acesso à idade.

Gráfico 1 - Perfil Etário e por Gênero do Acolhimento em Saúde Mental - 2017



Fonte: a autora (2019)

Observa-se, no Gráfico 1, uma inversão na quantidade de atendimentos por gênero, a depender da faixa etária que analisamos. Na faixa de idade compreendida entre 0 a 19 anos, a procura pelo serviço é predominantemente masculina e, a partir dos 20 anos, há um maior índice de procura do serviço por pessoas do sexo feminino.

Esse gráfico referente ao perfil etário e por gênero nos traz informações interessantes sobre quem procura o serviço de saúde mental. Em primeiro lugar, há a presença de crianças em idade pré escolar nos registros de acolhimento em saúde mental, sendo 24 registros crianças entre 0-4 anos, entre os quais constam 3 registros de crianças de 2 anos (1 do sexo feminino e 2 do sexo masculino). Em todos os casos, encaminhadas por profissionais da própria unidade de saúde e com queixas comportamentais. Um desses registros refere-se a um

¹⁴ Encontramos um exemplo disponível em:
<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12>

menino que presenciava agressões do pai à mãe e reproduzia essas agressões na escola. No decorrer desse atendimento, entendemos que as agressões vivenciadas pela criança eram significadas pela mãe como “conversas” que o pai tinha com ela. Nesse caso específico, foi possível fazer, conjuntamente, uma costura das diversas demandas e discursos em torno daquela criança.

Algumas outras situações relativas às questões familiares dessas crianças puderam ser manejadas no acolhimento em saúde mental. Observou-se que a maior parte das queixas atendidas, nessa faixa etária, tem ligação com as figuras de cuidado, o que se evidencia em registros como: “*Não está na escola. A mãe, de vez em quando, pede a guarda e devolve*”; “*Muito irritada. Quer bater na mãe. Acertou faca de plástico na irmã. Presenciou agressões do pai com a mãe*”; “*O pai saiu da prisão, não chega perto do pai. Mudou o comportamento.*”; “*Agressivo. Mãe não está bem, ansiosa e com depressão*”; “*Aagitado, autoagressão. Situação familiar com drogas*”. Essas questões, ao se apresentarem no grupo, são, em sua maioria, abordadas a partir do contato com a família, no intuito de desconstruir os discursos que apenas *patologizam* os comportamentos apresentados pela criança, sem levar em conta questões relativas aos diversos contextos nos quais ela se insere.

Apesar de haver 13 registros de crianças entre 0 e 4 anos encaminhadas por escolas, não há queixas de aprendizagem. Todas são relativas ao comportamento. Expressões como *agitado, agressivo, hiperativo, desobediente, não interage, não aceita receber um “não” e nervoso* são muito presentes no discurso das pessoas que acompanham essas crianças ao atendimento.

Aqui, podemos questionar o que motiva o encaminhamento de crianças que iniciam seu primeiro ano escolar ao serviço de saúde mental, e o que é possível fazer, em termos de serviço de saúde, para auxiliar pais e profissionais da educação nesses casos que são vistos como desafios, mas que não necessariamente precisariam de acompanhamento psicológico.

Ainda com relação à procura do serviço para a infância, o Gráfico 1 indica um número importante de crianças entre 5 e 9 anos registradas (62 crianças no total - o maior público acolhido no serviço no ano de 2017). Um outro dado que chama atenção, é a maior procura de atendimento para crianças do sexo masculino, tanto na faixa entre 0 e 4 anos (16 meninos e 8 meninas), quanto nas crianças com idade entre 5 e 9 anos (46 meninos e 16 meninas), cuja quantidade de meninos ultrapassa o dobro da quantidade de meninas.

Alguns estudos sobre a demanda por atenção em saúde mental na infância e adolescência corroboram esse predomínio do sexo masculino (DELVAN *et al.*, 2010; SANTOS, 2006). Delvan *et al.* (2010), em um estudo sobre a utilização do serviço de saúde

mental por crianças, apontam para um elevado percentual de atendimentos a crianças e adolescentes, em todos os anos estudados, havendo uma diferença entre os sexos feminino e masculino de 33,2% para 66%, respectivamente. A pesquisa de Santos (2006), realizada, também, em um serviço de psicologia infantil público, ratifica esse dado (59% dos usuários atendidos foram do sexo masculino). Ambos os estudos mostram a necessidade de se repensar as políticas voltadas para a saúde mental na infância e adolescência, tanto na promoção quanto na prevenção, de modo a considerarem a necessidade urgente de que autoridades e profissionais deem atenção a esse problema, até mesmo como forma de promoção à saúde na vida adulta e prevenção de agravamentos.

A maior procura do serviço por indivíduos do sexo masculino se mantém até a idade de 19 anos, período no qual, entretanto, a demanda por atendimento costuma ser de um terceiro (responsáveis, escola, médico), o que faz com que essa maioria masculina que chega ao acolhimento em saúde mental, normalmente venha acompanhada de uma figura feminina, em geral, mãe ou avó. É possível reiterar essa informação, por haver 20 referências no livro do acolhimento à presença dessas figuras nos atendimentos desse período.

A partir da faixa etária dos 20 anos, a procura pelo serviço passa a ser menos mediada pela demanda de terceiros, e o índice de procura por atendimento por pessoas do gênero feminino aumenta consideravelmente.

Alguns dados que chamam atenção pela discrepância são referentes aos atendimentos prestados a adultos com idades entre 35 e 39 anos (5 homens e 18 mulheres) e entre 55 e 59 anos (6 homens e 24 mulheres). Em ambos os casos, o número de mulheres representa mais que o triplo da quantidade de homens que procuraram atendimento. Do mesmo modo, o índice de procura feminina foi maior em todas as faixas etárias a partir dos 20 anos, até a faixa a partir dos 80 anos.

A procura de mulheres adultas por atendimento em saúde mental é referida em diversos estudos (FONSECA, GUIMARÃES E VASCONCELOS, 2008; FORTES *et al.*, 2014; VESCOVI, SOUZA e AVELLAR, 2015), que, conforme apresentado no capítulo anterior, abordam, entre outras questões, a dos desafios impostos pelas demandas manifestas a partir de *Sintomas Vagos e Difusos*, na Atenção Primária.

Fortes *et al.* (2014) apresentam uma série de fatores que apontam para a necessidade da integração entre o campo da Saúde Mental e as práticas na APS, para uma abordagem integral ao usuário. Entre esses fatores, destacam-se as demandas de Saúde Mental, entre as quais, os autores destacam: “a abordagem à família, os transtornos mentais comuns, os transtornos mentais graves e persistentes e o uso nocivo de álcool” (FORTES *et al.*, 2014, p.

1084). Há uma grande incidência, segundo os autores, de pessoas em idade adulta do sexo feminino, nos casos de demandas relacionadas aos TMC.

Ao tratar do grande índice de procura de pessoas adultas por atendimento em Saúde Mental no serviço em questão, torna-se indispensável retornar ao estudo de Luz (2013), que tem como foco a fragilidade social e a busca por cuidado e saúde. A autora, ao afirmar que a vulnerabilidade social, produzida pela lógica capitalista, é traduzida em problemas coletivos de saúde, entende que a crescente busca por cuidados médicos pode ser consequência do esgarçamento de valores de sociabilidade milenares, em consequência da ascensão de valores oriundos da racionalidade de mercado. Desse modo, as transformações sociais e éticas no mundo do trabalho podem estar contribuindo para *perdas de sentido culturais*, o que pode gerar, como uma de suas consequências, um aumento da demanda por cuidado em saúde, na medida em que necessidades do âmbito sociocultural passam a ser traduzidas como adoecimentos (LUZ, 2013).

A autora coloca, ainda, que, apesar da demanda por cuidado ser crescente, a biomedicina não encontra respostas para a mesma, o que amplia, também, a procura por estratégias complementares e/ou alternativas aos cuidados médicos. A busca por cuidado e a incapacidade da biomedicina em lidar com essa busca são, segundo Luz (2013), “faces da mesma moeda de vulnerabilidade e desamparo de grande parte da população, sobretudo de países ditos do Terceiro Mundo, mas não exclusivamente, considerada a dimensão internacional do capitalismo neoliberal [...]” (p.15).

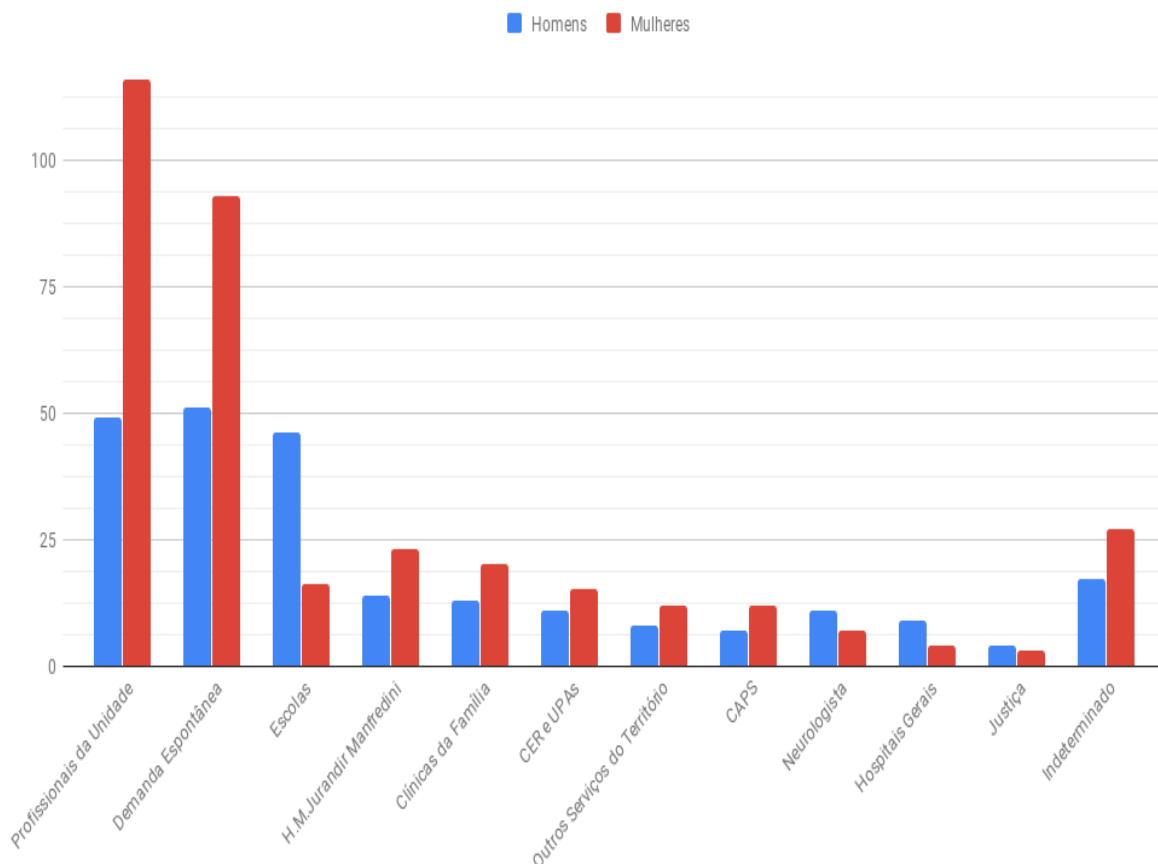
Finalmente, é importante esclarecer que a procura de idosos por atendimento foi, no ano estudado, majoritariamente feminina, em todas as faixas de idade. Observa-se, ainda, a grande discrepância entre homens e mulheres, sendo que as mulheres representam, em algumas faixas de idade, o triplo do número de indivíduos idosos do sexo masculino. Pode-se inferir dessa informação algumas hipóteses: uma maior expectativa de vida de pessoas do sexo feminino; uma maior procura de acolhimento ao sofrimento mental por mulheres; ou mesmo, por questões culturais, relativas às diferentes formas de lidar com o sofrimento do homem e da mulher.

4.2.2 De onde veio a demanda por atendimento

Nesta seção, pretendemos explorar as informações sobre os locais que encaminharam os usuários atendidos no grupo de acolhimento no período supracitado. Temos, no Gráfico 2,

a seguir, um levantamento das fontes de encaminhamento ao grupo de saúde mental, no ano de 2017, organizado por ordem de incidência.

Gráfico 2 - Fontes de Encaminhamento para o Acolhimento em Saúde Mental - 2017



Fonte: a autora (2019)

A partir das informações do gráfico acima, compreendemos que a maior parte dos usuários que procurou o serviço no ano de 2017, o fez por encaminhamento de profissionais da unidade, em sua maior parte, da Clínica Médica, principalmente por meio do Acolhimento da Clínica Médica, que é um setor que avalia todos os casos que chegam espontaneamente na unidade, com qualquer demanda em saúde. Nesses casos, os encaminhamentos chegam, muitas vezes, com relatos como: “Insônia. Enc. Saúde Mental”; “Ind: Ansiedade”, entre outros, o que torna difícil a compreensão do motivo do encaminhamento, influenciando na forma como a equipe de saúde mental conduz o atendimento. Por exemplo, uma das usuárias encaminhadas pela Clínica Médica nesse período foi uma mulher, na faixa dos 50 anos, com o relato: “Ansiedade. Saúde Mental. Psiq.”. Após ouvir sua demanda, observou-se que não

havia gravidade na situação que justificasse um atendimento psiquiátrico. Entendendo a possibilidade de utilização de outros recursos que pudessem auxiliá-la a amenizar o sofrimento, alternativos à medicação, a encaminhamos a atividades comunitárias e ao grupo de relaxamento da unidade. Essa direção, entretanto, foi questionada posteriormente pelo profissional que a havia encaminhado, por considerar que aquela usuária precisava fazer uso de medicação ansiolítica, visto que era hipertensa e não havia sido possível regular sua pressão arterial apenas com a medicação clínica.

A situação descrita aponta para a necessidade de um cuidado que extrapole a lógica de encaminhamentos e agregue a lógica de compartilhamento do cuidado, que é preconizada pela APS, mas que se torna um desafio, quando tratamos do dispositivo ambulatorial.

Compreende-se que a demanda proveniente de encaminhamentos dos profissionais da unidade também pode, em muitos casos, consistir, também, em uma demanda espontânea do usuário. Isso se dá porque muitos usuários procuram, em primeiro lugar, serviços como a Clínica Médica, para solicitar algum tipo de acompanhamento que é considerado por estes “de saúde mental”.

A grande incidência de “Demanda Espontânea” na procura pelo serviço de saúde mental, desse modo, pode configurar-se em um indicador de que os usuários consideraram o grupo de acolhimento em saúde mental um dispositivo ao qual eles podem recorrer quando vivem algum tipo de sofrimento. Por outro lado, a quantidade de pessoas que chegam a esse dispositivo sem um encaminhamento causa estranheza, visto que a própria marcação do grupo, em geral, só é realizada mediante um encaminhamento.

Os encaminhamentos realizados por escolas, no ano estudado, são a terceira maior incidência e correspondem a um grupo etário que compreende os primeiros 14 anos de vida. Temos, como dado obtido, que das 636 pessoas atendidas no ano de 2017, 139 têm entre 0 e 14 anos e, destas, quase metade (62) veio com encaminhamento de escolas.

O Hospital Municipal Jurandir Manfredini, situado na Colônia Juliano Moreira, em Jacarepaguá, aparece no gráfico como categoria porque, especificamente no ano de 2017, foi responsável por grande quantidade de encaminhamentos, devido ao fechamento do ambulatório do serviço e distribuição dos pacientes de acordo com o território de residência. Nesse caso, a maior parte dos encaminhamentos se referiu a pessoas com quadros estabilizados e foi realizada para continuidade de um acompanhamento psiquiátrico prévio.

Os serviços de emergência são representados por Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e pelo Centro de Emergência Regional (CER), da Barra da Tijuca. Os primeiros, em sua maior parte, encaminham indivíduos adultos, com queixas somáticas e sintomas ansiosos

e inespecíficos. O CER Barra realiza, também, articulação de casos considerados complexos, principalmente os que dão entrada na emergência psiquiátrica regional, em geral, consistem em casos mais graves, como tentativas de suicídio, por exemplo.

As Clínicas da Família do eixo Cidade de Deus, que compreende os bairros adstritos à unidade, já mencionados, solicitam, em sua maioria, acompanhamento em psicoterapia individual, visto que estas não se utilizam desse dispositivo em seus processos de trabalho. Entretanto, no período estudado, algumas clínicas ainda não possuíam psiquiatra na equipe do NASF, o que resultou, também, em encaminhamentos para psiquiatria, a partir de um combinado de que a psiquiatra da unidade atenderia, também, aos usuários de outros bairros.

A categoria “Outros serviços do território” se refere à ONGs, serviços da Assistência Social, como os CRAS, entre outros.

Há, ainda, uma pequena incidência de pedidos de acompanhamento provenientes de médicos neurologistas. Há de se diferenciar aqui os casos encaminhados pela neurologia, em sua maioria, crianças com pedido de atendimento psicológico, e os casos que chegam ao grupo encaminhados por outros profissionais, com indicação para tratamento neurológico. Esse acaba consistindo em um dos grandes impasses do acolhimento em saúde mental: saber como encaminhar indivíduos que precisariam de acompanhamento neurológico, visto que, para tanto, estes precisam de uma Guia de Referência carimbada por um médico.

Os encaminhamentos vindos de Hospitais Gerais apontam números pequenos, semelhantes aos provenientes dos CAPS e da justiça, sendo que os primeiros são realizados, em sua maioria, devido à comorbidades, ligadas à uma doença específica (por exemplo, o encaminhamento de um indivíduo com câncer para cuidar de uma depressão que se iniciou a partir do diagnóstico).

Os CAPS (Adulto, de Álcool e Drogas e Infantil) encaminharam apenas 19 pessoas no ano de 2017. Essa informação nos leva a interrogar o nível de integração do CMS com tais serviços. O baixo encaminhamento, nesse caso, refere-se à baixa demanda? À pouca integração da rede? Pode-se traçar como hipótese, nesse caso, a questão geográfica, que faz com que os CAPS de referência da região sejam de difícil acesso e nem sempre ocupem uma função reguladora e de porta de entrada para pessoas que apresentam diferentes níveis de sofrimento mental. Desse modo, a localização do CMS Hamilton Land favorece que os usuários cheguem primeiro ao este serviço e, quando necessário, aos CAPS.

A categoria “Justiça” abrange encaminhamentos referentes a serviços como a Vara da Infância e da Juventude. No caso específico do ano de 2017, houve baixíssimo encaminhamento da justiça, apenas 4 indivíduos do sexo masculino e 3 do sexo feminino.

A categoria “Indeterminado” refere-se à ausência de relatos de encaminhamento de determinados usuários.

Pode-se apreender, a partir dos dados apresentados sobre as fontes de encaminhamento, que a maior parte dos usuários chega ao serviço de Saúde Mental após ter passado por outros setores da mesma unidade de saúde. Mesmo que o grupo de acolhimento seja aberto para pessoas que são encaminhadas por outros serviços, os profissionais da unidade constituem a maior fonte de encaminhamento. Isso pode ser analisado a partir de duas hipóteses distintas: o serviço compreende o papel dos profissionais de saúde mental e, por isso, encaminha; os profissionais não se sentem preparados para lidar com determinadas questões, relacionadas ao sofrimento, e, por conseguinte, encaminham. As duas perspectivas encontram lugar na realidade do serviço. É notável que o trabalho dos profissionais de Saúde Mental tem um lugar reconhecido pelos outros profissionais, de modo que todos os usuários que precisam de acompanhamento psiquiátrico, por exemplo, são encaminhados para nossa avaliação.

Por outro lado, o acolhimento em saúde mental recebe muitas demandas que poderiam ser manejadas por qualquer profissional, em diferentes contextos de trabalho. Sobre isso, Jucá, Nunes e Barreto (2009) apresentam três impasses vivenciados por profissionais de saúde, ao lidar queixas de saúde mental: as dificuldades na identificação do sofrimento mental, no manejo e no encaminhamento. Tais dificuldades, segundo os autores, pressupõem não apenas capacitação para conhecimento técnico, mas para a construção de parcerias e de rede.

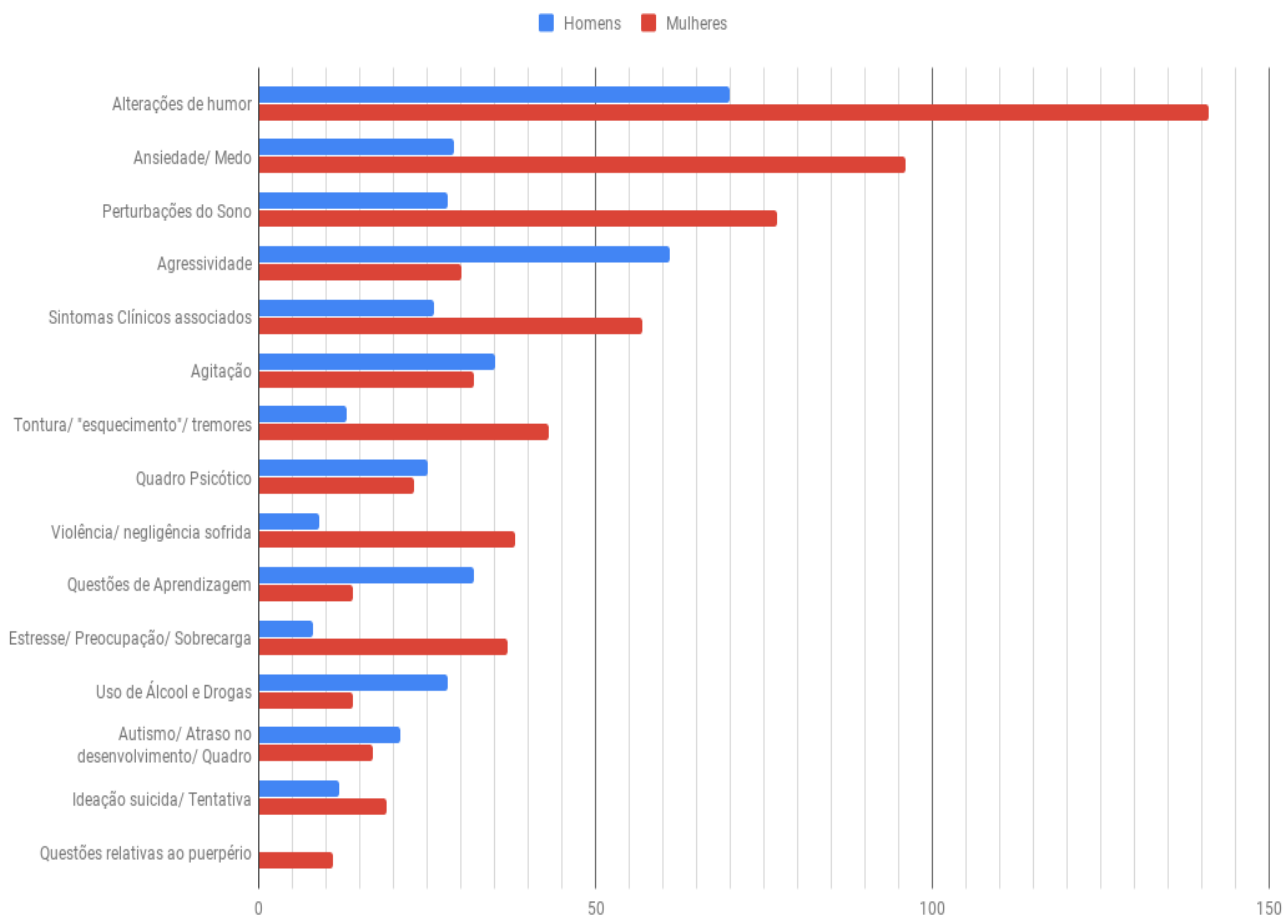
Levando isso em conta, cabe aqui pensar no lugar e na importância da discussão de casos, nos processos de trabalho do ambulatório, que, devido à lógica de encaminhamento dos casos, tão presente no cotidiano do serviço, acaba por se tornar rara e pouco eficaz. O maior desafio, nesse sentido, quanto aos encaminhamentos ao grupo de Saúde Mental, é estimular os profissionais que encaminham à discussão e à corresponsabilização dos casos, de modo que seja possível pensar cada situação em uma perspectiva de cuidado integral e longitudinal.

Outro ponto relevante a ser destacado, nesta seção, é grande incidência de procura por demanda espontânea, o que mostra que, além do dispositivo de acolhimento em Saúde Mental ter sua função reconhecida por profissionais da unidade, este também se constitui como referência de atendimento para usuários do serviço, que compreendem seu lugar de *porta de entrada*. Isso pode ser visto como um indicativo da territorialização do serviço: as pessoas buscam e encontram acesso.

4.2.3 A Queixa e a Demanda por atendimento em Saúde Mental

Para explorar os registros sobre as queixas em saúde mental no ano estudado, foi necessária à organização das mesmas em 15 categorias. Essas categorias estão relacionadas entre si, de modo que um único usuário pode ter chegado ao serviço com duas ou mais demandas diferentes. O que nos interessa neste item é expressar a quantidade, a diversidade e os tipos de queixa que chegaram ao serviço.

Para não desconsiderar algumas especificidades que nos pareciam importantes, foi necessário elencar uma grande quantidade de queixas. São elas: Alterações de Humor; Ansiedade/ Medo; Perturbações do Sono; Agressividade; Sintomas Clínicos Associados; Agitação; Tontura/ “Esquecimento”/ Tremores; Quadro Psicótico; Violência/ Negligência sofrida; Questões de Aprendizagem; Estresse/ Preocupação/ Sobrecarga; Uso de Álcool e Drogas; Autismo/ Atraso no Desenvolvimento/ Quadro neurológico; Ideação Suicida/ Tentativa; Questões relativas ao Puerpério. Estas estão divididas por gênero, conforme apresentado no Gráfico 3, a seguir.

Gráfico 3 - Queixas em Saúde Mental divididas por gênero - 2017

Fonte: a autora (2019)

As categorias apreendidas serão apresentadas em tópicos, ordenadas por incidência (conforme aparecem no gráfico), com o intuito de sistematizá-las e discorrer sobre as mesmas, e na tentativa de não homogeneizar as queixas, considerando o modo singular como são apresentadas.

1) Quanto às **Alterações de Humor**, destacaram-se as queixas que compreendem situações que, em sua maior parte, são representadas pelo sentimento descrito como *tristeza*.

Observou-se que muitas das queixas que tiveram relação com o que categorizamos como alteração de humor, no ano de 2017, apresentaram ligação com situações da vida dos usuários, que foram descritas pelos mesmos. Isso aparece em relatos como: “*Chora muito. Perdeu o irmão assassinado.*”; “*Tristeza. Relacionamento ruim com a filha.*” e “*Sente vontade de chorar, hipersensibilidade, sente falta dos filhos, sente-se abandonada pelo filho*”

que viajou”. Jucá, Nunes e Barreto (2009), tratam da relação entre o sofrimento mental e o sofrimento social, afirmando que, apesar de haver uma tendência em dicotimizá-los, eles interrelacionam-se, não sendo possível distinguir o que pertence a uma ordem ou outra. A compreensão do sofrimento mental nessa perspectiva integral, bem como uma visão não biologizante do mesmo, favorecem as práticas de cuidado e ampliam o escopo de atuação dos profissionais de saúde. As habilidades de escuta, desse modo, podem ser elementos-chave para respostas e encaminhamentos que se aproximem às demandas construídas pelos usuários.

Em alguns casos, no entanto, os sentimentos descritos pelos usuários não contemplam, em seu discurso, motivos relacionados a situações de vida. Entretanto, há, nesse estudo, a limitação de que os relatos presentes no livro de registros são breves, não contemplando, sempre, elementos importantes do discurso. Esses elementos, em geral, são escritos com mais detalhes nos prontuários. Desse modo, encontramos, também, no livro, relatos como: *“Triste, desanimado”*, que não nos indicam motivos que podem ter relação com esses sentimentos.

Em poucas situações, o que chamamos de “alteração de humor” aparece em forma de outro sentimento, que não a tristeza. Um usuário, no período estudado, afirmou que *“se sente ‘bipolar’, perde o controle, estressado, família está o deixando”*. “Sentir-se bipolar” foi a única referência presente no livro de uma alteração de humor que não se aproxima de expressões como “tristeza”, “depressão”, “desânimo”.

Dentro dessa categoria incluem-se, também, manifestações de solidão, isolamento ou timidez, sobre as quais há diversas referências registradas no livro de registros do acolhimento em saúde mental. A maior parte dessas queixas tem ligação com a ausência de uma rede de suporte, o que fica evidenciado em trechos como: *“Fala sobre solidão. ‘Meu companheiro é o violão’”; “Não tem amigos, é muito tímida, em dúvida se é homossexual”*.

O estudo de Jucá, Nunes e Barreto (2009) aponta que, entre as principais queixas de sofrimento mental identificadas por profissionais de saúde, estão aquelas ligadas aos transtornos de humor, à precariedade no laço social e à *depressão*, que, por serem amplamente divulgadas na mídia, geram grande identificação da população.

(2) As queixas de **Ansiedade/ Medo** foram a segunda maior incidência no ano de 2017, contando, ainda, com um número de mulheres muito superior ao de homens que buscaram ajuda com queixas desse tipo. Dentro dessa categoria aparecem discursos, muitas vezes, relacionados a sintomas físicos, que trazem incômodo e atrapalham a execução de atividades da vida diária, como: *“Sentimento de morte durante a noite. Ansiedade, palpitação”* e *“Corpo trêmulo, ansiedade ao sair de casa, não se diverte, medo de sair na*

rua”. Assim como nas queixas de alterações de humor, esses sintomas não podem ser vistos de forma dissociada das questões sociais (JUCÁ, NUNES e BARRETO, 2009). Quando se escuta relatos como os citados acima, contendo elementos como “sensação de morte”, “ansiedade ao sair” e “medo de sair”, é possível traçar uma relação estreita com a questão da violência urbana, fruto das vulnerabilidades e desamparos que marcam o território. Entretanto, uma observação importante é que, apesar dessa relação estar implícita nos discursos, os relatos sobre violência são raros, tanto nos registros do livro, quanto na fala dos usuários. Esse ponto será retomado mais à frente, na discussão das narrativas sobre as entrevistas.

Um outro dado interessante, a ser pontuado, foi a presença de falas relacionadas às *passarelas*, elemento muito presente na arquitetura urbana da Zona Oeste do Rio, necessário ao trânsito de pedestres de alguns bairros. No ano de 2017, duas pessoas procuraram o serviço de saúde mental relatando medo de atravessar passarelas e uma pessoa fala sobre a vontade de jogar-se da passarela.

Outra questão observada nos relatos do livro, referentes às queixas de ansiedade, é a relação feita pelos usuários entre aquilo que estão sentindo e coisas que ocorreram no decorrer de sua história de vida, “traumas”. Temos, como exemplo disso, os seguintes trechos: “*Crise de ansiedade, falta de ar, chora, tem medo de tudo, principalmente após a morte do avô.*”; “*Crise de ansiedade, falta de ar, tremores, quando lembra de cenas que vivenciou no trânsito.*” e “*Episódios de pânico ao ver caveirão ou durante conflitos da comunidade, ansiedade*”.

Relatos como esses remetem ao que é discutido por Luz (2013), que entende que fatores advindos da lógica capitalista podem estar no cerne do sofrimento psíquico. O que a autora aponta como *crise sanitária contemporânea* é muito similar ao que aparece em muitos relatos que tratam de medo e ansiedade. As *perdas de sentido culturais*, causadas pela substituição de valores milenares de solidariedade por valores oriundos da lógica capitalista têm efeitos que se traduzem em problemas coletivos de saúde. Esse poderia ser um dos elementos em função dos quais observa-se uma busca por cuidado tão intensa em casos que possuem relação tão próxima de problemas de ordem social.

(3) A categoria **Perturbações do Sono** abrange queixas de insônia, sono excessivo, pesadelos e outros desconfortos relacionados ao sono. Entre estas, as queixas de insônia constituem-se no maior motivo de procura pelo serviço nessa categoria, tanto as relacionadas a circunstâncias da vida cotidiana, quanto aquelas que têm ligação com processos biológicos,

como o avançar da idade, a menopausa, entre outros. Nesses casos, a incidência de mulheres adultas foi maior do que a de homens e de pessoas de outras faixas etárias.

Entre as queixas de insônia relacionadas a situações cotidianas, podemos destacar a seguinte fala: *“Filha separou-se, cria neta. Está preocupada com os netos. Teve muitas perdas. Insônia”*, que se trata do relato de uma mulher idosa, que estava acumulando responsabilidades, ao cuidar e suprir financeiramente filha e netos, e cujos netos estavam envolvidos com o tráfico. Diante da situação de vida, emergiu a queixa de insônia e o pedido por acompanhamento psiquiátrico. Mais uma vez, é importante retomar a questão das limitações da biomedicina em lidar com a complexidade de certas demandas em saúde mental, evidenciadas em estudos como o de Jucá, Nunes e Barreto (2009) e Gama, Onocko-Campos e Ferrer (2014). Muitas pessoas com queixas de perturbação de sono, desse modo, procuraram o serviço após terem tentado diversos outros recursos, solicitando agendamento para psiquiatria. Queixas como essas constituem-se em um dos maiores impasses do serviço de saúde mental, porque além de estarem envoltas em um emaranhado de questões de diversas ordens, pressupõem a necessidade de respostas rápidas, visto que prejudicam significativamente a qualidade de vida. Respostas estas, em sua maior parte, medicamentosas. Vale a pena, aqui, propor a reflexão sobre quais as possíveis alternativas para esse impasse.

Outros relatos de perturbações do sono foram raros e mais comuns em crianças, podendo ser exemplificados pelo relato de uma mãe sobre um menino de 2 anos: *“Ansiedade de separação, qualquer barulho o assusta, pesadelos”*.

(4) Por **Agressividade** entende-se comportamentos agressivos voltados para o outro ou para si mesmo. Essa foi uma das 6 categorias em que o número de homens foi superior ao número de mulheres¹⁵ e incorporou pessoas de faixas-etárias muito distintas, nas quais os discursos sobre a agressividade transitaram por uma diversidade de sentidos.

Chama atenção a presença de discursos sobre crianças, nos quais a agressividade constitui-se como elemento principal. Sobre crianças em idade pré-escolar, destacam-se 2 registros: *“Não consegue ficar parado, quebra tudo, não obedece, bate em todo mundo, irritação, mãe e pai usuários de drogas.”*; *“Agitação na escola, vai bem na escola, não aceita ser contrariado, agride verbalmente.”* Ambos os registros são sobre crianças de 5 anos, acompanhadas por adultos com dificuldades em lidar com seus comportamentos. Nesses

¹⁵ As outras categorias são: Agitação; Quadro Psicótico; Questões de Aprendizagem; Uso de Álcool e Drogas; Autismo/ Atraso no Desenvolvimento.

casos torna-se importante um trabalho conjunto com todas as figuras de cuidado envolvidas com a criança em questão, visto que a procura por acolhimento, em geral, parte desse adulto.

No que se refere à agressividade em crianças com idade escolar, é possível destacar um relato sobre um menino de 7 anos: “*Não consegue terminar os exercícios na escola, agressividade, presenciava brigas dos pais, pais divorciados, em casa é comportado, é chamado de “otário” na escola.*” Nesse caso, a queixa de agressividade já aparece relacionada a problemas de aprendizagem, junção que é comumente denominada *queixa escolar*. Observa-se que outros aspectos passam a incomodar. A criança, que antes tinha apenas uma queixa de comportamento, passa a apresentar dificuldades no processo de escolarização. O relato, entretanto, não dá a entender uma responsabilização da criança por essas dificuldades, pois traz diversos elementos que poderiam estar colaborando para a construção dessa queixa: separação dos pais, brigas familiares e bullying. Esse relato aponta para uma característica do trabalho do grupo de acolhimento em saúde mental: auxiliar quem busca atendimento a construir suas demandas, por meio das perguntas e da escuta realizadas.

As queixas de agressividade na adolescência trazem menos questões relacionadas à escola e mais questões sociais e familiares, que parecem tornar-se mais complexas. Dois relatos que podem ser exemplo disso, são de adolescentes com 16 e 15 anos, respectivamente: “*Passou por neuro; ‘tomava medicação para acalmar’. Mãe nega uso de drogas. Mãe faz todas as vontades. Agride mãe e avó.*”; “*Em medida socioeducativa, em Santa Cruz, agressividade.*” No primeiro caso, há uma situação familiar grave: a agressão à mãe e avó, pessoas fisicamente mais vulneráveis que o adolescente. A busca da responsável pelo tratamento com neurologista parece apontar para uma tentativa de uma contenção que não é mais possível com os recursos dessa família. O segundo caso trata do cumprimento de uma medida socioeducativa, por parte de um adolescente, cuja queixa é agressividade. A partir dos relatos encontrados no livro, é possível observar que as queixas de agressividade na adolescência vêm acompanhadas de situações mais complexas. Esse agravamento, quando comparamos com as queixas de agressividade na infância, é notável, de modo que os sentidos dados à expressão *agressivo* parecem mudar: na infância, o termo aparece vinculado a situações como brigas familiares, *bullying*, uso de drogas por familiares; na adolescência, entretanto, o termo *agressividade* não vem acompanhado de justificativas para o comportamento, sim de relatos de situações de maior gravidade, uso de drogas, criminalidade, que constituem grande desafio para os setores de saúde, educação e, sobretudo, para as famílias.

Jucá, Nunes e Barreto (2009) afirmam que os comportamentos agressivos geram grande mobilização dos profissionais de saúde, principalmente quando partem de pessoas adultas. O medo e o sentimento de impotência despertados nesses profissionais, ao lidar com comportamentos agressivos dos usuários, afetam na assistência prestada aos mesmos, que é, muitas vezes, pautada no imaginário social que associa a imagem do “louco” a alguém perigoso. Assim, ao mesmo tempo que os comportamentos agressivos mobilizam os profissionais, também provocam afastamento dos mesmos. Entendendo que as queixas de agressividade estão entre as maiores incidências de procura no setor de saúde mental, não há como não reiterar a necessidade de capacitação profissional para lidar com esses casos, presentes no cotidiano dos serviços e ainda mais presentes na vida dos usuários, marcada por violências diversas (que se expressam na falta de oportunidade de moradia e trabalho dignos, nas guerras armadas entre facções criminosas, nas intervenções policiais na comunidade...).

(5) Houveram muitos casos em que a procura por atendimento no setor de saúde mental teve relação com **Sintomas Clínicos Associados** às questões emocionais vivenciadas. Em geral, esses casos eram encaminhados por médicos generalistas e enfermeiros da própria unidade de saúde, que compreendiam que o desconforto ou patologia apresentados precisariam que seu cuidado fosse estendido ao setor de saúde mental. Como exemplos, é possível citar: “*Hipertensão. Teve crise que o deixou temporariamente sem visão. Precisa de calmante SOS.*”; “*Toma Rivotril. Alteração de pressão durante o sono. Está sem medicação.*” Nesses primeiros casos, há, em comum, a presença de uma queixa física sobre a qual houve intervenção clínica que não foi eficiente e, conseqüentemente, uma suposição de que a medicação psiquiátrica auxiliaria em seu controle. Não há, nesses casos, uma demanda específica para um acompanhamento de saúde mental, entretanto, como os médicos generalistas da unidade de saúde em questão não receitam medicações psicotrópicas habitualmente, a maior parte dos casos que precisam desse apoio são encaminhados para a psiquiatra.

Aqui, cabe ressaltar a importância da lógica do matriciamento nas unidades básicas de saúde, visto que, caso houvesse o suporte de um especialista em situações como essa, não haveria necessidade de encaminhar esses usuários ao atendimento psiquiátrico. Fortes *et al.* (2014) expõem a necessidade de se repensar os fluxos de atendimento que acontecem a partir da *referência/encaminhamento*, em prol de modalidades de atendimento como o matriciamento, defendido pelos autores como uma possibilidade de atuação da *Psiquiatria do Século XXI*. A partir do apoio matricial, espera-se ser possível uma abordagem integral do

indivíduo e de sua demanda. Consequentemente, objetiva-se viabilizar o cuidado aos transtornos mentais mais prevalentes na APS, considerados menos graves e, por isso, ora negligenciados, ora *sobremedicalizados*¹⁶.

Outras situações que se enquadram na categoria são aquelas em que há uma queixa física que se considera decorrente de questões emocionais, como por exemplo: “*Dor de cabeça, devido ao estresse*”; “*Começou a desenvolver herpes, segundo dermatologista, devido à estresse e ansiedade*”. Nesses casos, os profissionais que encaminham esperam, em geral, que as questões emocionais que podem estar ligadas ao sofrimento físico, sejam trabalhadas e isso tenha repercussões nas queixas clínicas apresentadas. Nesses casos, a maior parte dos usuários espera uma resposta rápida e objetiva, que dê conta de seus sintomas.

Uma terceira e última situação que se enquadra nessa categoria diz respeito a indivíduos que necessitam de um acompanhamento em saúde mental para lidar com patologias ou desconfortos físicos que os acometem, como pode-se observar nos relatos a seguir: “*Tem doença autoimune e gastro orientou acompanhamento*”; “*Depressão. Recém diagnosticado com HIV, não pode dividir com ninguém*”. Essa é uma demanda mais específica, que encontra mais possibilidades de atuação do serviço de saúde mental.

(6) A categoria **Agitação**, em sua maior parte, teve ligação com a procura de atendimento para crianças, principalmente por demanda das unidades escolares. Observa-se, a partir do Gráfico 3, que as queixas de agitação têm um número relativamente superior às questões de aprendizagem, apesar de muitas dessas estarem diretamente ligadas à agitação.

O termo mais utilizado para descrever o comportamento agitado foi *hiperatividade*, que apareceu em falas como: “*‘Todo mundo fala que ele é hiperativo’*. Mãe solicita avaliação.”; “*Muito agitado. Médica suspeita que seja hiperativo*.”; “*Hiperatividade, usa Ritalina, acompanha com a neuro, colégio quer transferi-lo, muito agitado, implica com as crianças*”. Nas situações apresentadas, o termo *hiperatividade* é utilizado por médicos, escola e pessoas do entorno da criança, para descrever seu comportamento agitado.

Há um relato de criança em idade pré-escolar, encaminhada pela creche no mês de abril, apenas 2 meses após o início das aulas: “*Não obedece na creche. Muito ativo*.”. O termo *ativo* representa algumas características comumente patologizadas na infância: a capacidade exploratória, o vigor físico, o brincar. Ser *ativo*, em diferentes contextos, pode ser visto de formas distintas, o que é explicitado no relato da mãe de uma criança, que entende a agitação

¹⁶ Expressão utilizada por Tesser (2019), definida pelo autor como “medicalização desnecessária e indesejável”.

de seu filho como um problema apenas no contexto escolar, visto que, em casa, o mesmo comportamento era considerado aceitável.

Os poucos relatos presentes de agitação na fase adulta estão em discursos como: “*Se sente agitado*”, que mostram a agitação no adulto como uma queixa mais referida pelo *sentir* do que por comportamentos observáveis. Nesse caso, o próprio usuário do serviço sente um incômodo e, por consequência, procura ajuda. Ao contrário da queixa de agitação em crianças, que, na maioria das vezes, é proveniente de um terceiro.

(7) **Tontura/ “Esquecimento”/ Tremores** é uma categoria que contempla queixas vagas e difusas, de difícil resolução e sobre as quais as demandas são pouco elaboradas. Costa (1989) fala sobre essa categoria de queixas, muito presente na realidade dos ambulatórios públicos do Rio de Janeiro: a “*doença dos nervos*”, que não se encaixa nas categorias nosográficas tradicionais, em geral, não encontrando respostas nas práticas assistenciais. Nas situações encontradas nessa categoria, dificilmente é possível dar uma resposta objetiva que amenize o sofrimento, havendo, muitas vezes, uma burocratização das respostas dos profissionais a essas queixas. Como exemplos, pode-se destacar: “*Sente tonturas, ‘cabeça de astronauta’, tratamento no CPRJ até 2010.*”; “*Esquecimento. Não reconheceu uma pessoa com quem tinha pouco contato*”.

Essas queixas consistem em relatos de pessoas que, em geral, pedem ajuda para questões que parecem pouco elaboradas, conforme a linguagem que é esperada, pelos profissionais de saúde, com que elas se comuniquem. Conforme apontado por Costa (1989), existe a expectativa de uma linguagem comum, no que tange às representações das doenças, por meio da qual, o saber popular é menosprezado, em detrimento do saber acadêmico. Isso quer dizer que discursos como “sentir que está com uma *cabeça de astronauta*” não dariam conta de se enquadrar nos conceitos hegemônicos dos campos *psi*, limitando a atuação dos profissionais e, conseqüentemente, a possibilidade de práticas efetivas. No entanto, Jucá, Nunes e Barreto (2009) afirmam que nem os profissionais de saúde possuem uma linguagem comum para identificar o sofrimento mental. E essa pluralidade e polissemia, segundo os autores, dificulta o trabalho em equipe, o compartilhamento dos casos e, conseqüentemente, a assistência.

Compreendemos, a partir disso, a importância de haver uma comunicação efetiva entre os diversos atores dos serviços de saúde, de modo a promover impactos positivos no cuidado, oriundos de uma melhor compreensão das demandas, por parte de profissionais e usuários. Compreensão esta que envolve uma base comum de conhecimentos em saúde

mental, mas, também, sensibilidade, disponibilidade e abertura para um processo de aprendizagem acerca do saber dos usuários e do modo como expressam tal saber.

(8) A categoria **Quadro Psicótico** apresentou um número muito similar de homens e mulheres em 2017 (25 e 23, respectivamente). Os quadros psicóticos são exemplificados em relatos como: *“Escuta vozes, vê gente perseguindo”*; *“Não dorme, não quer tomar banho, se sente perseguido, isolado”*, que apontam, principalmente, para sintomas delirantes e alucinatórios. Alguns registros, mostram o ponto de partida do desencadeamento do quadro, como é evidenciado em: *“Após término de relacionamento, apresenta desorientação e alucinações”*. Outros relatos, trazem falas dos próprios pacientes sobre os fenômenos que estão vivenciando: *“Relata ter ficado ‘com outra cabeça’”* e *“Insônia, pesadelos, ‘sofreu atentado’, ‘tem projéteis na cabeça’, perdeu filho em 2011”*. Alguns relatos tratam do surto e da internação: *“Fez tratamento na Colônia¹⁷, teve surto, esfaqueou vizinha, psicótica”*; *“3 passagens pela Colônia, casa desorganizada, surtos de agressividade, pulou no rio em um surto”*.

Esses usuários, em sua grande maioria, já realizavam acompanhamento psiquiátrico ambulatorial prévio e já faziam uso contínuo de medicações, trazendo encaminhamento para continuidade do tratamento.

(9) O acolhimento em Saúde Mental recebeu alguns casos ligados à **Violência/Negligência sofrida** por pessoas em diferentes faixas-etárias e contextos sociais. A maior parte dos casos, entretanto, concentrou-se em mulheres e crianças, que sofriam violência no ambiente familiar ou por parte de pessoas do mesmo ciclo social. O primeiro discurso a ser destacado refere-se a uma menina de 6 anos, que foi ao serviço acompanhada da avó, com queixas de comportamento, mas que está registrada no livro com o seguinte relato: *“Não está na escola. A mãe de vez em quando pede a guarda e devolve”*. A situação social da criança, nesse caso, se sobrepõe ao motivo inicial pelo qual a avó procurou ajuda. Esse relato, descrito no livro, como muitos outros, foi uma construção conjunta da equipe de saúde mental com quem procurou atendimento. É muito importante destacar esse ponto por mostrar que uma situação pode ser vista por diferentes prismas: o que coloca o problema no comportamento da criança; e o que desloca a questão para situações externas a essa criança, a partir da

¹⁷ Colônia Juliano Moreira, em Jacarepaguá (RJ), onde fica situado o Hospital Municipal Jurandir Manfredini que, como já dito, foi responsável por muitos encaminhamentos no ano de 2017, devido ao encerramento das atividades de seu ambulatório.

compreensão do contexto vivido. Uma questão importante que esse relato coloca é a necessidade de uma construção conjunta da demanda por atendimento, de modo que o profissional de saúde auxilie o usuário a dizer sobre o que ele precisa, a partir de questionamentos, pedidos de esclarecimento, tempo de escuta.

Além das situações de negligência, a violência doméstica é um tema muito recorrente nos relatos do livro de registros. Como exemplos, é possível citar: “*Via o pai batendo na mãe. Mãe dizia que era conversar*”; “*Discussões com o marido. Maus tratos (marido). Filho cadeirante*”; “*Vítima de violência doméstica, hipertensa, se sente só*”. Desses exemplos, é importante dar destaque ao primeiro, que é referente a um menino de dois anos, já citado, cuja mãe trazia queixas de agressividade na creche e buscava ajuda para lidar com a situação. Nesse caso, foi possível, a partir da conversa, entender o contexto de violência doméstica no qual a criança vivia e relacioná-lo ao comportamento apresentado por ela. A criança presenciava as agressões que a mãe sofria pelo pai e, quando questionada, a mãe dizia que o pai estava conversando com ela. Essa relação entre o *bater* e o *conversar*, feita pela mãe, pôde ser problematizada no espaço do acolhimento em saúde mental, de modo que não houve necessidade de um acompanhamento psicológico para a criança, conforme solicitado em um primeiro momento.

As situações de violência são, em sua maioria, relacionadas a problemas familiares e abusos físicos, emocionais e sexuais. Como já colocado, são raros os relatos no livro sobre violências presentes no território, o que nos faz questionar até que ponto esse é um tema silenciado nas relações de cuidado estabelecidas nos serviços de saúde. De onde parte esse silenciamento e o que o mobiliza? Que estratégias são possíveis para abordar e desvelar essa temática tão arraigada nas queixas e na busca por atenção à saúde?

(10) As **Questões de Aprendizagem** apareceram, em geral, na faixa etária da infância, sendo, na idade adulta, geralmente associadas a alterações neurológicas, como a deficiência intelectual. Diversos elementos aparecem ligados às queixas de aprendizagem, como, problemas sociais, familiares e estruturais da instituição escolar. Como exemplos disso, é possível citar: “*Esquecido, aéreo, pai preso, prejudicando a aprendizagem*”; “*Não consegue prestar atenção, era atendido no CAPSi, deixou de aprender, pai agredia ele, houve separação, avó faleceu*”.

Segundo Santos (2006), as dificuldades de aprendizagem são o segundo maior motivo de procura de crianças e adolescentes por atendimento em saúde mental no serviço por ele estudado (consistindo em 30,2% das queixas) e, assim como nos relatos do livro, essas

dificuldades começam a aparecer e serem encaminhadas a partir do período de alfabetização, mas com maior incidência a partir dos 9 anos. Esse dado coincide com o que foi encontrado nesta pesquisa, entretanto, observa-se que os encaminhamentos de dificuldades de aprendizagem intensificam-se a partir da faixa dos 9 anos porque é a partir do 3º ano do Ensino Fundamental que as escolas municipais do Rio de Janeiro começam a admitir a possibilidade de reprovação. A aprovação automática, como política da área de educação, não será aprofundada neste trabalho. Entretanto, há de se considerar que esta se constitui como um dos fatores que impactam a procura do serviço de saúde mental por crianças com dificuldades de aprendizagem, visto que muitas são aprovadas durante os primeiros anos do ensino fundamental sem sequer serem alfabetizadas. As dificuldades nesse âmbito começam a aparecer quando a reprovação se coloca como possibilidade. Esse ciclo torna a queixa escolar um desafio de grandes proporções, que não tem perspectivas de resolução fora do trabalho intersetorial.

O estudo de Delvan *et al.* (2010) nomeia as questões de aprendizagem como *Transtornos de Aprendizagem*, enquadrados na categoria *Problemas Mentais*. Segundo tal estudo, realizado em um serviço de saúde em Itajaí (SC), os transtornos de aprendizagem remetem a 7,8% das queixas apresentadas pela população atendida pelo serviço, um número consideravelmente inferior ao levantado pelo estudo de Santos (2006), realizado em Ribeirão Preto (interior de SP). Questiona-se até que ponto a diferença nessa incidência está relacionada às diferentes políticas educacionais e aos índices de vulnerabilidade de cada local. Nesse caso, como os serviços de saúde, articulados a todas as instituições que envolvem a infância, podem fazer um trabalho que seja efetivo e leve em conta as particularidades locais?

No caso específico do CMS Hamilton Land, levando-se em consideração que este estudo tem a limitação de estender-se a uma diversidade de faixas-etárias, há uma incidência importante de queixas de aprendizagem, um total de 46 pessoas (32 pessoas do sexo masculino e 14 pessoas do sexo feminino), em sua maior parte, crianças. Considerando esse quantitativo e as escassas possibilidades de respostas eficazes, foi criado no serviço um dispositivo que tem como objetivo a realização de um trabalho intersetorial, o grupo de crianças. Este será abordado na próxima seção.

(11) As queixas de **Estresse/ Preocupação/ Sobrecarga** apresentam-se, em sua maioria, vinculadas a situações sociais e familiares graves e apareceram no discurso de 37 mulheres e 8 homens. Relatos como “*Perdeu 4 irmãos assassinados, tem filha com ‘problema de cabeça’*. *Diz não estar aguentando*”, “*Tem filho com esquizofrenia. Está cansada, a*

doença do filho a sobrecarregou, o filho se isola. Desenvolveu pressão alta” e “Teve que criar 4 netos, filha morreu, deprimida, esquecimento”, apontam para uma sobrecarga que tem ligação com o desgaste relacionado ao cuidado com o outro. Todos os trechos que servem como exemplo são de mulheres, de faixa etária acima dos 40 anos, que assumem o cuidado de alguém da família. Estas, como abordado no ensaio de Luz (2013) buscam o serviço de saúde como principal suporte para lidar com questões psicossociais, muitas delas, próprias da contemporaneidade. As respostas medicamentosas acabam por ser pouco eficazes nessas situações, pois tratam-se, na maior parte das vezes, de demandas por acolhimento, escuta, socialização. Essa escuta já se inicia no grupo de acolhimento em saúde mental, que tem um potencial terapêutico para esses casos. Como possibilidades de respostas a essa demanda, são realizados os Grupos Terapêuticos, dos quais falaremos adiante.

(12) O **Uso de Álcool e Drogas** não se constitui em uma demanda que chega com frequência ao serviço de saúde mental do CMS Hamilton Land (28 homens e 14 mulheres durante todo o ano de 2017), considerando que o serviço é situado em uma região de extremos índices de vulnerabilidade e de grande atuação do tráfico de drogas. Ainda assim, a maior parte das pessoas que buscam um serviço com esse tipo de queixa, fala sobre o uso de álcool, como visto nos exemplos: *“Etilista crônico, um pouco agressivo, com sintomas de abstinência”*; *“Etilista, após amputação da perna da esposa. Não fala de emoções, apenas de queixas físicas”*.

O uso de outras drogas aparece, em sua maior parte, vinculado ao uso de álcool, mas com frequência consideravelmente menor, o que podemos observar nos relatos: *“Voltou a se drogar, ainda bebe. Agora, escuta vozes”*; *“Relata uso de drogas (cigarro, cerveja, cocaína, maconha, loló). Está tentando parar. Teve mais de 5 internações”*.

Jucá, Nunes e Barreto (2009) discorrem sobre o uso de álcool e drogas como um *problema marginal* na saúde, apontando que no discurso dos profissionais entrevistados sobre problemas de saúde mental, não foi dado nenhum destaque a essa temática. Como hipótese para essa ocorrência, as autoras afirmam a tendência de olhares moralistas sobre as pessoas que possuem dependência química, o que as colocam “à margem dos que padecem de outras formas de sofrimento” (p.179).

A hipótese traçada pelas autoras relaciona-se com as questões socioculturais que envolvem o uso de álcool e outras drogas, que do mesmo modo que impactam a assistência prestada a esses usuários, pode ter ligação com a baixa procura dos mesmos. Isso é ressaltado

por alguns dos relatos do livro, que mostram a procura por tratamento psiquiátrico de pessoas que fazem tratamento em centros de reabilitação para dependentes químicos.¹⁸

(13) Observou-se haver um baixo encaminhamento de quadros de **Autismo, Atraso no Desenvolvimento e Quadro Neurológico** ao acolhimento em saúde mental (um total de 38 pessoas no ano de 2017, 21 do sexo masculino e 17 do sexo feminino). Essa pouca procura não tem ligação com uma baixa demanda no território e sim, provavelmente, com os encaminhamentos realizados pelos profissionais da unidade a serviços como os Centros Especializados em Reabilitação, os CAPS e aos ambulatórios de neurologia. Os casos dessa categoria que chegaram ao ambulatório de saúde mental, em geral, foram direcionados a outros serviços do território, que contemplassem recursos humanos e materiais adequados para esse cuidado.

(14) A categoria **Ideação Suicida/ Tentativa**, apesar da aparente baixa incidência, deve ser destacada, devido à gravidade do tema e seu crescimento nos últimos anos. Um boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), que analisou casos notificados de lesões autoprovocadas entre os anos de 2011 e 2016, mostrou um aumento de 194,7% nos homens e de 209,5% nas mulheres. Esses casos ocorreram, principalmente, na região Sudeste (51,2% das mulheres e 49,6% dos homens, no país). Esses números indicam uma grande necessidade de atenção dos serviços de saúde às questões relacionadas à ideação suicida e às tentativas de suicídio, bem como, de reflexões sobre estratégias de prevenção.

Ao explorar alguns dos relatos retirados do livro, que compõem essa categoria, foi possível observar uma grande diversidade de motivos que levam as pessoas a pensar em suicídio, ou mesmo à passagem ao ato. A natureza dos motivos vai ao encontro de variáveis como contexto social ou familiar, estado de saúde, vivência de situações traumáticas, transtornos de personalidade, questões culturais e religiosas, o que é reiterado por relatos extraídos do livro: *“Diz não querer mais viver. ‘Minha vida está toda errada’”*; *“Tentativa de suicídio em setembro; se corta, resistente a se tratar”*; *“Quadro psicótico após uso de drogas. Disse que vai se matar”*; *“Tentativa de suicídio, filha de pais abusivos, fugiu de casa, morou na rua, abuso sexual, HIV”*; *“Luto pela perda do filho de 7 anos. Está grávida. Tentou suicídio 3 vezes”*; *“Dificuldade de interação social. Tem fixação pela Alemanha (nazismo).*

¹⁸ Em sua maioria, de cunho religioso, com foco na abstinência, em detrimento da lógica de Redução de Danos, preconizada pelo Ministério da Saúde até a assinatura do decreto 9.761/2019, pelo presidente Jair Bolsonaro. Tal decreto aprova uma nova Política sobre drogas, com ênfase na abstinência.

Não tem ânimo para nenhuma atividade. Tentou suicídio”; “Desânimo, afirmava que iria morrer, corte no pulso, insônia, tristeza, não sai de casa. Acredita que seu problema é espiritual, fizeram feitiço pra ela”; “Pai cometeu suicídio na frente dela (há 4 anos). Desenvolveu problemas de aprendizagem, agressividade, não se dá com outras crianças”.

Diante desses relatos, fica clara a complexidade da temática do suicídio e a dificuldade na realização de ações de saúde que deem conta da integralidade do fenômeno.

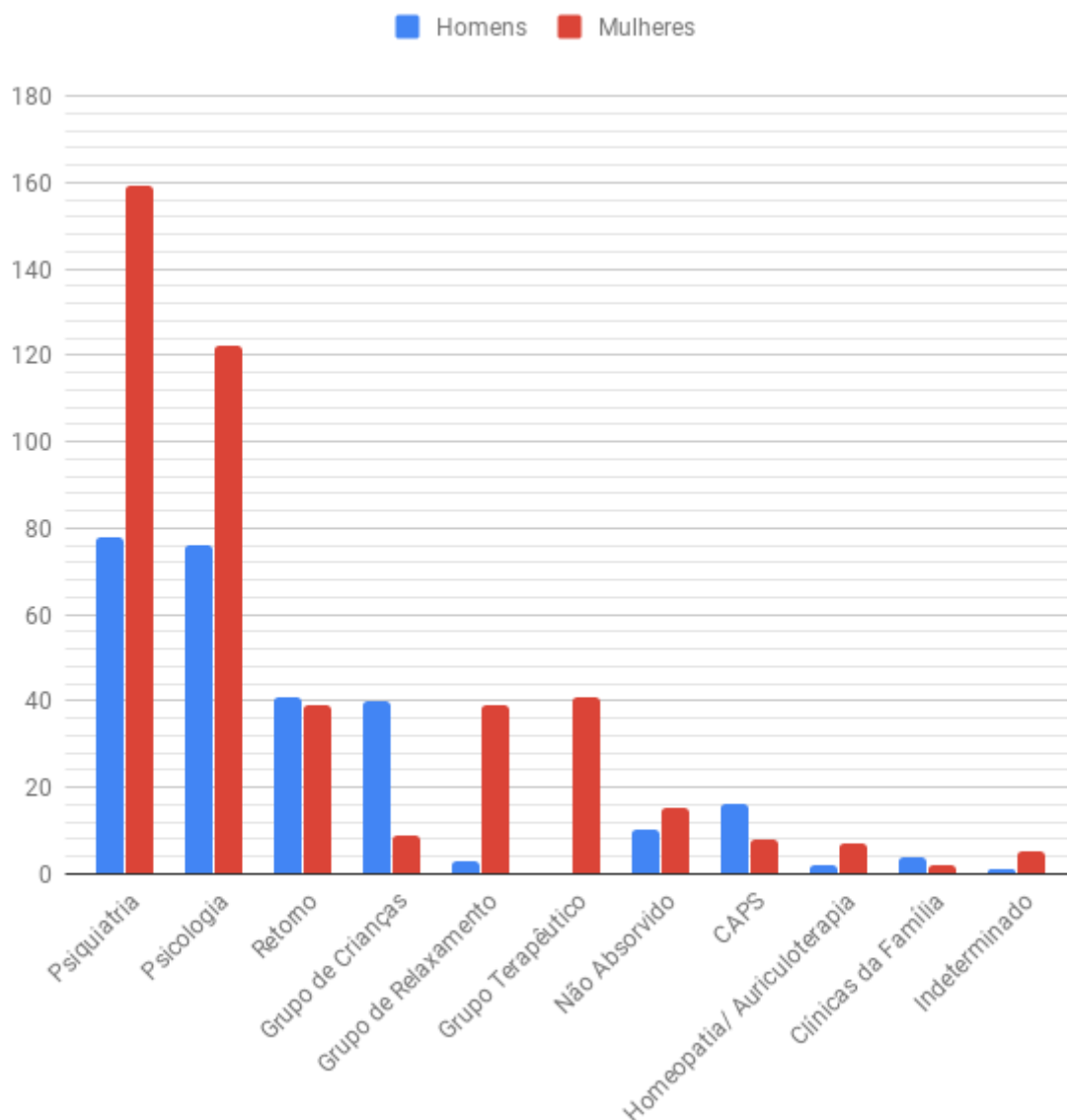
(15) Como queixas com menor incidência, porém, importantes de serem abordadas, estão as **Questões relativas à Gravidez e ao Puerpério** (com um total de 11 casos no ano de 2017). Em sua maior parte, essas demandas são encaminhadas pelo setor de pré-natal e tem ligação com alterações de humor ou quadros depressivos, durante o período pós parto. Como exemplos, é possível citar: *“Crise recente: ‘Quebrei tudo em casa’, História de depressão pós parto”; “Teve depressão pós parto”; “Crise de ansiedade, tristeza, pós parto, nervosa, muito sono, isolamento”.* Um ponto a ser ressaltado nesses casos específicos é a ausência de registros no livro de violência obstétrica, apesar deste ser um dado muito presente no discurso das mulheres que procuram o serviço com queixas no pós-parto. Do mesmo modo que a violência do território é pouco mencionada nos registros, a violência dos serviços de saúde também não aparece, apesar de se mostrar recorrente nos relatos verbais das mulheres que procuram o acolhimento.

Durante o período gestacional, foram observadas as seguintes queixas: *“Dificuldade de aceitar a gravidez, tristeza, choro”; “Não aceita a gravidez, filhos no tráfico, sensível, chora por tudo, pressão subindo, filho não é do marido, quer se isolar”.* Ambas as queixas têm ligação com a não aceitação da gravidez. E, um último relato a ser destacado é relativo a uma perda gestacional, que desencadeou um quadro psicótico mais grave: *“Após perder gestação, alucinações auditivas e visuais, mudança de humor”.*

Há de se pontuar que todos os casos relacionados à gestação ou ao puerpério são inseridos imediatamente em atendimento, independente de questões de agenda, por se tratarem de situações que os protocolos do Ministério da Saúde definem como prioritárias.

4.2.4 Os encaminhamentos dados aos usuários

O Gráfico 4, representado a seguir, mostra os encaminhamentos realizados, no ano de 2017, pelo Grupo de Acolhimento em Saúde Mental do CMS Hamilton Land.

Gráfico 4 - Encaminhamentos Realizados, por Gênero - 2017

Fonte: a autora (2019)

A partir dos dados obtidos, podemos observar que a maior parte dos encaminhamentos feitos pelo acolhimento em saúde mental da unidade estudada ainda é direcionada ao ambulatório de psicologia e psiquiatria. Isso se dá a despeito dos esforços e investimento em trabalhos grupais e da parceria com profissionais da unidade que trabalham com práticas integrativas em saúde, como a homeopatia e a auriculoterapia.

Costa (1989), a esse respeito, afirma que a forte influência da psicanálise, nos campos da psicologia e psiquiatria no Rio de Janeiro, faz com que os sofrimentos apresentados pela população que busca atendimento no serviço público, sejam vistos a partir da ótica da

nosografia tradicional. O autor critica o fato de que, apesar de haver uma compreensão dos profissionais acerca da multiplicidade dos sintomas apresentados, muitos “limitavam-se a prescrever psicotrópicos ou a constatar a incapacidade dos clientes de se submeterem à psicoterapia” (COSTA, 1989, p.17). Desse modo, a burocratização do acolhimento às queixas em saúde mental não se dá apenas pelo não conhecimento das queixas que emergem no cotidiano da assistência à saúde, mas, segundo elencado por Costa (1989), por fatores como “carência de pessoal, despreparo técnico, negligência irresponsável com que se trata o cliente pobre no país” (Ibid.) e, em muitos casos, os “preconceitos presentes em nossas concepções clínicas” (Ibid.).

A psiquiatria e a psicologia, no CMS Hamilton Land, ainda são os setores para os quais é destinada a maior quantidade de encaminhamentos. É possível que isso se deva aos fatores apresentados no parágrafo anterior. Em consonância com Costa (1989), porém, levando em consideração a realidade da assistência no CMS Hamilton Land, o motivo que mais se aproxima dos resultados apresentados no gráfico 4 é a “carência de pessoal”. Apesar do serviço possuir 2 psicólogas e 1 psiquiatra com carga horária de 20 horas semanais cada, a demanda por atendimento, bem como os níveis de vulnerabilidade da população atendida, ultrapassam as possibilidades de um atendimento que comporte a demanda.

Ainda segundo o gráfico 4, observa-se um grande índice de retornos ao acolhimento em saúde mental, que são relativos a casos que não necessariamente precisariam de atendimento, mas de uma escuta profissional, por um período breve. É importante pontuar que, caso não houvesse uma passagem pelo grupo de saúde mental, a maior parte desses pacientes poderia ser inserida em tratamentos psiquiátricos ou psicoterapêuticos, o que resultaria em um índice ainda maior de usuários encaminhados a esses tratamentos, sem uma avaliação adequada, e, por consequência, em superlotação do serviço. Há, nesse sentido, um potencial terapêutico nos processos de trabalho do grupo de acolhimento, no qual a escuta e o trabalho de construção conjunta da demanda já podem ser consideradas respostas do serviço aos pedidos do usuário.

Apesar dos poucos encaminhamentos, os grupos, como os terapêuticos e os de crianças, acabam por comportar a maior parte das pessoas com o perfil proposto para cada um. Os grupos terapêuticos eram compostos apenas por mulheres, entre 40 e 70 anos, e tinham por objetivo o compartilhamento de experiências e problemas do cotidiano, bem como a identificação entre os membros do grupo.

Os grupos de crianças eram divididos em 2 faixas etárias (3-6 anos e 7-11 anos) e ocorriam quinzenalmente, intercalando-se com grupos quinzenais com os pais, avós e outras

figuras de cuidado. Participavam desse grupo todas as crianças que procuravam atendimento por causa de queixas escolares (de aprendizagem ou comportamento, por exemplo). Essa estratégia possibilitou uma redução na demanda por atendimento psicológico individual e, ainda, melhorou a assistência à queixa escolar na unidade, já que o trabalho grupal possibilita observar a criança em um contexto mais aproximado com o escolar do que o contexto do consultório.

O grupo de relaxamento, com o objetivo de trabalhar queixas ligadas à ansiedade e ao estresse, desde o início, foi um grupo com pouca adesão, apesar de haver uma demanda muito grande de pessoas com esse perfil. Esse baixo encaminhamento se deu, em sua maior parte, devido aos pedidos de alívio rápido para o sofrimento, por parte de quem procurou atendimento. De modo que queixas que poderiam ter sido encaminhadas a recursos alternativos à medicação acabaram agendadas para a psiquiatria. Do mesmo modo, houve um baixo encaminhamento a outros recursos como esse, a exemplo da auriculoterapia e da homeopatia.

Os encaminhamentos a outros serviços, como os CAPS ou Clínicas da Família, foram feitos em situações que não encontravam recursos suficientes na unidade de saúde, ou mesmo por questões de territorialização. E as categorias “não absorvido” e “indeterminado” referem-se, respectivamente, a pessoas que não apresentaram demanda para acompanhamento em saúde mental e pessoas cujo encaminhamento não se encontra no livro de registros.

As informações recolhidas do livro do acolhimento em saúde mental nos ajudam a pensar sobre como o dispositivo parece estar alinhado com a proposta da APS como coordenadora do cuidado. Ao pensarmos sobre esse lugar da APS na organização da saúde, admitimos a existência de uma função mais ampla, que não apenas envolve a assistência, mas a informação, a educação em saúde e, principalmente, encaminhamentos não burocráticos, resultantes de discussão de casos, construção de redes e orientação ao usuário sobre o trajeto a se percorrer. Facilita-se, dessa forma, o acesso, diretamente ligado ao princípio da universalidade.

Tendo sido apresentadas informações sobre as queixas e dispositivos que compõem o setor de Saúde Mental do CMS Hamilton Land, iniciaremos, a seguir as discussões acerca das narrativas construídas a partir das entrevistas realizadas com usuárias do serviço.

4.3 NARRATIVAS SOBRE A QUEIXA

Nesta seção, trabalharemos em torno das Narrativas de História de Vida de três usuárias do serviço de saúde, que participaram da pesquisa, a partir da realização de entrevistas. Como já dito no Capítulo 3, as narrativas foram construídas a partir dessas entrevistas, levando-se em consideração elementos como contexto, afetos, expressões e sentimentos demonstrados durante o encontro entre pesquisadora e participante, de modo a não excluir sentimentos e impressões vivenciados pela pesquisadora.

Após explicar os objetivos da pesquisa e os critérios de exclusão e inclusão aos profissionais, foi observado que, além das três mulheres entrevistadas, todas as outras sugestões de participação também foram de pessoas do sexo feminino. Isso pode apontar para a relação feita por profissionais de saúde, entre as mulheres e as queixas em saúde mental, mas não há como aprofundar essa discussão, por causa do número reduzido de participantes.

As participantes do estudo têm faixa etária entre 27 e 58 anos e são moradoras da Cidade de Deus. Todas indicadas por uma mesma profissional da unidade de saúde, mas inseridas em dispositivos diferentes de tratamento.

Apresentaremos, neste capítulo, as narrativas sobre o encontro com 3 mulheres: Clarissa, Rozana e Stefane¹⁹. As narrativas foram nomeadas a partir de elementos considerados importantes na caracterização da história de cada participante.

Em um primeiro momento, apresentaremos a história de Clarissa, 44 anos, adstrita à Clínica da Família CDD, com acompanhamento regular da saúde pelo médico de família e atendida pela psicóloga da unidade há 3 anos.

A segunda narrativa conta a história de Rozana, 59 anos, usuária da unidade, onde faz todo seu acompanhamento em saúde há mais de 30 anos.

Temos, em terceiro lugar, a história de Stefane, 27 anos, que se trata no CMS Hamilton Land desde criança, mas que, há pouco tempo, tem buscado as consultas que considera necessárias, por conta própria.

Por fim, encerramos o capítulo com a análise das narrativas e uma tentativa de enlace teórico com os pontos discutidos até aqui, nesta dissertação.

¹⁹ Nomes fictícios.

4.3.1 Narrativa 1 - “A Sete Chaves”

“Fiz contato com Clarissa pela primeira vez através do telefone. Clarissa havia sido indicada para a minha pesquisa por uma psicóloga do posto de saúde onde eu trabalhava. Eu, já um pouco frustrada com tantas tentativas de ligação telefônica sem sucesso, consigo, finalmente, falar com alguém: Clarissa! Explico o motivo da minha ligação e ela, de prontidão, responde: ‘Claro que vou participar! Vocês já fazem tanto por mim, também quero poder ajudar.’ Combinamos um dia para a entrevista na semana seguinte, no horário da manhã. Aguardo Clarissa alguns minutos, até que ela vem ao meu encontro, esbaforida, desculpando-se pelo atraso: precisou resolver algumas coisas antes de ir ao posto. ‘Quase não deu tempo!’

Pessoalmente, consigo lhe explicar com mais calma o motivo de Clarissa estar ali, e ela me ouve com paciência. Para ajudá-la com os esclarecimentos de suas questões, lemos juntas os tópicos do TCLE. Pareceu-me muito importante essa etapa, porque, afinal de contas, ler o TCLE ajudou Clarissa a compreender o motivo dela estar ali e em que poderia contribuir.

Nosso encontro me pareceu acolhedor desde o início, desde a ligação. Esse acolhimento aconteceu por ambas as partes. Por mim, ao me propor a escutar com atenção a história que Clarissa tinha a me contar; mas, principalmente, por Clarissa, que acolheu minha ligação e pedido de participação e, com postura mais que acolhedora, se dispôs a contar-me, sem desconfianças, sua história.

‘Eu era pequena quando aconteceu. Tinha só 8 anos, não tinha noção de como era grave o que estava acontecendo comigo, mas sabia que me fazia mal. Tinha muita vergonha, por isso, guardei meu segredo a sete chaves. Não sabia o que era um abuso, e não sabia que era isso que estava acontecendo comigo. Meu tio, o abusador, morava perto de mim, o que sempre aumentava a minha sensação de medo. Me sentia desprotegida. E não podia contar aos adultos o que estava acontecendo.

Cresci um pouco. Era uma adolescente reservada, não tinha vaidades, não me achava bonita. Continuava em silêncio. Os abusos tinham parado, mas ainda eram vivos dentro de mim. E isso eu não sabia dizer. Apenas me esconder. Me esconder como se eu fosse a culpada da situação. Me esconder atrás de roupas, cabelos, senso de humor, até desaparecer. Era o que eu queria. Eu era a palhaça da turma. Todos achavam graça de mim, mas não achavam graça em mim. Eu tinha medo de não conseguir namorar. Mas, de tanto tentar ser invisível, apareci pra alguém: meu marido.

Ele foi o único homem com quem estive. Ele chegou na minha vida quando eu tinha 18 anos. Foi quando eu perdi minha virgindade. E tudo aquilo que estava guardado tão escondido apareceu. ‘Você já foi abusada?’, ele me perguntava quando me via chorar após cada relação. E eu dizia que não. Não sabia. Não me permitia lembrar. Só sabia que tinha muito medo daquele momento e sentir prazer não me era uma opção.

E as coisas foram se desdobrando. Faltava-me tanto o prazer, que passei a buscá-lo em outras coisas. A comida foi uma das principais. Engordei muito. Não conseguia parar de comer. Ainda não consigo, estou trabalhando nisso. Só então, resolvi procurar ajuda.

Eu sempre frequentei o postinho de saúde, quase todos os meus tratamentos são feitos nele. Só quando eu não consigo alguma coisa, um exame, uma consulta importante, que eu procuro fazer no particular. Me lembro ter tido muitas dificuldades em ir ao ginecologista, quando me tornei moça, tinha pavor da ideia de que me tocassem. Eu não sabia por quê. Hoje eu sei que foi por causa do abuso. Mas em todas essas idas, até começar a me relacionar com meu marido, não tinha passado pela minha cabeça procurar um psicólogo.

Já tem alguns anos que me trato com a psicologia. Já passei por quatro psicólogos, um pelo plano, um de uma ação social e dois pelo SUS. Foi por causa desse tratamento que descobri que fui abusada. Já tem algum tempo que meu tio morreu, mas, na época que descobri, ele ainda morava perto da minha casa, e convivia comigo como se nada tivesse acontecido. Senti tanta raiva dele quando descobri o motivo da minha vida estar assim por todos esses anos...

Os primeiros tratamentos psicológicos que eu fiz, eu não me dei muito bem. Um dos psicólogos só queria trabalhar a minha área sexual, e isso me incomodava muito. Aqui no posto, eu fui vista como um todo. Eu entendi que minha vida tem muitas outras áreas, que se relacionam. Entendi o movimento que eu tenho de descontar na comida, descontar nas compras e fazer dívidas... Ainda faço todas essas coisas, mas acho que melhorei bastante. E o tratamento me ajudou a melhorar. Hoje, eu crio um sobrinho de seis anos e eu consigo perceber, às vezes que ele se sente triste, assim como eu. Entender um pouco mais sobre mim tem me ajudado a acolher o meu sobrinho, nos sofrimentos dele.”

Clarissa encerra com um suspiro profundo. Eu agradeço e, sorrindo de modo acolhedor, ela responde: “Tá bom? Te ajudei de alguma forma?”

Clarissa tem 44 anos, é casada, trabalha como autônoma, fazendo bolos e doces. Traz consigo uma história longa e triste, por trás do frequente sorriso, e consegue falar sobre ela de forma organizada, até mesmo, cronologicamente. Mostra compreender bem a forma como foi se construindo como pessoa ao longo dos anos. Foi indicada para participar da pesquisa pela

psicóloga que a acompanha, não por apresentar queixas vagas, mas por ter uma demanda bem construída, devido a muitos anos de psicoterapia, e, mesmo assim, apresentar poucas evoluções, conforme avaliação profissional. Entretanto, Clarissa avalia o progresso de seu tratamento de maneira distinta, mostrando ter havido melhora, apesar das poucas mudanças comportamentais: *“Ainda faço todas essas coisas, mas acho que melhorei bastante. E o tratamento me ajudou a melhorar”*. Atribui ao acompanhamento psicológico a “descoberta” do abuso que sofreu e a compreensão de seu modo de viver, a partir da ótica desse acontecimento: *“Já tem alguns anos que me trato com a psicologia. Já passei por quatro psicólogos [...] Foi por causa desse tratamento que descobri que fui abusada”*.

Temos, na narrativa de Clarissa, uma importante referência ao “não saber nomear”. Sobre os abusos sexuais que vivenciou desde a infância, a participante relata não sabia nomear o que estava sentindo, nem tampouco, o que estava acontecendo com ela. Sabia, apenas, que não lhe fazia bem. Segundo a narrativa, podemos observar que Clarissa atribui essa dificuldade de dar nomes ao que estava acontecendo à pouca idade que tinha quando os abusos sexuais começaram a ocorrer. Isso é evidenciado no trecho *“Tinha só 8 anos, não tinha noção de como era grave o que estava acontecendo comigo, mas sabia que me fazia mal”*. Mais à frente, no entanto, ela consegue dar nome a dois sentimentos que vivenciou, a partir desses acontecimentos na infância, e que a acompanharam ao longo de sua história de vida: *“Vergonha”* e *“Medo”*.

Os relatos nos quais se evidencia o sentimento de vergonha estão presentes desde a infância, sempre vinculados ao *“silêncio”* e ao movimento de *“se esconder”*. A primeira referência que mostra isso está no trecho: *“Tinha muita vergonha, por isso, guardei meu segredo a sete chaves. [...] E não podia contar aos adultos o que estava acontecendo”*. A ideia de “guardar algo a sete chaves”, apesar de não aparecer com frequência na narrativa, foi um ponto marcante do discurso de Clarissa. Guardar, nesse caso, tem relação com o sentimento de vergonha oriundo dos abusos que sofreu na infância, mas também pode ter relação com o medo, com o sentir-se *“desprotegida”*, com a presença de seu abusador residindo no mesmo quintal.

Na adolescência, sem vivenciar mais abusos, observa-se a presença dos mesmos sentimentos no discurso de Clarissa, entretanto, vivenciados de uma outra forma: a *“vergonha”* aparece nas seguintes expressões: *“adolescente reservada, não tinha vaidades, não me achava bonita”*. “Esconder-se”, a partir da fala de Clarissa, parece uma nova forma de manifestar seu silêncio que, nesse período, passa a ser atrelado a um novo sentimento: *“culpa”*. Vemos a relação entre o silêncio de Clarissa e os sentimentos de vergonha e culpa

nos seguintes trechos da narrativa: *“Me esconder como se eu fosse a culpada da situação. Me esconder atrás de roupas, cabelos, senso de humor, até desaparecer”*.

O evento que, segundo Clarissa, foi guardado *“a sete chaves”* na infância, a partir da adolescência passa a ocupar um lugar ao qual nem Clarissa tem acesso: *“Os abusos tinham parado, mas ainda eram vivos dentro de mim. E isso eu não sabia dizer. Apenas me esconder”*. O *“não saber dizer”* mantém-se no discurso de Clarissa sobre a adolescência. Ela sabia que tinha algo acontecendo, mas, ainda, não sabia dar nomes. Um trecho que exemplifica isso é: *“Me lembro ter tido muitas dificuldades em ir ao ginecologista, quando me tornei moça, tinha pavor da ideia de que me tocassem. Eu não sabia por quê. Hoje eu sei que foi por causa do abuso”*.

O *“medo”* continua aparecendo no discurso de Clarissa, mesmo depois de ter parado de vivenciar os abusos, o medo de não conseguir namorar, o medo de ir a uma consulta em ginecologia. Pelo relato de Clarissa, ela não cogitou a ideia de procurar um psicólogo até iniciar sua vida sexual, aos 18 anos, que foi o momento em que *“tudo aquilo que estava guardado tão escondido apareceu”*, apesar de ainda não saber nomear. E os eventos guardados da infância desdobraram-se em novos movimentos, não mais apenas o esconder-se, mas o que ela chamou, mais tarde, *comportamentos compulsivos*, conforme o que foi relatado por Clarissa: *“faltava-me tanto o prazer, que passei a buscá-lo em outras coisas. A comida foi uma das principais. Engordei muito. Não conseguia parar de comer”*. Esse segundo momento foi o que a impulsionou a procurar ajuda.

Um trecho que chama atenção, na narrativa, diz respeito à busca de Clarissa por um acompanhamento que se aproximasse de atender o que ela considerava como necessidade. Passou por 4 psicólogos, desde que decidiu procurar ajuda, e alguns anos de terapia. Consegue pensar criticamente a respeito desses atendimentos, de modo que afirma ter abandonado um tratamento, pois incomodava-se com o fato do terapeuta abordar apenas temáticas de sua vida sexual. Sobre o tratamento no CMS Hamilton Land, afirma: *“Aqui no posto, eu fui vista como um todo”*, discurso que mostra a importância de um olhar para o sujeito pautado na integralidade, a partir da avaliação do próprio sujeito.

Por fim, Clarissa apresenta algumas repercussões de seu processo terapêutico na sua vida diária, dizendo que se conhecer tornou mais fácil lidar e se colocar no lugar de outras pessoas, como seu sobrinho, que recentemente havia ido morar com ela.

4.3.2 Narrativa 2 - “Num momento, uma grande família. No outro, Rozana”.

“Rozana vem à entrevista, após ter sido contatada por telefone. Foi chamada, porque participava ativamente do grupo de relaxamento do posto de saúde. Demonstrou, desde a ligação, muito interesse em participar, apesar de não saber bem do que se tratava. Procuo receber Rozana em uma sala em que poderíamos conversar à vontade, com raras interrupções. O posto, entretanto, estava extremamente ruidoso aquele dia, o que era incomum para uma semana próxima ao natal. Nessa época, o serviço costuma ser tomado por um silêncio que revela a pouca frequência das pessoas em períodos de festas.

Nesse dia, o posto cheio e o calor de início de verão no Rio de Janeiro acresciam-se à pouca efetividade do aparelho de ar condicionado e a uma acústica não preparada para manter o silêncio nas salas. Rozana se apresenta com um sorriso gentil e escuta com atenção à minha explicação dos motivos da nossa conversa. Seu tom de voz é baixo e tranquilo, o que contrastava com o nosso cenário, e às vezes, até dificultava a minha compreensão.

Rozana é acompanhada no posto de saúde há muitos anos, trinta, pra ser mais exata, mais ou menos a época em que se casou e veio morar na Cidade de Deus. Rozana foi criada no interior do estado do Rio de Janeiro, em uma cidade próxima à Itaperuna. Cidade que, segundo ela, tinha um ritmo de vida muito diferente do que o que ela precisou se habituar quando veio morar no Rio.

Chegou ao posto pela primeira vez, para fazer acompanhamento periódico de sua saúde, principalmente na ginecologia e na clínica médica. Sempre se preocupou muito em se cuidar. E tudo esteve bem, durante todos esses anos.

Até que... algumas coisas mudaram. A rotina começou a se desenhar diferente, depois de trinta anos. Não havia mais crianças e adolescentes para cuidar. Seu José, marido por tantos anos da Rozana, faleceu. Tudo desapareceu num lapso. Em um momento, uma grande família ao redor de uma mesa. No outro, Rozana.

[Vazio]

Um vazio muito diferente de toda aquela vida que circulava por entre os muros do posto de saúde. Todo aquele barulho incômodo encontrava um sentido no interior do discurso de Rozana. O posto deixa de ser apenas para consultas de rotina, encontra lugar no vazio vivido por Rozana.

Foi assim que ela chegou ao acolhimento em saúde mental.

‘Eu achei que seria muito diferente, né? Já tinha feito psicóloga, logo que tive meu filho. Depressão pós parto. E ela sentava e conversava comigo.

Aqui, eu vim porque, depois de tudo que aconteceu, eu não conseguia dormir, ficava muito angustiada. E, por isso, me passaram para o grupo de relaxamento. Achei estranho não sentar em uma sala para só conversar, mas isso foi fazendo sentido pra mim, aos poucos. Eu via que tinha gente com problemas parecidos com os meus e eu usava as técnicas de respiração que eu aprendia para usar quando eu estava muito ansiosa. As pessoas acham que não funciona, mas comigo deu muito certo. E as sementinhas na orelha? Passei a dormir melhor depois daquilo’.

A fala de Rozana, antes em tom baixo e de difícil compreensão, avivou-se. Algo dentro dela, ao receber cuidado, despertou-a a um auto cuidado. Longe de resolver os motivos que causaram sofrimento à Rozana, o Grupo de Relaxamento lhe ofereceu novas possibilidades. Hoje, um ano e meio depois de chegar àquele serviço que nem sempre é calmo e silencioso a ponto de promover um relaxamento, Rozana encontra o barulho e o movimento suficientes para ajudá-la a reestabelecer a qualidade de vida que havia perdido.

Penso estar encerrada a entrevista, mas, por costume, pergunto se ainda existe algo que Rozana considere relevante dizer. E, para a minha surpresa, havia. ‘E essa violência, hein? A gente vive com tanto medo que nem consegue dormir, nem consegue sair de casa’. Rozana, de fato, não era só a solidão que vivia”.

Rozana tem 58 anos, 30 deles, vividos na cidade do Rio de Janeiro. É dona de casa, viúva e construiu as bases de sua rotina diária no cuidado com o outro: os filhos, o marido, a casa. Como é natural do interior do estado, não possui familiares por perto. Também tem poucos amigos, considera que sempre viveu para a família. Procurou o acolhimento em saúde mental com queixas de insônia, angústia e ansiedade.

Faz acompanhamento em saúde no CMS Hamilton Land há 30 anos, principalmente na ginecologia e clínica médica. Sempre prezou por um autocuidado e nunca julgou necessário qualquer atendimento no setor de saúde mental da unidade. A demanda por esse tipo de acolhimento começa a se construir a partir do momento que Rozana se depara com vazios que a colocaram em uma posição diferente na vida: *“Tudo desapareceu num lapso. Em um momento, uma grande família ao redor de uma mesa. No outro, Rozana”*. Não se tratava apenas da extinção da função que ela exercia naquela família específica, mas do papel que ela assumia na sociedade, de sua identidade. Não havia, segundo relatos na entrevista, uma rede de apoio que fosse suficiente para oferecer suporte ao sofrimento inerente a essas mudanças. Por isso, a procura pelo posto de saúde.

Rozana fala, também, de suas expectativas quando procurou o serviço, baseadas em experiências que ela já tinha vivenciado: *“Eu achei que seria muito diferente, né? Já tinha*

feito psicóloga, logo que tive meu filho. Depressão pós parto. E ela sentava e conversava comigo". Entretanto, a despeito do não cumprimento dessas expectativas, Rozana avalia positivamente o acompanhamento recebido, o que se evidencia no seguinte relato: “[...] *me passaram para o grupo de relaxamento. Achei estranho não sentar em uma sala para só conversar, mas isso foi fazendo sentido pra mim, aos poucos*”. Essa estranheza inicial, em relação ao grupo de relaxamento, foi se transmutando em uma participação efetiva, que lhe possibilitou a construção de uma rede de apoio, trocas com outros participantes, a utilização das técnicas de respiração aprendidas, quando necessário, e o uso de métodos alternativos para dar conta das queixas de insônia, como a auriculoterapia. Houve, segundo Rozana, uma significativa melhora em sua qualidade de vida.

Uma questão importante, que aparece no encerramento da entrevista com Rozana, é a fala sobre a violência urbana. Como já colocado, no decorrer deste trabalho, chama atenção o fato de, raras vezes, as queixas serem associadas com a violência do território, mesmo em períodos conflituosos na comunidade. Na entrevista com Rozana, quando adentramos a temática da queixa, todo o seu relato foi voltado para a quebra de vínculos familiares. O tema da violência apenas aparece no encerramento, em segundo plano, despertado por uma tentativa de saber se algo importante ainda não tinha sido dito. Observo que, ainda no início da entrevista, Rozana dá a entender que iria abordar o tema, quando se refere ao fato de que, quando morava no interior, *“tinha um ritmo de vida muito diferente do que o que ela precisou se habituar quando veio morar no Rio*”. Da expressão “ritmo de vida” é possível apreender diversos significados, um deles, voltado para a questão da segurança. Talvez uma das limitações dessa entrevista específica tenha sido não procurar entender o que Rozana quis dizer com isso. Por isso, fica a interrogação sobre que outros sentidos para a queixa de Rozana poderiam ser construídos, a depender da forma como a entrevista fosse conduzida.

4.3.3 Narrativa 3 - *“A gente precisa só de amor”*

“Stefane procurara o posto de saúde há pouco tempo. Tinha apenas uma semana que ela havia passado pelo acolhimento em saúde mental, e três, que ela chegou à janelinha do guichê para agendar.

‘Minha mãe e minha tia têm problemas mentais. Eu vim porque estou com medo de ficar doente também’, me disse logo no início da entrevista.

O tom de Stefane sempre dava a sensação de que encerrava-se o assunto. Afinal, o que dizer de uma queixa dita de forma tão objetiva? O roteiro que eu tinha em mãos, que, em

outros momentos, desdobrava-se em longas e ricas histórias, com Stefane parecia ter outro efeito.

‘Desde quando você vem ao posto?’

‘Desde criança’

‘Por que você veio naquela época?’

‘Bronquite’

‘Você veio ao grupo de Saúde mental por quê?’

Nada se desenvolvia.

Respostas curtas.

Silêncio.

Fim do roteiro em cinco minutos.

Começo a improvisar com Stefane, ouvir com mais atenção ao seu discurso, tentar entrar em pequenos detalhes da sua fala. Sinto-me preocupada, pela necessidade de explorar aquele discurso e pelo medo de entrar em temas que ainda eram frágeis e pouco trabalhados.

Ali, eu não era a psicóloga de Stefane e, por isso, vi restrito o meu campo de atuação. Era um encontro que, apesar de tão semelhante a tantos outros que eu havia vivenciado naquele posto de saúde, era, ao mesmo tempo, completamente diferente de todos eles. A posição era diferente. Ser pesquisadora, ali, desconfortava.

Um ponto crucial da entrevista se deu logo em seguida ao término das minhas perguntas, com uma tentativa última de incentivar a fala de Stefane:

‘Tem mais alguma coisa que você gostaria de dizer sobre o motivo de você ter vindo?’

Recebo um sinal afirmativo, e Stefane prossegue:

‘Eu perdi meu emprego uns meses atrás. Como eu tenho uma filha, é muito ruim ficar sem trabalho. Eu sempre quero dar o melhor para a minha filha, mas às vezes penso que maltrato muito ela. Não tenho paciência. Fico estressada e descontro tudo nela. Sou severa demais com quem eu deveria dar amor. E ela só tem onze anos.

Sabe, minha mãe também fazia isso comigo. Eu tive uma infância muito triste, eu era muito castigada e poucas vezes sabia por que. Eu nunca vou me esquecer do dia em que minha irmã não permitiu que minha mãe cuidasse do cabelo dela. Éramos pequenas, ela só tinha cinco anos. E, como castigo, minha mãe raspou todo o cabelo dela. E ela tinha um cabelo lindo, cacheado, igual o de bonecas. O cabelo nunca mais voltou a ser o mesmo, nem eu. Minha mãe nunca gostou da gente.

Meu pai era o meu único refúgio. Nós éramos muito pobres, e me lembro que ele me dizia que o ser humano não precisava de dinheiro, e sim de amor. Eu não sei porque sou essa pessoa grossa, porque não foi isso que aprendi com meu pai. Meu pai me ensinou através da dor dele. Ele me contava que, quando tinha quinze anos, ele teve que virar homem, pois perdeu o pai e tinha que sustentar a mãe e as 5 irmãs. Contava, também, queo dia mais chocante que viveu foi quando o pai dele costurou à mão o tênis pra ele ir pra escola. Ele me dizia que aquilo era uma prova de amor de seu pai, que, mesmo sem dinheiro, se esforçava para agradar os filhos. Dinheiro não é nada. Às vezes, o que a gente precisa é só amor’.

Stefane chora longamente a partir desse relato. Um silêncio, novamente, se impõe à sala, intercalado ao soluçar de Stefane. Agora, um silêncio cheio de significados. De falta. Stefane faz uma longa pausa, como em uma tentativa de digerir o que foi dito. Recompõe-se e diz ter saudades do pai e que esperava que o serviço a ajudasse a ser uma pessoa alegre. Se dar conta disso levou Stefane à construção de uma demanda que, até então, nem sabia que tinha. Entendo, a partir desse encontro, a importância de uma inserção imediata no acompanhamento psicológico. Stefane encerra seu discurso, ora sorrindo, ora com lágrimas ainda presentes, demonstrando a satisfação de finalmente entender o motivo de estar ali”.

Stefane tem 27 anos, está desempregada, tem uma filha de 11 anos. Procurou o serviço de saúde mental, inicialmente, por ter familiares com problemas mentais e estar preocupada com a possibilidade de vir a desenvolver algum transtorno. Havia passado recentemente pelo grupo de acolhimento em saúde mental e estava na lista de espera para acompanhamento psicológico. Chama atenção o fato dela ter sido encaminhada para psicoterapia individual, sem que essa demanda estivesse clara para os profissionais. Nesse caso, contudo, foi considerado o desejo de Stefane de ser atendida.

Sua indicação para a entrevista se deu devido a essa falta de clareza sobre os motivos que levavam Stefane a procurar ajuda. O primeiro, e mais importante, ponto a ser destacado na narrativa, é o processo de construção dessa demanda, que se deu no decorrer da entrevista. Foi observado, inicialmente, a presença de respostas curtas e objetivas, que se detinham a responder a um protocolo, as perguntas norteadoras da entrevista.

Só foi possível adentrar o discurso de Stefane a partir do término das possibilidades apresentadas no roteiro de perguntas, quando digo: “*Tem mais alguma coisa que você gostaria de dizer sobre o motivo de você ter vindo?*”. O fato de ser uma pergunta mais aberta, fora de um roteiro, possibilitou a Stefane fazer as elaborações que fez a seguir: um rico compilado de histórias, com muitos detalhes, memórias e associações, sobre seu desemprego,

sua relação com a filha, sua relação com a mãe, sua relação com seu pai (e a relação dele com o pai dele), a perda de seu pai, a falta. A partir desse momento, observo que transito algumas vezes do papel de pesquisadora para o de terapeuta. Essa mudança para uma posição com a qual estava familiarizada possibilitou-me maior segurança na escuta, o que acredito ter sido essencial para o desenvolvimento do discurso de Stefane.

Dois tipos de silêncios pareceram marcantes no relato de Stefane: um silêncio inicial, mostrado no trecho: “*Nada se desenvolvia. Respostas curtas. Silêncio. Fim do roteiro em cinco minutos.*”; e um silêncio seguido de todos os relatos e elaborações que partiram da demanda construída ali, por Stefane: “*Stefane chora longamente a partir desse relato. Um silêncio, novamente, se impõe à sala, intercalado ao soluçar de Stefane. Agora, um silêncio cheio de significados. De falta*”. Momentos que diferem-se na demanda. O que Stefane veio buscar no serviço, no momento do primeiro silêncio, era diferente do que ela buscava agora.

Essa nova demanda, construída a partir desse encontro, não era uma demanda que requeria aguardar em lista de espera para atendimento psicológico, tinha uma urgência diferente, o que fez com que Stefane fosse inserida como prioridade na psicoterapia.

4.4.4 Sobre o enlace das narrativas

As entrevistas realizadas, como trabalho de campo, e a posterior construção de narrativas, despertam a necessidade de aprofundamento de algumas reflexões teóricas já abordadas neste trabalho. Pontos importantes a serem considerados e articulados às entrevistas nesta seção são: as possibilidades de construção da demanda em saúde mental; as funções assumidas pelo serviço de saúde diante das queixas; a avaliação do tratamento/acolhimento recebido; o uso e as expectativas sobre o serviço de saúde; os silêncios produzidos e as violências vivenciadas.

Sobre a **construção da demanda em Saúde Mental**, observamos nas narrativas relatos de sofrimento mental diretamente relacionados a esses fatores psicossociais, sobre os quais cada entrevistada estabeleceu uma relação diferente, segundo sua própria temporalidade.

A primeira entrevistada, Clarissa, faz acompanhamento psicológico há anos e apresenta uma demanda bem construída, com elementos bem delimitados. Relaciona queixas, como a “compulsão alimentar e por compras”, à eventos traumáticos, vivenciados no decorrer de sua história de vida. A narrativa da história de vida perpassa todos esses elementos,

vinculados às suas queixas. Aborda, como elemento central da sua queixa, os abusos sexuais que sofreu na infância, estabelecendo uma relação de causalidade entre estes e a forma como ela se construiu, no decorrer de sua história de vida. Ao mesmo tempo, traz à tona a discussão sobre a integralidade, quando afirma que no posto de saúde passou a ser vista como “um todo”. Esse ponto do discurso se contrapõe ao fato de Clarissa atribuir muitas coisas que aconteceram em sua vida à vivência dos abusos.

Rozana consegue falar de sua trajetória de vida, quando perguntada diretamente sobre isso. Entretanto, faz pouco vínculo, inicialmente, das suas queixas físicas com os sentimentos que vivenciou nos últimos anos. Mas a entrevista parece ajudá-la na construção dessa relação. Rozana, que apresenta sintomas como insônia, tristeza, ansiedade, consegue fazer uma associação entre o que sente e acontecimentos de sua história, como a perda do marido, saída de casa dos filhos e redução da sua rede de suporte. Rozana faz acompanhamento no Grupo de Relaxamento, dispositivo criado para acolher pessoas com essas queixas, aparentemente, inespecíficas. Fonseca *et al.* (2008), apontam para a potência “de atividades de grupo e espaços para escuta, palavra e vínculo” (p.289), no estímulo de laços sociais, principalmente para pessoas com pouca rede de suporte. Uma fala da narrativa de Rozana que corrobora essa informação pode ser encontrada no seguinte trecho: “*Eu via que tinha gente com problemas parecidos com os meus e eu usava as técnicas de respiração que eu aprendia para usar quando eu estava muito ansiosa. As pessoas acham que não funciona, mas comigo deu muito certo*”.

Stefane, por sua vez, demora a fazer relação entre sua queixa e sua história de vida, mas torna-se possível um movimento de construção conjunta dessa demanda e dos motivos pelos quais Stefane procura ajuda. Observa-se que o encontro, propiciado pela entrevista, tem uma função essencial nessa construção, principalmente após o término do que era previsto em roteiro, que possibilitou maior liberdade à organização discursiva de Stefane. Antes, a queixa se delineava em torno da preocupação em “adquirir” um transtorno mental, ao final da entrevista, entretanto, foi possível relacionar o sofrimento mental vivenciado ao sofrimento social, conforme exposto por Jucá, Nunes e Barreto (2009): “[...] quando se coloca a questão se o sofrimento é de uma ordem ou outra, perde-se um trânsito importante que nos permitiria pensar que o sofrimento social e o mental se apresentam frequentemente relacionados de modo estreito” (p.177).

O que estamos chamando de “construção da demanda em saúde mental” diz respeito a um trabalho artesanal, feito por profissionais e usuários, com a matéria bruta da queixa. Para que isso seja possível, além do acolhimento e da escuta, é importante que ambos desenvolvam

e compartilhem de uma linguagem que viabilize uma comunicação efetiva. Sobre isso, Fonseca *et al.* (2008) afirmam a necessidade de compreensão, por parte dos profissionais, dos códigos culturais pertencentes à população com a qual trabalham. Nessa mesma direção, tal como assinalamos mais acima, Jucá, Nunes e Barreto (2009) afirmam não haver, entre os profissionais, uma linguagem comum para nomear o sofrimento psíquico. Essa pluralidade de linguagens pode gerar graves impactos na comunicação e, conseqüentemente, na assistência e na construção conjunta de uma demanda. Traço, aqui, a hipótese de que esses entraves na comunicação entre profissional e usuário pode ser um dos motivos que estão na base dos problemas relativos à condução dos casos na APS. Assim, dispositivos assistenciais que se propõem à escuta das queixas podem ser muito potentes, se bem conduzidos.

De todo modo, os avanços na comunicação entre serviços e usuários não são, por si só, suficientes para a melhora da assistência em saúde mental. Devemos levar em consideração as dificuldades inerentes ao contato com o sofrimento do outro, com afetos que são de difícil manejo, conforme exposto por Onocko-Campos (2012): “Nas organizações de saúde que trabalham diretamente com gente, uma grande parte do cansaço dos trabalhadores deve-se à permanente exposição ao sofrimento e à morte” (p. 59). Desse modo, a escuta desse sofrimento, que auxilia na construção da demanda, não deve ter sua dimensão afetiva negligenciada.

A autora coloca em evidência, ainda, alguns sentidos atribuídos ao conceito de *humano*, entendendo que o associamos, em geral, a um valor positivo. Isso quer dizer que a *humanização* vincula-se à ideia de compaixão, solidariedade, como se as manifestações humanas não fossem rodeadas de outros sentidos. Questiona-se, assim: “A violência, a desigualdade social, o abuso de poder, não são fenômenos profundamente humanos?” (ONOCKO-CAMPOS, 2012, p. 58). E, ainda, sendo considerados *humanos* todos os afetos e acontecimentos que permeiam as relações estabelecidas nos serviços de saúde, reitera-se a importância de *dar lugar* a essas humanidades, lugar de possibilidades de expressão, compartilhamento, escuta, acolhimento e elaboração. *Dar lugar* ao usuário, que vivencia diversas vulnerabilidades, e ao profissional, submetido aos desgastes impostos por elas.

Sobre as **funções assumidas pelos serviços de saúde diante das queixas** apresentadas, podemos retomar o texto de Luz (2013), que afirma que, diante da crise e mal estar proporcionados pela lógica do capitalismo, assim como da quebra de valores de sociabilidade, os serviços de saúde acabam por abarcar novos papéis na sociedade, antes

ocupados por outras instituições. Desse modo, busca-se o serviço de saúde com uma diversidade de pedidos, dos quais, as ciências médicas não dão conta.

A narrativa de Clarissa, desde o começo, denota um sentimento de gratidão ao tratamento recebido, que é percebido na disponibilidade demonstrada em colaborar com a pesquisa. Alguns recortes do seu relato mostram que o serviço de saúde assumiu uma importante função, ao ajudá-la a dar-se conta dos fatores psicossociais que poderiam estar envolvidos no seu sofrimento, não atribuindo-o apenas ao abuso sofrido: *“Aqui no posto, eu fui vista como um todo. Eu entendi que minha vida tem muitas outras áreas, que se relacionam. Entendi o movimento que eu tenho de descontar na comida, descontar nas compras e fazer dívidas... Ainda faço todas essas coisas, mas acho que melhorei bastante. E o tratamento me ajudou a melhorar”*. Nesse sentido, destaca-se o papel do atendimento individual de psicoterapia, como espaço de fala e reflexão; de dizer o que não é possível dizer em outros lugares; de criar hipóteses para o sofrimento e repensar estratégias para amenizá-lo; de integralidade, de ser visto como um todo e de permitir-se, também, essa visão; de melhora, não necessariamente comportamental, mas de um sentir-se melhor consigo mesmo, olhar-se de novas formas. Mais do que reflexão, o processo de psicoterapia parece ter permitido a Clarissa enxergar novos reflexos dela mesma.

O acompanhamento de Rozana, por outro lado, assume outras funções: ser um espaço de socialização, ser rede de suporte e de acolhimento dos afetos que a rodeiam, conforme descrito em sua narrativa, *“Longe de resolver os motivos que causaram sofrimento à Rozana, o Grupo de Relaxamento lhe ofereceu novas possibilidades”*. Essas novas possibilidades encontraram sentido na vivência de Rozana, apesar de haver uma expectativa inicial de ser atendida em psicoterapia. Desse modo, um dos grandes nós presentes nas práticas de acolhimento em saúde mental é pensar, a partir das queixas e de demandas, em geral, pouco elaboradas, em respostas que ofereçam aos usuários essas “novas possibilidades”, ainda que essas respostas não correspondam às expectativas inicialmente apresentadas.

Stefane, ao contrário de Clarissa e Rozana, não estava em acompanhamento regular em nenhum dispositivo oferecido pela equipe de saúde mental. Procurara ajuda há pouco tempo e expressou a seguinte expectativa quanto ao serviço: *“[...] esperava que o serviço a ajudasse a ser uma pessoa alegre”*. Tal expectativa, entretanto, apenas se construiu ao final da entrevista. Inicialmente, a queixa de Stefane era sua preocupação em desenvolver um transtorno mental, devido ao seu histórico familiar. A partir da compreensão de que essa expectativa construiu-se a partir do diálogo, na entrevista, podemos entender que a principal função do serviço de saúde no atendimento à Stefane, inicialmente, foi justamente a co-

construção de sua demanda. Novas funções, a partir do momento em que Stefane foi encaminhada a acompanhamento regular, tendem a surgir em seu percurso. Isso nos faz pensar que os lugares ocupados pelos serviços de saúde na vida dos usuários que buscam atendimento, não são estáticos. Flexibilizam-se, adaptam-se, seguem cursos distintos.

Desse modo, as diversas funções atribuídas pelos usuários aos serviços de saúde precisam ser levadas em consideração. Onocko-Campos (2012), nesse sentido, narra a seguinte situação:

“A senhora poliqueixosa, que tortura todas as noites os mesmos médicos de plantão, pode não ter nenhum risco iminente de morte. Mas sem dúvida sofre. Que fazemos com esse sofrimento na maioria das vezes? Colocamo-lo de lado como resto, o banalizamos, rimos um pouco às suas costas...” (ONOCKO-CAMPOS, 2012, p.59).

A compreensão de que a busca por um serviço de saúde representa, em si, a manifestação de alguma forma de sofrimento, deve nos fazer repensar o nosso lugar, enquanto profissionais e, mais ainda, deve levar-nos à reflexão sobre as múltiplas funções que os serviços de saúde são chamados a assumir em uma sociedade marcada por desigualdades e precariedades.

Sobre a **avaliação do tratamento/acolhimento recebido** no setor de saúde mental do posto de saúde, pode-se observar que todas as entrevistas apresentam pontos positivos: “*Aqui no posto, eu fui vista como um todo. [...] acho que melhorei bastante. E o tratamento me ajudou a melhorar*”(Relato de Clarissa);“*Achei estranho não sentar em uma sala para só conversar, mas isso foi fazendo sentido pra mim, aos poucos. [...] As pessoas acham que não funciona, mas comigo deu muito certo. E as sementinhas na orelha? Passei a dormir melhor depois daquilo*” (Relato de Rozana);“*Stefane encerra seu discurso, ora sorrindo, ora com lágrimas ainda presentes, demonstrando a satisfação de finalmente entender o motivo de estar ali*”.

Essas avaliações apontam para a efetividade do serviço, nas funções desempenhadas pelo mesmo, na história das entrevistadas. O tempo de vinculação ao setor de saúde mental varia nas três narrativas (4 anos, 1 ano e meio e 3 semanas, respectivamente), as expectativas das usuárias sobre as respostas do serviço nem sempre são correspondidas, mas, ainda assim, há uma avaliação que pode ser considerada positiva. Positiva, em parte, porque as respostas do serviço, nos casos estudados, caminharam junto com a construção da demanda das usuárias.

Sobre o **uso do serviço de saúde**, todas as narrativas apontam para a utilização do CMS Hamilton Land como serviço de referência para o cuidado em saúde, o que se evidencia nos relatos: *“Eu sempre frequentei o postinho de saúde, quase todos os meus tratamentos são feitos nele. Só quando eu não consigo alguma coisa, um exame, uma consulta importante, que eu procuro fazer no particular”*; *“Rozana é acompanhada no posto de saúde há muitos anos, trinta, pra ser mais exata, mais ou menos a época em que se casou e veio morar na Cidade de Deus. [...] Chegou ao posto pela primeira vez, para fazer acompanhamento periódico de sua saúde, principalmente na ginecologia e na clínica médica.”* e *“‘Desde quando você vem ao posto?’ [...] ‘Desde criança’”*.

Todas as narrativas apontam para a utilização do CMS Hamilton Land como serviço de referência durante a maior parte das histórias de vida. Apesar de não haver dados suficientes nesta pesquisa que mostrem a utilização do serviço pela população residente na Cidade de Deus, este se constitui como principal local de acompanhamento em saúde das três mulheres entrevistadas. Tal como apontamos anteriormente, Clarissa, que afirma sempre ter frequentado a unidade, admite não ser este o único meio do qual ela se utiliza para o cuidado em saúde, relatando utilizar outros recursos, na ausência de acesso ao serviço público. Já Rozana, desde que se mudou para o bairro, faz os acompanhamentos em saúde que ela considera essenciais: a ginecologia e a clínica médica. Relata, também, ter sido acompanhada por psicóloga, mas não fica claro se esse atendimento ocorreu no CMS. Stefane, de 27 anos, é acompanhada desde criança, pela pediatria, e manteve o acompanhamento durante a gravidez, no pré-natal, e nos períodos posteriores, embora ela não deixe claro como é essa utilização.

A despeito das diferentes demandas e formas de utilização do serviço, encontramos, nos relatos das entrevistadas, dois pontos comuns: todos fazem referência a **silêncios**, de diferentes ordens; todos falam, de alguma forma, sobre **violências sofridas** ou vivenciadas.

Toda a narrativa de Clarissa, como já dito, é perpassada por silêncios de diversos tipos. O silêncio de “não saber nomear”; o silêncio de não poder dizer, oriundo da vergonha e da culpa que sentia; o sofrimento silencioso e indecifrável que a atingia. Todos esses silêncios tinham uma forte relação com a vivência de violências que também foram silenciadas no decorrer de sua história de vida: os abusos.

Rozana traz um relato pouco permeado de violências. Responde, com aparente clareza, todas as minhas perguntas, associa todas as queixas que a levaram a buscar ajuda a problemas de ordem familiar. Contudo, no último instante da entrevista, em resposta a uma pergunta aberta sobre se ela teria mais alguma coisa a colocar, faz a seguinte elaboração: *“‘E*

essa violência, hein? A gente vive com tanto medo que nem consegue dormir, nem consegue sair de casa”. Nessa fala final, Rozana dá novos significados às queixas que ela apresentou inicialmente, como a ansiedade e a insônia. Entretanto, não havia mais tempo hábil para explorar a questão.

Stefane elabora um discurso repleto de violências domésticas sofridas pela figura materna e faz considerações sobre a maneira como ela reproduz essas violências com a filha de 11 anos. Entretanto, foi necessário algum percurso de entrevista e diversos silêncios para que essas violências, finalmente, aparecessem. Stefane não as trouxe à tona imediatamente, assim como nas outras entrevistas, o silêncio fez-se necessário antes de aparecer o tema da violência.

Do mesmo modo, a pesquisa documental realizada para compor esta dissertação mostra que, como já dito, nos registros do livro são feitas poucas relações entre as diversas queixas de sofrimento mental e a temática da violência. Esse é considerado o ponto nevrálgico deste trabalho: Por que, tanto na pesquisa documental quanto nas entrevistas, a temática da violência foi envolta de silêncios e não ditos?

Broide (2019) aborda o tema da violência na perspectiva de situações de extrema vulnerabilidade social e nos ajuda a pensar estratégias para lidar com a questão, enquanto profissionais de saúde, convidando-nos adentrar na complexidade do tema. O autor trata de um conceito de violência que não apenas se resume a atos violentos, mas a vulnerabilidades, desamparos, invisibilidades. Amplia o conceito, ao passo que compreende que o acolhimento nos serviços de saúde é permeado por essas situações, ajudando-nos a pensar na forma como estas geram marcas na memória de quem as vivencia. As queixas em saúde mental na APS não se apresentam isentas dessas marcas. As pessoas que procuram atendimento apresentam demandas com características diversificadas. Compreendendo as queixas em saúde mental como multifatoriais, envoltas por complexidades, como exposto por Broide (2019), não é viável que os serviços de saúde apresentem uma única resposta às demandas dos usuários.

Desse modo, o trabalho de campo apontou, de diferentes formas, para a existência de não ditos, que dizem respeito a um silenciamento das vivências relacionadas à violência. Dada a importância da criação de dispositivos que favoreçam o cuidado das necessidades expressadas pelos usuários dos serviços de saúde, consideramos, ainda, as seguintes questões: Como cuidar das demandas não ditas? Como oferecer espaços em que essas demandas se construam e sejam expressas? Compreendemos que, para que o cuidado em saúde seja pautado na integralidade, as demandas não expressas precisam, também, ser escutadas. E essa escuta pode ser oportunizada. Escutar as vivências silenciadas da violência demanda a

construção de espaços de expressão dessas vivências, espaços que respeitem as singularidades e complexidades do problema.

Esta pesquisa, portanto, abre algumas questões para trabalhos futuros: Considerando a importância de se pensar criticamente a demanda em saúde mental, compreendendo-a social e historicamente, que instrumentos podem ser utilizados pelos serviços de saúde para facilitar essa compreensão? Quais estratégias são possíveis para a construção de espaços de acolhimento em saúde mental que favoreçam uma construção conjunta da demanda? Que dispositivos podem ser efetivos para a abordagem de temas que são silenciados pela sociedade e, muitas vezes, negligenciados no cuidado em saúde, como a violência?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Era uma terça feira, manhã de novembro, posto de saúde lotado. O tempo, escasso. O espaço, pequeno. Pequeno para pausas, pequeno para discussões, pequeno para a grande demanda. Eu, no entanto, trazia, ainda, outra demanda: minha pesquisa. Precisava apresentá-la. O meu tempo, também, era curto. O meu espaço, apenas os corredores. E conversas de corredor tomavam ainda mais o tempo de quem precisava atender e atender e atender. Consigo conversar com dois médicos nesse dia. O de Família e a Psiquiatra. Escuto o mesmo discurso de ambos: ‘Que ótimo! Tenho várias pessoas para mandar para você. Tenho vários assim!’. Peço que encaminhem essas pessoas à sala que eu estava atendendo, para combinar o dia da entrevista. No meio da manhã, uma mulher bate à porta. O discurso, bastante desorganizado: ‘Você é a psicóloga? Tenho que falar com a psicóloga’. Faço que sim com a cabeça e aguardo ela completar sua fala. ‘Me mandaram aqui.’. ‘Quem te mandou?’. ‘Lá atrás’ [apontando para o local onde se situa a Clínica da Família]. Entendo que ela havia sido encaminhada pelo médico de família com quem tinha conversado mais cedo. Peço para ela entrar. Pergunto se ela sabe o motivo de ter sido encaminhada à minha sala. ‘A senhora vai me dar remédio? Eu preciso do remédio’. Lhe explico que apenas o médico poderia lhe dar remédio, caso necessário, e que eu era psicóloga e estava fazendo um trabalho de pesquisa, para o qual ela poderia contribuir. A mulher escuta atentamente a minha explicação e, ao final, diz que, sim, gostaria muito de colaborar. Mostro-me agradecida pela disponibilidade e anoto em um papel o dia e horário que iríamos conversar, o dia seguinte. Ela parece sair satisfeita da sala.

Finda-se o expediente, vou à Clínica. Agradeço ao médico que me encaminhou a paciente. ‘Mas, eu não encaminhei ninguém’, obtenho como resposta. ‘Meu dia foi muito corrido hoje’. Sinto-me confusa. Será que não escutei o que aquela moça estava me dizendo? Penso: ‘Bem, então, com certeza, ela deve ter sido encaminhada pela psiquiatra’.

Chegando à sala da psiquiatra, agradeço, com um sorriso: “Doutora, obrigada por ter mandado aquela paciente!”; e recebo como resposta: ‘Eu? Não mandei ninguém’. Mas quem era, afinal, aquela pessoa que escutei brevemente, presumi sua demanda e dei uma resposta que me convinha? Eu não tinha mais como saber.

Acredito que, no mesmo movimento que observo diariamente no posto de saúde, aquela moça rodou de sala em sala até encontrar alguém que a escutasse. E esse não foi o meu caso, não a escutei. Esperei ansiosamente o dia seguinte para encontrá-la novamente e

ouvir, de fato, o que ela tinha a me dizer. Ela nunca apareceu, deixando-me um grande ponto de interrogação”.

Este também é um trabalho sobre desencontros. Do mesmo modo que introduzi esta dissertação, utilizo-me da narrativa como recurso para encerrá-la. Entretanto, o encontro com dona Tuca em poucas coisas guarda semelhanças com o desencontro com a usuária descrita acima, da qual sequer sei o nome.

As práticas em saúde também produzem uma série de desencontros. Desencontros de tempo, desencontros de espaço, desencontros de linguagens. No acolhimento às queixas em saúde mental, esses desencontros são, frequentemente, evidenciados por fatores como: sensação de despreparo dos profissionais para lidar com essas situações (JUCÁ, NUNES e BARRETO, 2009), predominância de uma lógica de encaminhamento dos casos (GAMA, ONOCKO-CAMPOS e FERRER, 2014), práticas *sobremedicalizantes* como respostas ao sofrimento (TESSER, 2019).

No entanto, nosso material de pesquisa também mostra que há muitos encontros no serviço. Encontros que permitiram que as entrevistadas passassem por processos de elaboração, de transformação, de desconstrução de demandas e construção de novas. Esses encontros demonstram que as demandas são flexíveis, se transformam nas relações e a partir delas.

Um encontro importante de ser destacado, nesse sentido, foi o que tive, a partir da minha posição de pesquisadora, com as usuárias do serviço, na condição de sujeitos de pesquisa. Considero ter sido possível oferecer um espaço de acolhimento e escuta e, em alguma medida, de elaboração de demandas. Ao mesmo tempo, foi um espaço em que pude vivenciar um encontro entre os dois papéis que assumi no serviço de saúde: o de terapeuta e o de pesquisadora. Ambos foram essenciais para o modo como se deu a construção deste trabalho.

Essa pesquisa procurou mostrar, ainda, a partir de um recorte contextual bem delimitado, o modo como as queixas de sofrimento mental se apresentam no serviço de saúde estudado, assim como, as respostas dadas a elas. Concordando com o estudo de Fonseca *et al.* (2008), foi observado que o CMS Hamilton Land possui uma intensa demanda por atenção à saúde mental por parte de pessoas com queixas de sofrimento inespecíficas, com fronteiras difusas entre o corpo e a mente. Essas queixas que, segundo os autores, são mistas (unem sintomas depressivos, ansiosos e somáticos), são frequentemente acompanhadas de questões psicossociais. A quantidade de fatores que envolvem as queixas produz, nos serviços de saúde e nas práticas assistenciais, uma série de desencontros, visto que essas situações são tão

diversificadas que sua escuta e acompanhamento acabam por abarcar muitas complexidades, conforme exposto por Broide (2019).

Dentro dessas complexidades, a questão da violência foi um fator que, apesar de evidente no cotidiano da assistência, é permeado de uma série de silêncios. Não se observou, na maior parte do estudo, o estabelecimento de relações, causais ou não, entre as queixas de sofrimento mental e a temática da violência. Esse foi um ponto que causou estranheza em todas as fases do trabalho, desde a pesquisa documental, até as entrevistas e construção de narrativas. Observou-se que essa relação foi feita por apenas uma das entrevistadas, que fazia acompanhamento psicológico há anos e que, segundo relato próprio, entendeu essa relação apenas “*por causa desse tratamento*”.

A discussão sobre o silenciamento da violência foi considerada um limite do trabalho, visto que não foi possível aprofundá-la. Uma possível hipótese para esse não aprofundamento é o fato de, durante a maior parte do processo da pesquisa, estive inserida profissionalmente no serviço estudado, vivenciando, frequentemente, diversas formas de violência: violência armada; violência resultante das condições de vulnerabilidade do território; violência resultado do processo de sucateamento da APS no Rio, que aparece sob a forma de atrasos salariais, demissões em massa, fechamento de serviços. É possível que o fato de vivenciar essas violências torne difícil falar sobre elas, visto que, para a reflexão sobre um determinado assunto, o distanciamento pode ser importante.

Desse modo, talvez caiba questionar: Que lugar a discussão sobre a violência, em seu sentido mais amplo, tem nos serviços de saúde? De que modo a compreensão dos fatores psicossociais que envolvem a queixa em saúde mental colabora para práticas mais efetivas de acolhimento?

Torna-se imprescindível, assim, pensar as práticas de acolhimento em saúde mental a partir de seu potencial terapêutico, de escuta, de construção conjunta da demanda, de articulação com outros profissionais e serviços. Para além do objetivo geral deste trabalho, que foi conhecer modos como as pessoas constroem e expressam suas queixas em saúde mental, desenvolveram-se, aqui, outras questões, que podem nortear estudos futuros: Como pensar a formação de profissionais que lidem com essas queixas, de modo a estarem disponíveis à construção conjunta de uma demanda e de respostas que façam sentido para os usuários? Que estratégias são viáveis para essa formação?

Propõe-se, a partir dos resultados obtidos nesta pesquisa, a realização de espaços de discussão dos mesmos com profissionais de saúde, principalmente os da unidade estudada, de modo a estimular a reflexão sobre a integralidade do cuidado. Serão discutidas novas

perspectivas sobre o modo como as queixas são construídas e um panorama geral sobre os motivos pelos quais o serviço foi procurado. Esse panorama geral, fruto do levantamento de informações, poderá servir de subsídio para a reflexão e planejamento de práticas assistenciais, tanto na saúde mental, como em outros núcleos de cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYRES, J. R. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*. 18 (sup.2), 2009.
- BERTAUX, D. *Les Récits de Vie*. Paris: Éditions Nathan; 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica 34*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. *Suicídio. Saber, agir e prevenir*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- CAMPOS, C. E. A.; COHN, A.; BRANDÃO, A. L. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n. 5, p. 1351-1364, mai.2016.
- BROIDE, J. A psicanálise em situações de extrema vulnerabilidade social. In: LOPEDOTE, M. L. G. *et al.* (org.). *Corpos que sofrem: Como lidar com os efeitos psicossociais da violência?* São Paulo: Editora Elefante, 2019.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup., v.1, p.S7-S27, 2008.
- CONRAD, P. *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: John Hopkins University Press, 2007.
- DANTAS, N. F. e PASSOS, I. C. F. Apoio Matricial em Saúde Mental no SUS de Belo Horizonte: Perspectiva dos Trabalhadores. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 201-220, jan./abr. 2018.
- DELVAN, J. S. *et al.* Crianças que utilizam os serviços de saúde mental: caracterização da população em uma cidade do sul do Brasil. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 228-237, ago. 2010.
- DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. *O planejamento da pesquisa qualitativa: Teorias e abordagens*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- DESLANDES, S. F. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: MINAYO, M. C. S. (Org.), DESLANDES, S. F. e GOMES, R. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

FAUSTO, M. C. R.; RIZZOTO, M. L. F.; GIOVANELLA, L.; SEIDL, H.; BOUSQUAT, A.; ALMEIDA, P. F.; TOMASI, E. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p.12-14, set. 2018.

FIGUEIREDO, M. D. e FURLAN, P. G. O Subjetivo e o Sociocultural na co-produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G. W. S. e GUERRERO, A.V. P. (org.). Manual de Práticas da Atenção Básica. Saúde Ampliada e Compartilhada. 2ªEd. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. 411 pp.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento Difuso e Transtornos Mentais Comuns: Uma Revisão Bibliográfica. *Rev APS*, Rio de Janeiro, vol.11, n.3, p.285-294, jul. /set. 2008.

FORTES, S.; MENEZES, A.; ATHIÉ, K.; CHAZAM, L. F.; ROCHA, H.; THIESEN, J.; RAGONI, C.; PITHON, T.; MACHADO, A. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 24, n.4, p. 1079-1102, 2014

GAMA, C. A. P. ONOCKO-CAMPOS, R. T. FERRER, A. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, vol.17, n.1, p. 69-84, mar.2014.

LUZ, M. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2013.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. S. Contribuições da antropologia para o pensar e fazer saúde. In: CAMPOS G. W. S et.al. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p.201-23

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1269-1286, nov.2011.

_____. Humano demasiado humano: uma abordagem do mal-estar na instituição hospitalar. In: ONOCKO-CAMPOS, R. T. Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces. São Paulo: Hucitec Editora, 2012.

_____.; CAMPOS, G. W. S.; FERRER, A. L.; CORRÊA, C. R. S.; MADUREIRA, P. R.; GAMA, C. A. P.; DANTAS, D. V.; NASCIMENTO, R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n.1, p. 43-50, ago.2012.

_____.; FERRER, A. L.; GAMA, C. A. P.; CAMPOS, G. W. S.; TRAPÉ, T. L.; DANTAS, D. V. Avaliação de qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 252-264, out.2014.

OPAS. *Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – Avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre os aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro.* Porto Alegre: OPAS, 2013.

PATEL *et al.* Poverty and Mental Health. *The Lancet*, v. 378, out.2011.

PAUGAM, S. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais. In: SAWAIA, B. (Org.) *As artimanhas da exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social – 4ª Ed.* – Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

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

RIBEIRO, Fátima Aparecida. *Atenção primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica.* 2007. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, University of São Paulo, São Paulo, 2007.

SANTOS, P. L. Problemas de Saúde Mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 315-321, mai./ago. 2006.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev. Bras. Hist. Cienc. Soc.*, v.1, n.1, p.1-15, 2009.

SERPA JR, O. D. *et al.* A experiência narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e do usuário. *Physis*, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p. 1053-1077, dez.2014.

TESSER, C. D. Cuidado clínico e sobremedicalização na Atenção Primária à Saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, mar.2019.

_____.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. de S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, nov.2010.

VESCOVI, R.; SOUZA, L. G. S.; AVELLAR, L. Z. Usuários poliqueixosos: representações sociais construídas por médicos da Atenção Primária à Saúde. *Psicologia em estudo*, Maringá, v.20, n.1, p.71-82, jan/mar.2015.

VILHENA, J. Da cidade onde vivemos a uma clínica do território. Lugar e produção de subjetividade. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, n. 15, v. 163, p.48-54, 2002.

APÊNDICE A - TCUD

**TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)**

Eu, **Julie de Mello Castro Fernandes**, no intuito de realizar pesquisa científica em unidade do sistema de saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, da Instituição / curso e/ou departamento , com projeto de pesquisa intitulado “**Sobre encontrar-se por trás da queixa: um estudo sobre os sentidos relacionados à demanda em Saúde Mental na Atenção Primária**” e tendo como orientadora a professora doutora **Lilian Miranda**, declaro que: (i) Assumo compromisso com a utilização criteriosa, e restrita aos objetivos da pesquisa acima referida, de todos os dados contidos no **Livro de Registros do Acolhimento em Saúde Mental**; (ii) Os dados somente serão acessados após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP; (iii) Os dados coletados se destinarão à dar suporte aos objetivos da pesquisa, a saber: Descrever características de quem procura o serviço de Saúde Mental, considerando gênero, idade e aspectos socioculturais e familiares; Compreender motivos e expectativas que levam as pessoas a procurar o serviço de Saúde Mental; Discutir a relação entre a queixa e as características do território de vida do usuário; Discutir as ofertas de tratamento e os encaminhamentos do serviço de saúde mental. Também me comprometo a manter total discrição e confidencialidade dos dados coletados no documento supracitado, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem a informações referentes à procura por acolhimento em saúde mental, no período compreendido entre julho de 2015 e julho de 2017. As informações que nos interessam são, principalmente, gênero, idade, serviço de origem, queixa, encaminhamento feito.

Declaro ser de minha inteira responsabilidade cuidar da integridade das informações e dados acessados e/ou coletados, garantindo, por todos os meios, a confidencialidade desses dados, bem como a privacidade dos indivíduos que terão suas informações disponibilizadas. Da mesma forma, me comprometo a não transferir os dados coletados, ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoa não envolvida na equipe da pesquisa.

Os compromissos ora assumidos são extensivos aos cuidados no manuseio, na guarda, na utilização e no descarte das informações acessadas e/ou coletadas, sendo reiterada a finalidade de seu uso unicamente para cumprimento dos objetivos indicados na pesquisa mencionada acima.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____ .

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B - TCLE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidada (o) a participar da pesquisa “**Sobre encontrar-se por trás da queixa: um estudo sobre os sentidos relacionados à demanda em Saúde Mental na Atenção Primária.**”, desenvolvida por **Julie de Mello Castro Fernandes Duarte**, aluna do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do IPUB (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ), sob orientação da professora **Dr.^a Lilian Miranda**. O **objetivo central** do estudo é: Conhecer modos como as pessoas constroem e expressam suas queixas relacionadas à Saúde Mental.

Estamos o convidando a participar desse estudo pelo fato de você utilizar com frequência o serviço de saúde oferecido pelo CMS Hamilton Land, local escolhido para a pesquisa. Sua participação é muito importante para a pesquisa, porém, é **voluntária**, isto é, você é independente para decidir se quer ou não participar, assim como, desistir de sua participação a qualquer momento da pesquisa. Você não será punido de nenhuma forma se decidir não participar ou desistir.

Caso você aceite colaborar com essa pesquisa, você irá participar de uma **entrevista** com uma pesquisadora, treinada na fase inicial do projeto. Essa entrevista será uma conversa que tem o objetivo de conhecer um pouco mais sobre os motivos de você procurar atendimento no serviço de saúde. Essa entrevista será gravada em áudio, caso você consinta. Você deverá reservar pelo menos uma hora e meia para essa etapa. Se houver necessidade de estender o tempo de entrevista, isso será feito com a sua autorização, podendo acontecer no mesmo dia ou em dia posterior a ser combinado.

Ao participar deste estudo, você permitirá que a pesquisadora utilize as falas resultantes das entrevistas para a construção de narrativas sobre a queixa em saúde mental, que contribuam para os objetivos desta pesquisa.

Através da assinatura desse documento, asseguramos a você a **privacidade das informações** que você prestar. Seu nome e qualquer outra informação que possa identificá-lo serão preservados, ainda que a pesquisa seja divulgada em congressos e/ou artigos publicados em periódicos científicos.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os áudios das entrevistas ficarão em posse da entrevistadora. Somente a pesquisadora e a orientadora terão acesso aos dados coletados. Cada participante receberá um código, conforme a ordem

de sua participação na pesquisa, por exemplo, o primeiro entrevistado será “participante 1”, o segundo, “participante 2”, e assim por diante. Os áudios das serão nomeados segundo este procedimento, e somente a pesquisadora manterá a relação que faz a correspondência entre o seu nome e o código.

Ao final da pesquisa, todo material de áudio e escrito será guardado em local seguro, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora por cinco (5) anos, conforme Resolução nº466/2012 e Resolução nº510/2016 e orientações do Comitê de Ética, sendo, após o prazo, descartado. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar à pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa. Ao final deste documento, estão os meios de contato que você pode utilizar para isso.

Sua participação nesta pesquisa não traz nenhuma complicação legal, mas, no decorrer da mesma, você corre alguns riscos: sentir-se desconfortável em relação à entrevista, com medo da divulgação das informações; entrar em temas delicados, que possam gerar constrangimentos ou mesmo algum descontrole emocional. Se isso ocorrer, a pesquisadora responsável se compromete a: prezar pela privacidade do local de pesquisa e pela confidencialidade dos temas tratados (você não será identificado); dar assistência integral aos danos previstos; estar atenta aos seus sinais de desconforto e garantir que você tenha liberdade em não responder o que não quiser; prezar para que a pesquisa seja benéfica para a assistência em saúde do território.

Ao participar desta pesquisa, você não terá nenhum benefício direto. Você não terá nenhum tipo de despesa, assim como, não será remunerado ou terá recompensa material pela sua participação. Porém, esperamos que este estudo contribua para melhorar o atendimento prestado no CMS Hamilton Land e em outros serviços de saúde, a partir do conhecimento que será construído a partir desta pesquisa. Dessa forma, a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.

Os resultados serão apresentados na Dissertação de Mestrado da pesquisadora, serão defendidos publicamente no IPUB/ UFRJ e poderão ser apresentados em eventos científicos ou publicados em artigos científicos.

Este documento será assinado em duas vias, sendo uma para você e outra para a pesquisadora responsável. Todas as páginas deverão ser rubricadas por você e pela pesquisadora responsável, que assinarão a última página do documento.

Em caso de dúvidas sobre as questões éticas deste estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do IPUB/UFRJ e/ou da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, por meio dos contatos telefônicos que estão ao final deste documento. Os Comitês de Ética têm o objetivo de defender os interesses, a integridade e a dignidade dos participantes da pesquisa, para que esta seja desenvolvida dentro dos padrões éticos.

Após estes esclarecimentos, solicitamos a sua autorização para a participação desta pesquisa. Não assine esse termo se ainda tiver dúvidas a respeito dele.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada **“Sobre encontrar-se por trás da queixa: um estudo sobre os sentidos relacionados à demanda em Saúde Mental na Atenção Primária”** e concordo em participar. Declaro que recebi uma via deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2018.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Pesquisador Principal : Julie de Mello Castro Fernandes Duarte

Telefone: (21) 98072-9297

E-mail: juliemellofernandes@gmail.com

Endereço institucional: Av. Venceslau Brás, 140, Botafogo, RJ

Pesquisador Orientador: Dra. Lilian Miranda

Telefone: (21) 98916-6715

E-mail: limiranda78@hotmail.com

Endereço institucional: Av. Venceslau Brás, 140, Botafogo, RJ

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja – Centro - Cep - 20031-040

site: www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa

Telefone: (21)2215-1485

e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa do IPUB/ UFRJ

Endereço: Av. Venceslau Brás, 71, sala 35 - Botafogo, RJ

Telefone: (21)3938-5655

APÊNDICE C – CRONOGRAMA PREVISTO

Atividades	2018			2019		
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.
Apresentação da Pesquisa para os profissionais que indicarão usuários	X					
Contato com os usuários	X					
Pesquisa Documental	X	X	X	X		
Realização das Entrevistas		X	X			
Construção das Narrativas e Organização do Material Empírico			X	X		
Redação da Dissertação	X	X	X	X	X	
Análise do Material Empírico			X	X	X	
Entrega da Dissertação para a Banca Examinadora					X	
Defesa da Dissertação de Mestrado						X

APÊNDICE D - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

Questão norteadora: Como se construíram as queixas em saúde mental na história de vida dos usuários?

1- Quando você veio ao serviço pela primeira vez? Você se lembra o que você procurava?

2- Hoje em dia, você costuma vir ao posto com qual frequência?

3- Que tipo de ajuda você espera encontrar quando chega aqui? Como essa ajuda serviria para a sua vida?

4- Que situações ou questões podem ter a ver com esse problema que faz você procurar o posto?