



Produção de sentidos sobre saúde mental por usuários da Atenção Básica

Meaning-making and perspectives on mental health among Primary Care users

Arlane Ferreira de Moraes¹

 <https://orcid.org/0009-0008-8797-1948>  <http://lattes.cnpq.br/1768824079650928>

Juliana Catarine Barbosa da Silva²

 <https://orcid.org/0000-0002-1632-3424>  <http://lattes.cnpq.br/4905384507965814>

RESUMO

O estudo trata de uma pesquisa qualitativa na perspectiva do construcionismo social realizada em uma cidade do interior do agreste de Pernambuco. Teve como objetivo compreender e analisar a produção de sentidos sobre a saúde mental por usuárias da Atenção Básica. A amostra foi composta por dez mulheres, usuárias dos serviços de saúde mental. Os resultados e discussão são apresentados em três linhas de análise, que compreendem: 1) Produção de sentidos sobre saúde mental; 2) Os atendimentos em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde; e 3) Atuação da psicologia e ações no território. Os resultados evidenciam que a produção sobre o atendimento em saúde mental na Atenção Básica se configura a partir da medicalização e atribuição das demandas aos especialistas, enquanto estratégias centrais de cuidado. Além disso, mostram também, possibilidades de fragmentação e falta de articulação da rede, bem como, a necessidade de escuta e validação sobre as histórias de vida, potencialidades e fragilidades dos (as) usuários (as) nos espaços da Atenção Básica.

Palavras-chave: saúde mental; atenção básica; usuárias.

ABSTRACT

This study is a qualitative research conducted from a social constructionist perspective in a small town in Pernambuco's Agreste region. It aims to understand and analyze the construction of meaning about mental health by Primary Care female users. The sample consisted of ten women who use mental health services. The results and discussion are organized into three lines of analysis: 1) Meaning-making about mental health; 2) Mental health care in Basic Health Units; and 3) The role of psychology and its interventions within the community. The findings reveal that mental health care in Primary Care is primarily shaped by medicalization and the delegation of demands to specialists as central care strategies. Additionally, they highlight

¹ Universidade de Pernambuco - UPE, campus Garanhuns/PE - Brasil. E-mail: alanne22@hotmail.com.br

² E-mail: juliana.catarine@upe.br



possibilities of fragmentation and lack of network coordination, emphasizing the need for attentive listening and validation of users' life stories, potentials, and vulnerabilities within Primary Care spaces.

Keywords: *mental health; primary care; female users.*

1. INTRODUÇÃO

Este estudo surge do interesse em ampliar a compreensão sobre os sentidos atribuídos à saúde mental na Atenção Básica por usuários (as) do atendimento desse serviço, a fim de se debruçar sobre a importância da escuta destes (as), como parte constituinte da produção de cuidado no território. Um desafio na construção de novos modos de cuidar em saúde mental, os quais visam a emancipação e protagonismo dos (as) usuários (as) (Ferreira *et al.* 2017).

Com as crescentes mudanças no SUS (Sistema Único de Saúde) vivenciadas nas últimas décadas, houve uma reconfiguração na produção clássica da atenção à saúde no Brasil que traz uma ampliação do conceito de saúde (Giacomozzi, 2012). Essa ampliação, segundo o ministério da saúde, redireciona uma proposta assistencialista e curativa até então vigente, para um fazer voltado aos princípios da universalização, equidade, integralidade, descentralização e participação popular (Brasil, 2000). Nesse contexto, a Atenção Básica surge para contribuir diretamente na caracterização das ações em saúde no território, ou seja, próximo de onde as pessoas vivem, uma vez que deve ser o primeiro acesso e comunicação dos (as) usuários (as) com a rede de atenção do SUS (Brasil, 2012).

A saúde mental por sua vez, entra nessas mudanças quando de acordo com a lei 10.216 de 6 de abril de 2001, destaca a importância da garantia e proteção de direitos de pessoas com transtornos mentais, a qual possibilita redirecionar o modelo de assistência em saúde mental que prioriza o cuidado em serviços abertos e de base territorial (Brasil, 2001). Tal premissa, representa um marco na história do cuidado em saúde, pois, possibilita atender às necessidades e romper com a lógica excludente manicomial que impossibilitava a promoção da qualidade de vida dos (as) usuários (as) atendidos (as) (Lopes *et al.*, 2021).

Pensar a saúde mental no contexto territorial, implica diretamente em pensar as intervenções desenvolvidas pela Atenção Básica, pois “As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças” (Brasil, 2013, p. 23). A Atenção Básica, se caracteriza por ações desenvolvidas no âmbito individual e coletivo na perspectiva da prevenção, promoção e proteção da saúde, e, tem como objetivo, o desenvolvimento de uma atenção integral (Brasil, 2012). Essa reconfiguração chega com o objetivo de orientar e desarticular o modelo hospitalocêntrico e trazer os novos serviços de atenção à saúde mental, entre os quais estão o CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), Residências Terapêuticas, entre outros serviços (Anjos *et al.*, 2015).

Os (as) usuários (as) dos serviços são fundamentais diante dessa reconfiguração do modelo de atenção à saúde mental e precisam estar inseridos no processo de ampliação do cuidado. Conforme afirmam Alves e Francisco (2009), o cuidado em



saúde mental ocorre com base nas relações entre serviço, comunidade e usuários (as), mantendo um canal cooperativo a partir dessas relações.

É importante ressaltar que as práticas em saúde mental não se restringem a um ou outro profissional de saúde. Pois, enquanto ação intrínseca ao cotidiano do trabalho na Atenção Básica, de acordo com Ministério da Saúde, as intervenções ocorrem nos territórios de acordo com as singularidades dos (as) usuários (as) e de suas comunidades, logo, podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde (Brasil, 2013). Diante desse fazer, existem aspectos fundamentais que precisam ser considerados e compreendidos, entre eles: a escuta qualificada enquanto ferramenta; o acolhimento; o território; o matriciamento; a clínica ampliada e a inserção e participação da psicologia neste meio.

A escuta é um aspecto fundamental que deve fazer parte da qualificação dos profissionais e permear os espaços da atenção básica, uma vez que conforme destaca o Ministério da Saúde se trata da “primeira ferramenta a ser utilizada pelo profissional de saúde para que o paciente possa contar e ouvir o seu sofrimento de outra perspectiva, por intermédio de um interlocutor que apresenta sua disponibilidade e atenção para ouvir o que ele tem a dizer” (Brasil, 2013, p. 24). É uma estratégia que possibilita, a partir da interação, identificar as demandas em saúde presentes no contexto social dos sujeitos, levando a intervenções que geram mudanças a partir dos vínculos estabelecidos entre equipe e usuários (as) (Duarte *et al.*, 2018).

Vinculado a importância da escuta, têm-se o acolhimento como também um dispositivo de cuidado. Segundo o Ministério da Saúde (2013), o acolhimento dentro das Unidades de Saúde é uma potência e torna-se fundamental para a formação de vínculo e o desenvolvimento da prática do cuidado, a partir da relação entre profissional e usuário (a), logo:

Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços (Brasil, 2013, p. 24).

Além disso, o acolhimento é também uma diretriz da Política de Humanização do SUS que possibilita romper com o modelo vertical de cuidado. Acolher é escutar e validar o que os (as) usuários (as) sabem sobre seu processo de adoecimento e assim, a partir do diálogo, traçar o melhor plano terapêutico que leve ao exercício da autonomia e responsabilidade do próprio usuário (a) em seu tratamento (Santos *et al.*, 2020).

Ainda na perspectiva dos dispositivos de cuidado que atravessam o fazer da saúde mental na Atenção Básica, têm-se o território. O mesmo se trata de um espaço de prática que ocorre a partir da relação, da escuta e do acolhimento, diz de um lugar que envolve tanto características físicas de determinada área, como também as relações ali produzidas (Delfine *et al.*, 2009) diante dos aspectos econômicos, sociais e culturais. A prática de atenção à saúde no território, requer estratégias de cuidado em rede que funcionam a partir das parcerias entre os serviços de saúde e a comunidade. É nessa lógica territorial e de relações em que as ações nos espaços devem ser planejadas e orientadas na Atenção Básica. Logo, pensar no desenvolvimento de



pesquisas com a participação dos usuários (as) dos serviços enquanto pessoas que têm falas potentes de ação, pode ser uma estratégia para construir e ampliar as práticas nos serviços. Um dos importantes aspectos contribuintes para entrar, acolher, compreender e atuar no território é o matriciamento, prática que caminha pela Atenção Básica e possibilita articulação da rede. O matriciamento pode ser compreendido como uma estratégia de articulação entre Atenção Básica e saúde mental que vai construindo novas práticas, as quais garantem o cuidado ampliado a partir da interação entre equipe, usuários (as) e comunidade, ocorre no próprio território, ou seja, no lugar em que os (as) usuários (as) vivem juntamente a seu modo de vida no cotidiano (Iglesias; Avellar, 2019). Também conhecido como apoio matricial, este se refere a um processo pelo qual ocorre a integração entre a saúde mental e atenção primária à saúde, que se efetiva a partir de uma prática compartilhada. Na lógica do apoio matricial, o (a) usuário (o) é acolhido (a) pela equipe de estratégia de saúde da família que faz a coleta do máximo de informações possíveis sobre o mesmo. Este (a), precisa ser olhado em suas vulnerabilidades e potencialidades, após essa coleta é pensado formas de resolver as necessidades a partir da busca por referências que possibilitem a criação de vínculo e potencialização transformadora (Lopes *et al.*, 2021).

Diante da escuta e do acolhimento como dispositivo de cuidado, assim como do território enquanto meio e do matriciamento como estratégia de compartilhamento, é importante pensar também, em uma atuação com base na clínica ampliada. A clínica ampliada se objetiva por uma prática não centrada na doença, mas no sujeito, pois, “nem na pior das doenças, nem à beira da morte, poderíamos, nunca, ser totalmente reduzidos à condição de objeto. O sujeito é sempre biológico, social e subjetivo” (Campos, 2001, p.101). Com isso, ao entrar no território é importante olhar para os sujeitos em suas multiplicidades da vida cotidiana e que devem ser consideradas ao pensar em saúde.

Entre as definições e compreensões que atravessam o cuidado em saúde mental, é importante olhar para a psicologia e o seu fazer nesse contexto. A inserção dos (as) psicólogos (as) nos serviços de saúde ocorreu em um momento cujo modelo médico privatista-assistencial decaiu consideravelmente. Nesse momento, surgem os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos com premissa da eficácia e a redução de custos a partir da formação de equipes multiprofissionais (Carvalho; Yamamoto, 2002). Com a entrada da psicologia nos serviços, de acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2019), é fundamental olhar para duas questões estruturantes: refletir sobre que tipo de psicologia estamos fazendo e para quem estamos fazendo. Ambas as reflexões dizem de um exercício crítico e político necessário que pode contribuir para o cuidado em saúde mental em todas as esferas. No entanto, vale ressaltar que mesmo diante dos mais diversos dispositivos e transformações, nem sempre os modelos substitutivos funcionam, alguns ficam reduzidos a simples reformulação dos serviços e tentativas infrutíferas de humanização dos espaços. Trata-se de uma visão reduzida do processo para além da reestruturação dos dispositivos, é preciso a superação dos manicômios físicos e subjetivos (Amarante, 2007).

Ao realizarmos buscas nas bases de dados Lilacs e Scielo, com foco na temática de participação de usuários da saúde mental na Atenção Básica, foram encontrados



apenas 13 artigos que têm como centralidade a participação dos usuários. O modelo biomédico e a prescrição de medicamentos surgem como principal estratégia de cuidado e deixam o usuário a parte do planejamento e prática em saúde mental. Nos momentos em que os usuários são incluídos no debate são registradas as seguintes ações: acolhimento; escuta e intervenções em grupo e individual; trabalho com a equipe multiprofissional; debates e rodas de conversa a partir do compartilhamento da história de vida dos usuários; desenvolvimento de práticas de cuidado para além da medicação, por exemplo, uso de florais, entre outras. Tendo em vista o desenvolvimento de uma prática que ocorra em uma perspectiva integral, ouvir os (as) usuários (as) como parte constituinte da atuação dos serviços das unidades de saúde, produz discussões relevantes, em torno das formas de organização e atuação profissional de acordo com as necessidades destes (as) (Marques; Oliveira, 2015). Ao considerar todos os elementos discutidos até aqui, o presente estudo objetivou compreender e analisar a produção de sentidos sobre a saúde mental por usuárias da Atenção Básica e assim, olhar para novas possibilidades de cuidado.

2. METODOLOGIA

A presente pesquisa é de natureza qualitativa, tendo como vertente teórico metodológica o construcionismo em Psicologia Social. Esse tipo de estudo tem como foco a compreensão dos fenômenos a partir de seu contexto de construção histórico e social, tendo a linguagem como elemento central de análise (Nogueira-Martins; Bògus, 2004).

A abordagem construcionista em psicologia social caracteriza o conhecimento enquanto um produto das construções sociais a partir das práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano (Spink; Frezza, 2013). Nessa perspectiva a linguagem aparece como um papel central que está em ação, que constrói relações e realidades, logo, são também compreendidas como práticas discursivas (Spink; Cordeiro; Brigagão, 2022). A luz dessa base teórico-metodológica, a produção de sentidos sobre o mundo decorre das condições sócio históricas e se origina por processos sociais a partir da linguagem, por isso, “o construcionismo privilegia as interações sociais, os relacionamentos entre as pessoas como foco de investigação (Rasera; Japur, 2005, p. 24)”.

A pesquisa foi realizada em um município do interior do agreste de Pernambuco com estimativa populacional de pouco mais de 22 mil habitantes (IBGE, 2020). O município é subdividido em: a cidade sede, quatro distritos¹ e três povoados². A rede de atenção em saúde conta com o Hospital Geral, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, em anexo ao hospital tem-se o Centro de Especialidades, ambos localizados na sede, ainda nos bairros urbanos e zonas rurais têm-se as Unidades Básicas de Saúde da Família.

A amostra foi composta por dez mulheres, usuárias dos serviços de saúde mental da Atenção Básica do município, residentes na cidade, seus respectivos distritos e povoados. Inicialmente foi pensado em uma amostra composta por oito participantes, um (a) de cada localidade, porém, ao decorrer da produção de dados, em algumas Unidades de Saúde houve interesse de mais de uma usuária em participar da



pesquisa, o que resultou na amostra final de dez usuárias. A participação apenas de mulheres se justifica pelo fato de em todos os campos no momento da produção, não haver nenhum (a) usuário (a) de outro gênero que aceitou ou se encaixou nos critérios de inclusão ³para participar da pesquisa. O campo utilizado para realizar o contato com as usuárias e produzir os dados foi o espaço físico das Unidades Básicas de Saúde de cada localidade municipal, já especificada.

Como instrumento para a produção dos dados, foi utilizada a entrevista individual semiestruturada. Esse tipo de entrevista inicia com questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses relacionados ao interesse da pesquisa que, posteriormente, possibilitam outras interrogativas e levam a novas proposições a partir das respostas dos entrevistados (Nogueira-Martins; Bógus, 2004). Na perspectiva construcionista a entrevista vem “como prática discursiva, ou seja, entendê-la como ação (interação) situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade” (Pinheiro, 2013, p. 158).

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade na qual foi desenvolvida. A produção de dados foi iniciada, apenas, após a aprovação no sistema CEP/CONEP, seguindo as resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016-CNS/MS, cumprindo as normas e diretrizes brasileiras de regulamentação de pesquisas envolvendo seres humanos. Seguindo as supra referidas orientações para integrar a pesquisa, todas as participantes realizaram a leitura e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de inclusão foram convidadas pessoas com mais de 18 anos, que estavam fazendo uso dos serviços de saúde mental da atenção básica na ocasião da pesquisa.

Todas as entrevistas foram realizadas em uma sala das respectivas UBS (Unidades Básicas de Saúde) entre dezembro/2022 e março/2023 a partir de um roteiro semiestruturado, como forma de construir uma conversa com as usuárias pautada na liberdade e abertura para o diálogo (Minayo, 1994). As perguntas disparadoras abordam temáticas relacionadas ao objetivo da pesquisa que se constitui inicialmente em um questionário sociodemográfico seguido de perguntas sobre o sentido de saúde mental, a experiência dos atendimentos nos serviços, atuação da psicologia e ações no território. As entrevistas foram gravadas em áudio e armazenadas em um notebook protegido por senha de acesso exclusivo das pesquisadoras. Posterior a cada entrevista, as mesmas foram transcritas detalhadamente no processador de dados *Microsoft Word* para em seguida ser iniciada a análise. Para garantir o anonimato das pessoas na transcrição dos resultados, a identificação das participantes foi por meio da letra E (entrevistada) acompanhada de número disposto de acordo com a ordem da entrevista realizada, exemplos: E1, E2.

O processo de análise e interpretação, a priori, ocorreu por meio da leitura das transcrições das entrevistas, em paralelo, realizou-se a articulação teórica sobre o campo de estudo e posteriormente, foi incorporada a técnica de visibilização dos mapas de associações de ideias (Spink; Lima, 2013). Os mapas de associações de

³ Divisão menor de um território subordinada ao poder de um governo. Disponível em: <https://www.dicio.com.br>. Acesso em: 25 out. 2023.

² Local habitado por um número reduzido de pessoas. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/>. Acesso em: 25 out. 2023.



ideias começam pela definição de categorias gerais, de natureza temática e refletem sobretudo, os objetivos da pesquisa, com isso, buscam dar “subsídios para a análise e dar visibilidade aos seus resultados” (Spink; Lima, 2013, p. 84).

Foi então construída uma tabela que teve como foco entender os sentidos atribuídos à saúde mental e a experiência dos usuários nos atendimentos na atenção básica. A tabela, utilizada apenas para sistematização da análise e que não será apresentada aqui, foi composta por três eixos correspondentes aos seguintes temas: 1) produção de sentidos sobre saúde mental; 2) os atendimentos em saúde mental; e 3) atuação do psicólogo e ações no território. As falas foram transcritas para as colunas separadas de acordo com as categorias de ideias relacionadas aos objetivos da pesquisa. Por fim, foi realizada a análise e a síntese dos resultados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

No tipo de produção textual aqui proposta a separação entre resultados e discussão é bastante desafiadora. Opta-se, deste modo, por apresentar os resultados ao passo que são discutidos teoricamente e articulados em diálogo com outras produções teóricas.

A organização e análise foi realizada com base em dez questionários sociodemográficos e dez entrevistas semiestruturadas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde do município, campo da pesquisa. As pessoas entrevistadas são todas mulheres, moradoras da cidade, distritos e povoados do município, identificadas de acordo com a tabela a seguir:

Tabela 1 – Características das Usuárias entrevistadas.

Entrevistada	Idade	Profissão	Escolaridade	Renda
E1	54 anos	Agricultora	Nunca frequentou a escola	600,00
E2	54 anos	Agricultora	EJA incompleto	1.300,00
E3	45 anos	Professora	Ensino Superior	Mais de 3 salários
E4	34 anos	Agricultora	7° série do ensino fundamental	1.300,00
E5	34 anos	Agricultora	1° série do ensino fundamental	Bolsa família
E6	55 anos	Aposentada	1° série do ensino fundamental	1.300,00
E7	55 anos	Agricultora	5° série do ensino fundamental	600,00
E8	35 anos	Servidora pública	5° série do ensino fundamental	1.300,00
E9	38 anos	Agricultora	Segundo grau completo	600,00
E10	26 anos	Agricultora	7° série do ensino fundamental	600,00

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A tabela 1 indica as características sociodemográficas das participantes. As idades destas variaram de 26 até 55 anos, ou seja, não temos pessoas idosas como participantes do estudo. Destaca-se também que sete, das dez participantes trabalham como agricultoras e duas concluíram o ensino médio, sendo que destas últimas, apenas uma frequentou a universidade. Metade das participantes possui renda inferior a um salário mínimo. As informações aqui apresentadas, mesmo que não compreendam uma amostra estatisticamente representativa, indicam que as pessoas que utilizam a atenção básica para cuidar de questões de saúde mental



pertencem a camadas pobres da sociedade, com pouco acesso à escolarização formal e renda mínima.

Para continuar a apresentação dos resultados e discussão, destaca-se que o material produzido durante as entrevistas foi organizado em três linhas temáticas: Sentidos atribuídos à saúde mental; O atendimento em saúde mental; A atuação da psicologia e ações no território.

3.1 SENTIDOS ATRIBUÍDOS A SAÚDE MENTAL

O desenvolvimento dessa primeira linha de análise, busca identificar e compreender quais os sentidos que as usuárias participantes atribuem a saúde mental e ao atendimento oferecido pela Atenção Básica. Essa linha de análise teve como disparador as seguintes perguntas: Para você, o que é saúde mental? O que é o cuidado em saúde mental? Das dez usuárias entrevistadas, duas não responderam a pergunta afirmando não saber dizer, mesmo reformulando as questões, as usuárias optaram por não responder. O quadro a seguir apresenta trechos relevantes das entrevistas que dão base a essa primeira linha temática:

Quadro 1 – Sentidos atribuídos à saúde mental.

Participante	Trecho de entrevista
E1	Elas “dissero” [sic] que eu num podia não ter casado não, porque eu faço esse tipo de tratamento (...). Nois casou no “cartoro” [sic], primeiramente Deus, segundo ele que me ajuda muito (...) ele brinca com eu, conversa, me ajuda comprar meu remédio então eu me sinto uma pessoa preenchida sabe? ter uma pessoa ali do lado.
E3	Eu creio que seja um acompanhamento correto, porque só o mental num só é a medicação, tem que ter o psicólogo, o psiquiatra, tem que ter um acompanhamento porque ansiedade e depressão, 50% é do paciente tem que fazer sua parte e 50% é “tá” [sic] na medicina, né? E como a gente não tem aqui um acompanhamento fica mais difícil “pra” [sic] gente.
E4	Eu tive uma isquemia, tá com uns 6 meses que eu tive, aí eu tenho dificuldade ao falar, na perna e na mão, eu tô fazendo fisioterapia aqui no posto, isso me causou problema mental, a médica me encaminhou pra eu ir pra psiquiatra e pra psicóloga, mas eu nunca fui. (...) eu tomo “floxetina” [sic], alprazolam e tem outro remédio que eu tomo pá cabeça também depois que eu tive essa isquemia, as vez eu vou falar as coisa e me esqueço, quero dizer uma coisa e digo ota aí meu “minino” [sic] me corrigi, “mãe é assim”. “Pra” [sic] mim, é isso.
E5	“É passar remédio, né?”.
E6	“É que tem problema? Na cabeça? Eu acho que eu num tenho não que eu tomo só remédio “pá” [sic] ansiedade e pá “durmi” [sic] e sou muito estressada. (...) parece que quando a pessoa vai ficando mais “véi” [sic], parece que essas coisa vai aparecendo né?”.
E7	Rapaz, “num” [sic] sei nem te “i xplicá” [sic] esse “negóço” [sic] de saúde mental não. Eu sei assim o que eu sinto é muita fadiga, irritação, é sou muito briguenta ((risos)) aí quando eu percebo que realmente eu preciso de ajuda é quando eu tô assim insuportável que eu fico né, eu fico (...) dá insônia, é eu fico “afadigada” [sic] aí fica aquela coisa como se eu vou ficar sufocada, eu fico assustada aí eu não sei lidar com essa situação aí eu procuro ajuda. (...) eu sei que psicólogo é “pa” [sic] pessoa conversar, desabafar e tudo né já o psiquiatra é só ele que pode passar o medicamento.



E8	Saúde mental é quando a gente não tá bem a gente precisa de um profissional que nos acompanhe, que nos oriente(...) então eu acho assim que saúde mental é uma coisa mais popular, porque hoje em dia quase todo mundo tem depressão, ansiedade, muitos não quer aceitar e aí acho que se torna mais difícil o tratamento, mas pra mim saúde mental é isso é quando o cérebro, as emoções precisa de ajuda (...). “Assim, muita gente entende como se fosse loucura, já eu não, eu acho que seja assim, como se fosse uma estafa né, como se o cérebro já não conseguisse mais captar tanto as emoções como as coordenações do corpo”.
E9	Eu “num” [sic] sei nem te dizer(...). É tá com a mente sempre saudável né, mas as vez num tá né?! Aí tem que procurar especialista “pra” [sic] fazer tratamento, “pra” [sic] poder se cuidar.
E10	Pra mim, a pessoa assim a pessoa ter (...) pensar as coisa, sei lá, na minha cabeça as vez a pessoa, antes eu era bem bem da cabeça, mais hoje eu acho que não, sei lá, com tanto estresse depois que a pessoa casa, ou tem filho, sei lá, eu me sinto bastante estressada, eu me sinto confusa dos pensamento sabe? Eu acho que é isso.

Fonte: Elaborada pelas as autoras.

Conforme é possível observar na entrevista de E3, o cuidado em saúde mental é representado pelo acompanhamento com especialistas. A entrevista de E 9 por sua vez, sinaliza que essa definição não surge com facilidade quando é questionada. Já E7 atribui o sentido relacionado a sintomas físicos, reconhece como algo presente em seu dia a dia e, faz distinção entre psicólogo e psiquiatra. E9 infere que a saúde mental é “estar com a mente saudável” o que corrobora com a definição trazida por Amarante (2007), quando diz que saúde mental se trata de “um estado de bem estar mental, ou de sanidade mental, ou ainda de não existir nenhuma forma de desordem mental (p. 16)”.

Um dado que se destaca fortemente nos discursos é o uso de medicação. Ao perguntar a E5 o que é saúde mental para ela, a mesma responde em forma de questionamento, mostrando-se confusa com relação ao que ela reconhece como saúde mental: “É passar remédio, né?” (E5). É importante ressaltar que “o uso extensivo e indiscriminado dos medicamentos psicotrópicos é prática naturalizada nos serviços de saúde e, em especial, na Atenção Básica” (Yasui; Luzio; Amarante, 2018, p. 184). Logo, é possível que a usuária esteja reproduzindo aquilo que vive em seu cotidiano enquanto cuidado.

A fala de E5, assim como de outras usuárias, remete ao contexto social no qual estamos inseridos onde a patologização e a medicalização da vida tomam conta. Nesse contexto, as “disfuncionalidades do corpo é um problema que logo deve ser sanado, normatizado, anestesiado, sem tempo a perder, sem possibilidades de se realizar uma escuta mais vagarosa que possa dialogar com o que faz sofrer” (Paulon; Protázio; Tschiedel, 2018, p. 16).

As usuárias E4, E6 e E10 acreditam que saúde mental está relacionado com a cabeça. “alguma coisa da cabeça”. As três usuárias E4, E6 e E8 atribuem à saúde mental o sentido de adoecimento e, conseqüentemente, o cuidado pautado na medicalização, em uma clínica, ainda, hegemônica que olha para a doença e o sintoma como seu objeto, contrapondo-se, segundo o Ministério da Saúde, ao que defende a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2013).



Para além, trechos da fala de E8 remetem a outro aspecto pertinente de discussão, o modelo de sociedade atual, que tem pautado lógicas de vida adoecidas. A fala da usuária coaduna com o pensamento vigente atualmente de que as questões de saúde mental são mais visíveis do que no passado. As diversas condições socioeconômicas da população determinam esse modelo de sociedade atualmente, por exemplo, basta pensar nas precárias condições de emprego e subemprego, as situações de extrema pobreza e vulnerabilidade social. Fatores que estão diretamente ligados às reações emocionais motivadas por tudo o que, direta ou indiretamente, satisfaz necessidades de pessoas e que se relacionam com as exigências sociais (Viapiana *et al.*, 2018).

Um aspecto que vale acrescentar na discussão é a experiência de E8 enquanto uma usuária que já fez acompanhamento psicológico por um tempo considerável e reconhece o cuidado em saúde mental como algo fundamental em sua vida. Além disso, possibilita uma reflexão importante sobre as representações sociais da loucura e sua relação com a produção de sentidos sobre saúde mental. Mesmo depois da reforma psiquiátrica brasileira e todas as transformações no tratamento psiquiátrico no Brasil, a saúde mental ainda é atravessada por uma concepção arcaica que dialoga com as antigas formas de cuidar dos manicômios (Figueirêdo; Delevati; Tavares, 2014).

Além disso, E8, traz em sua narrativa a dificuldade que algumas pessoas têm em falar sobre saúde mental e, principalmente, reconhecer que “sofrem com depressão, ansiedade” ou qualquer outra condição psíquica, por medo ou vergonha. Esse fator mencionado pelas usuárias dialoga com a ideia de que tal “concepção é marcada por uma dificuldade no exercício da alteridade, pelo preconceito, pelo medo, pelo perigo, pelo incômodo, pelo diferente tomado como insuportável” (Paulon; Protázio; Tschiedel, 2018, p. 15).

E10, por sua vez, faz relação da saúde mental enquanto “confusão mental” traz narrativas de acontecimentos cotidianos como aspectos que perpassam essa esfera da saúde. E10 sinaliza ainda que em sua narrativa outro fator que merece ser considerado nessa discussão, o contexto de acontecimentos que fazem parte da vida, casamentos e filhos. As histórias de vida foram um fator presente na maioria das entrevistas, no entanto E10 atribui diretamente como um aspecto influente ligado ao sentido de saúde mental por ela atribuído, enquanto as demais entrevistadas abordaram de maneira mais sucinta e não fazem uma relação direta entre saúde mental e história de vida.

Olhar para os aspectos relacionados a história de vida das (os) usuários (as) vai ao encontro a perspectiva da atenção psicossocial e atenção básica trazida por Yasui; Luzio e Amarante (2018), pois segundo os autores, a saúde mental aqui sai um pouco do olhar racional psiquiátrico, “muda-se o objeto que deixa de ser a doença e passa a ser a complexidade da vida” (p. 175). No entanto, o trecho de entrevista de E1 remete a um discurso por parte de alguns dos profissionais dos serviços, que se contrapõe ao aspecto de olhar para a complexidade da vida e para a pessoa em sua integralidade. A fala da usuária dialoga com o que traz Campos (2001) quando diz que a doença jamais deveria ocupar todo o lugar do sujeito, pois ela entra na vida do sujeito, mas não o desloca por completo. Aqui pode-se pensar, também, na importância da rede de



apoio enquanto algo fundamental para a usuária e que os profissionais parecem não considerar, deixando de lado as histórias de vida que passam pelos serviços.

Com base nas reflexões do texto de Campos (2001) sobre A clínica da Palavra Negada, é lamentável que uma pessoa seja reduzida à condição de objeto, ou doença. Parece que o automatismo que toma conta dos modos de cuidado enrijecidos, esqueceu que E1 é mulher, tem desejos, tem sonhos, tem vida que pulsa para além da sua condição patológica e que, também, se constitui em suas relações.

3.2 OS ATENDIMENTOS EM SAÚDE MENTAL

A segunda linha de análise foi delineada a partir da experiência das usuárias no atendimento em saúde mental na UBS e/ou outros serviços disponíveis. Considera-se aqui como atendimento de saúde mental, qualquer tipo de tratamento voltado a temática de saúde realizado nos serviços, não limitando a nenhum tipo de profissional ou procedimento, logo, inclui, prescrição de psicofármacos, psicoeducação, psicoterapia, grupos terapêuticos.

Em algumas UBS encontrou-se dificuldade por parte da equipe para reconhecer os usuários de saúde mental enquanto, também, usuários dos espaços de serviços da Atenção Básica. Em duas unidades, ao ser apresentada a proposta da pesquisa juntamente a carta de anuência, as recepcionistas se negaram a dispor do acesso ao espaço e aos usuários. As mesmas argumentaram que naquele local não seria possível encontrar usuários de saúde mental, pois todas as demandas eram encaminhadas para o CAPS e que a pesquisa deveria ser feita lá. A abertura dessas profissionais para a realização da pesquisa, só ocorreu mediante a argumentação de que os usuários de ansiolíticos e antidepressivos, que vão renovar receitas, por exemplo, ou mesmo os usuários do CAPS que vão realizar consultas com o clínico, dentistas ou enfermeiro (a), são pessoas que têm demandas em saúde mental e que também usam o serviço da Atenção Básica.

A análise se origina a partir das seguintes perguntas feitas às usuárias: “Alguém indicou o atendimento aqui? Como você encontrou esse serviço?” Como foi sua experiência no CAPS, ambulatório ou em outro serviço de saúde mental que você utiliza ou já utilizou?; “Quais os aspectos positivos e negativos no atendimento em saúde mental?”. O quadro a seguir traz os trechos que dão base para a discussão dessa segunda linha de análise:

Das 10 entrevistadas, três chegaram ao serviço da Atenção Básica em busca de atendimento em saúde mental através do encaminhamento de médicos particulares, as outras sete foram por conta própria ou indicação dos agentes de saúde. Os agentes de saúde aparecem com frequência nas falas das entrevistadas quando indagadas sobre como encontraram e acessam o serviço, evidenciam a importância dessa atuação no território e da articulação para a produção do cuidado, como bem trazem as usuárias E8, E1 e E4. Os (as) Agentes Comunitários (as) de Saúde são profissionais que vivem no território têm um saber e uma visão ampla sobre o que permeia os(as) usuários(as), logo, de acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2019), são pessoas fundamentais que podem contribuir na construção de um plano de cuidado.



No campo pesquisado, como pode ser observado, esses profissionais aparecem como figuras centrais de ligação entre as usuárias e os serviços de saúde (CFP, 2019).

Quadro 2 – Sobre os atendimentos em saúde mental.

Usuária	Trecho de entrevista
E1	<p>“A única coisa chata de atendimento no nosso município que eu acho, é o agente que num anda na nossa casa; (...) o agente de saúde “num bota” [sic] nada no sistema (...) ele “nu” [sic] resolve, ele “nu” [sic] vai na sua casa; (...)“É. Aqui eu pego só a receita dos remédios”; (...) [...] “ar minina” [sic] quiseram me botar lá no grupo, mas eu “nu” [sic] quis não porque eu “nu” [sic] tenho condições de tá pagando a passagem. (...) Se eu tivesse recebendo meu “binifiço” [sic] eu ia né? Aí a médica me entendeu, mas já “lutaro” [sic] duas vezes pra me botar, tem o grupo lá né? mas eu nu tenho condição de ir. (...) se fosse aqui, se o atendimento que eu tenho lá no caps fosse aqui, era bom eu fazia tudo direitinho porque era tudo pertinho, né? (E1). (...)“É sempre muito bom, lá elas dão café, só que elas não gostam quando eu vou só(...) aí isso aí eu vejo que é cuidado né, aí eu gosto desse atendimento”.</p>
E3	<p>“Aqui “num” [sic] tem não acompanhamento, aqui só faz só (...) é (...) faz a receita. (...)“Eu creio que deveria ter um acompanhamento, um neuro, um psiquiatra, só que em postinho é difícil né? Eu já fui no CAPS na Pedra também, já fui no CAPS (...) lá sim, tem um atendimento bacana (...) mas aqui é escasso, é, é, é deixa a desejar”;</p>
E4	<p>“Nós “somo” [sic] carente de (...) de agente de saúde, ele num vai, num passa na nossa casa perguntando nada, tipo (...) se meu filho tá frequentando na escola, se tá pesando, elas nu passa”. “Ela ((médica)) me encaminhou pra eu ir pra psiquiatra e pra psicóloga, mas eu nunca fui, aí o encaminhamento vai daqui pá Pedra né, aí é pra vim de lá pra cá, mas nunca vei não”.</p>
E6	<p>“A agente de saúde vai pra lá. Vai na minha casa, vai na de todo mundo”. (...) O atendimento aqui é bom, mas as coisa demora muito a chegar tem uns exame “mermo” [sic] que eu vou fazer pago, tudo é difícil”.</p>
E7	<p>“A gente vem “pá” [sic] o médico pá eles dizer o que a gente tem ele passa um remédio, que às vezes “num” [sic] é nem o caso que num serve pra nada, assim “num” [sic] é questão que não vá passar o remédio adequado, é que ele não é o médico adequado pra isso; (...) [...] o médico que atende aqui no postinho falou também que era esse problema, ansiedade generalizada aí ele falou que eu tinha que fazer o tratamento, mais ainda não fui na Pedra, porque tem que ser na Pedra aí depende assim, a pessoa depende de transporte. Daqui “pa” [sic] pedra é bem complicado né, que a gente tá “pra” [sic] lá e “pra” [sic] cá também e também condições financeiras, pesa. (...)o que falta é a pessoa capacitada “pra” [sic] esses problemas, um especialista e a gente precisa, não só aqui mas em todo postinho devia, precisa. (...)É eu “num” [sic] posso reclamar do atendimento não, a gente geralmente é muito acolhido aqui também num tem como “num” [sic] ser né, lugar pequeno todo mundo se conhece e a gente chega fala, as pessoas escutam, é (...) o agente de saúde é amigo, enfermeira também acabam se tornando amigo também.</p>
E8	<p>“Tem a agente de saúde (...) qualquer coisa eu falo com ela e ela marca pra mim. (...) Tem a médica que atende aí passa um remédio, aí quando é grave ela passa pra um especialista, mas nu meu caso ela passou só o remédio “mermo” [sic]. (...) [...] quando minha medicação começou a não surtir mais efeito, eu vim aqui “nu” [sic] postinho e o médico falou que quem poderia trocar minha medicação era a psiquiatra, aí eu fui ((para o CAPS)) aí ela trocou toda minha medicação, aí eu fiquei tomando ela disse: “se você não se sentir bem você volta aqui, se você vê que tá fazendo efeito, você continua tomando a medicação”. Aí foi a única vez que fui lá, foi pra trocar a medicação. (...)Aqui eu “num” [sic] gosto muito não, eu só venho aqui num último caso. Muitas vezes a pessoa chega aqui o médico já chega estressado aí eu já tô estressada, ansiosa, aí “num” [sic] dá certo (...) aqui no postinho é toda uma burocracia, tem que agendar ou</p>



	chegar de madrugada pra guardar sua vez e uma pessoa que toma medicação “pa” [sic] dormir não tem como chegar aqui de madrugada.
E10	Eu nu vejo nada de bom não, que “nu” [sic] tem esse atendimento, só tem a médica “pá” [sic] dizer assim: doutora tô com isso, e ela passa a medicação, passa os exame, né? Mas assim, até hoje eu só procurei a medicação mas só isso, eu tava pensando agora, de passar nela e pedir pá passá na psicóloga.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Outro aspecto que aparece em todas as entrevistas é o atendimento em saúde mental nas UBS como centrado na prescrição de medicamentos, como é possível observar mais enfaticamente nas falas de E1 e E3. Juntamente a prescrição de medicamentos vem sempre falas relacionadas ao encaminhamento para os especialistas, como apontam E7 e E8. Os trechos de entrevistas trazem indícios sobre o atendimento em saúde mental, enquanto algo que se configura em um modelo biomédico. Esse modelo desenha um modo de cuidado onde “a angústia é mascarada pela medicalização do sofrimento, que não considera as questões do sujeito e impede que este elabore um saber sobre aquilo que o faz sofrer ou sobre seu cuidado” (Lima *et al.*, 2021, p. 5).

Corroborando com os indicativos da prescrição de medicamentos que surgem ao longo de nosso estudo, como prioridade da terapêutica utilizada nos atendimentos nas UBS, pode-se analisar que os sofrimentos psíquicos se expressam como sintomas de uma patologia, os quais são suprimidos pelos psicofármacos, dessa forma, “advém a visão social do medicamento como solução para o sofrimento mental” (Pimentel; Amarante, 2020, p. 12). Em várias falas das usuárias aparecem queixas que indicam que as intervenções biomédicas sobressaem as psicossociais, pois deixam de lado aspectos importantes como as condições e modos de vida as quais deveriam estar em consonância com a prática do cuidado focado no sentido existencial da experiência de adoecimento da pessoa, seja no âmbito físico ou mental (Pereira; Cortez, 2021). De acordo com o Ministério da saúde (Brasil, 2013), essa forma de intervenção preconiza a abrangência dos determinantes sociais da saúde enquanto aspecto fundamental no campo e no trabalho da saúde coletiva, contrapondo-se à organização e funcionamento do sistema em território, o que deve fazer parte da Atenção Básica.

E10 ao ser questionada sobre os aspectos positivos do atendimento em saúde mental, nos possibilita olhar para outro aspecto relacionado a essa medicalização que emerge como único modo de cuidar da saúde mental no cenário da pesquisa, a possibilidade de dependência como forma de cura. Pereira *et al.*, (2021) a psicofarmacologia pode ser um tipo de encarceramento onde produz uma nova alienação que pretende curar as pessoas de condições humanas como medo, tristeza, decepção, angústia. O estudo realizado por Pereira *et al.*, (2021) observou que o médico que realizava a prescrição de psicotrópicos era de outras especialidades e não psiquiatra. Esse achado corrobora com o que foi observado a partir das narrativas das usuárias dessa pesquisa, pois a maioria não havia passado por um psiquiatra, nem fazia acompanhamento para além da prescrição medicamentosa.

Para além das prescrições, outro indicador que surge na análise é o encaminhamento para o Centro de Atenção Psicossocial que também se destaca entre as estratégias de cuidado desenvolvidas pelas UBS. Nas falas sobre o atendimento no CAPS ou outros serviços sobressai a existência de alguns entraves e limitações como, por exemplo, a



demora para o retorno dos encaminhamentos mencionada pelas usuárias E6 e E4. Além da demora do retorno dos encaminhamentos aos serviços especializados, outra limitação que emerge é a dificuldade de deslocamento das usuárias da zona rural que está atravessado pelas condições socioeconômicas. A partir dos relatos de algumas participantes dessas localidades, a dificuldade de acesso aos serviços especializados ocorre primordialmente por questões financeiras, o que contribui para que algumas usuárias não tenham o atendimento de modo efetivo, conforme foi exemplificado no trechos de entrevistas de E1 e E7 apresentados no quadro 2.

Diante desses entraves, é possível olhar para a oferta do serviço em saúde mental como algo que se contrapõe aos avanços da proposta da Política Nacional de Humanização (PNH), a qual, apesar dos avanços, dispõe de fragmentação nos processos de trabalho e de atenção, bem como na desvalorização dos direitos das (os) usuárias (os) (Lima *et al.*, 2021).

Chegar ao CAPS, serviço especializado e de difícil acesso no contexto pesquisado, faz também com que as expectativas sobre o tratamento sejam amplificadas. O local é visto como precisando dar conta de todas as demandas em saúde mental que surgem na Atenção Básica, reforçando a ideia de que saúde mental é problema unicamente de especialistas, conforme foi exemplificado por E8 em no trecho de entrevista destacado no quadro 2. A fala de E8 aponta que o enrijecimento da continuidade do atendimento reproduz o círculo vicioso de encaminhamentos (Paulon *et al.*, 2018), e dá margem para discutir sobre a fragmentação do cuidado e da escuta dos serviços de Atenção Básica a partir da perspectiva da desresponsabilização:

Quando uma demanda escapa às normatizações, parece que nada resta a fazer senão encaminhá-la a equipamentos especializados. Tal processo de desresponsabilização, nada incomum à Atenção Básica, expressa a fantasia de que só um especialista poderia produzir escuta adequada e dispor a acolhida “especial” que o trabalhador “comum” não se sente capaz de ofertar (...) se tratando desse emaranhado institucional, nem mesmo o usuário escapa ao desejo de ser cuidado de maneira procedimental, fria e “eficazmente” eleita como a que mais dá resultados (Londero; Paulon, 2018, p. 106).

Sobre a escuta nos serviços, Sivinski e Schenkel (2018) trazem que essa é uma prática atribuída como responsabilidade dos especialistas, no entanto, a mesma deve fazer parte de todos os níveis e práticas profissionais que compõem o serviço de atendimento em saúde. Nesse sentido, os dados indicam que há “uma rede fragmentada e conflituosa, com fragilidades na comunicação e centralização do cuidado em saúde mental nos serviços especializados” (Sampaio; Júnior, 2021, p. 13).

Algumas usuárias, como E3 e E7, trazem em seus discursos possíveis alternativas para a resolução dos entraves apresentados. Essas alternativas surgem em um viés que reproduz a lógica do cuidado em saúde mental como exclusiva dos especialistas, nesse sentido, essas usuárias não identificam outras possibilidades para além dessa lógica, sempre adicionando mais especialistas à equação como a possibilidade neurologistas e psiquiatras também estarem na Atenção Básica. Resultados semelhantes às sugestões trazidas pelas usuárias podem ser observados em um estudo realizado no Paraná, onde “aspectos estruturais da rede de saúde foram



demandados por alguns participantes, em tom de denúncia, mas também de sugestão” (Moraes; Zambenedetti, 2021, p. 919). As entrevistas indicam que as usuárias têm dificuldades para compreender as Unidades Básicas de Saúde como espaços possíveis para o cuidado em saúde mental, como algo que precisa ir além dos medicamentos e de atendimento com especialistas. O que pode ser pensado como algo que, de alguma forma, está relacionado ao que vivenciam enquanto cuidado nesses espaços.

Como último dado observado nesta linha de análise, têm-se os aspectos positivos e negativos sobre os atendimentos em saúde mental indicados nas entrevistas. Entre os aspectos positivos, a maioria das entrevistadas dizem se sentir acolhidas na UBS e no Centro de Atenção Psicossocial. Das dez entrevistadas, nove afirmam se sentir bem e acolhidas diante do atendimento em saúde mental nas UBS, como é exemplificado no trecho de entrevista de E7 destacado no quadro 2. A partir do que trazem as falas é possível considerar que as UBS dispõem de um acolhimento e estabelecimento de vínculo favorável para as usuárias, ainda que se trate de um atendimento regido pela prescrição de medicamentos e encaminhamentos. Apenas E 8, conforme fala em destaque, afirma não gostar do atendimento em saúde mental na Unidade Básica de Saúde.

No que concerne ao atendimento do CAPS, cinco das usuárias entrevistadas nunca utilizaram o serviço, enquanto as demais já frequentaram e/ou ainda frequentam. Todas as participantes trazem em seus relatos aspectos positivos e indicam o CAPS como um espaço em que são bem acolhidas, que conversam, se sentem ouvidas e cuidadas, conforme destaca-se no discurso de E1. Como aspectos negativos dos atendimentos em saúde mental surgem: a falta de informação por parte de alguns (as) agentes de saúde; a dificuldade de deslocamento até ao CAPS que fica na cidade; a demora do retorno dos encaminhamentos; a falta de ações sobre saúde mental no território; a falta de especialistas de saúde mental nas UBS.

As informações produzidas indicam que os aspectos positivos e negativos sinalizam potências de cuidado que prevalecem no serviço especializado e fragilidades na Atenção Básica. Possivelmente, essas fragilidades refletem na dificuldade de fortalecimento dos vínculos e articulação da rede, elementos centrais para a efetivação dos cuidados, uma vez que é fundamental considerar a importância da integração e da articulação dos serviços em rede para o desenvolvimento da continuidade do cuidado em saúde mental de base territorial (Lima; Guimarães, 2019). Essa ausência pode ser um fator contribuinte para possíveis dissonâncias na forma de acolhimento e de escuta nos diferentes espaços de atendimento à saúde mental, o que é compreensível diante das especificidades de cada lugar, no entanto, é fundamental que a Atenção Básica desenvolva um atendimento que possa expandir e ampliar suas formas de cuidado.

3.3 ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA E AÇÕES NO TERRITÓRIO

No município existem duas UBS que contam com atendimento psicológico, aspecto que justifica discutir sobre a atuação destes (as) profissionais no território. De acordo com trechos das entrevistas, é evidenciado que o atendimento é pautado unicamente no atendimento individual.



A análise foi desenvolvida com base nas seguintes perguntas: "Aqui na UBS tem algum atendimento com psicólogo(a)?" ; "Você observa que aqui na região em que você mora tem ações voltadas para a saúde mental (palestras, oficinas, rodas de conversa)? Se sim, quais?". O quadro a seguir apresenta falas das usuárias referentes a essa terceira linha temática de discussão:

Quadro 3 – Atuação da psicologia e ações no território.

Usuária	Trecho de entrevista
E1	<p>"Não. Ninguém nunca me disse nada, eu num sabia. (...) "Tem não, aqui era "pa" [sic] ter (...) "pruque" [sic] a gente que tem problema assim que nem eu (...) se aqui tivesse o "meno" [sic] uma palestra ficava melhor pra gente porque que nem eu "mermo" [sic], (...) aí tem hora que dá vontade de conversar, se sentir bem, (...) e uma palestra é bom né?" (...) seria bom ter algum tipo de palestra sobre saúde mental e traz a necessidade que muitas vezes tem de falar e ser ouvida".</p> <p>(...) quando me dá crise "ar minina" [sic] do caps vão bater lá em casa quando elas sabe vão bater lá em casa. "Oto" [sic] dia "mermo" [sic] me deu uma crise meu irmão ligou pra lá(...), ele trabalhava aqui (...) ele ligou pra lá disse que eu tava com crise quando foi com dois dia o carro chegou lá em casa".</p>
E2	"Não no teve nenhuma vez aqui, só teve uma vez, que eu vim aqui, (inaudível) tinha das gestante uma palestra só.
E3	"Tem, um acompanhamento com o psicólogo e (..) mais assim, eu comecei tomar medicação porque eu passei no neuro, aí eu acompanho com o médico daqui do postinho, todo mês(...) e a psicóloga assim "mermo" [sic] vem vez e quando, "nu" [sic] é uma coisa certa todo mês. Faz tempo que veio. Quando ela "num" [sic] atende aqui, eu vou "pra" [sic] lá ((distrito vizinho)) com meu menino, mas deve ter uns (..) seis "mês" [sic] eu acho que num tem atendimento com psicólogo, aí quando dá eu vou no particular, mas nunca vou não. (...) Tem, tem esses movimentos, tem aqui no postinho. As agentes, elas "publica" [sic] nos status e também manda pra gente, "ar minina" [sic] aqui do posto também "invio" [sic] aqui pra gente, pra todo mundo da comunidade, todo mundo é convidado".
E4	"Não, tem não. Podia ter uma psicóloga aqui "pá" [sic] gente "cunvessá" [sic], "pá" [sic] gente ter né? um psicólogo, um (...) ter um atendimento melhor. A gente que precisa né?".
E5	"Não, que eu saiba não, era "pá" [sic] ter né?"
E6	"Não. Uma vez eu vim aqui sobre esse "negoço" [sic] como é? Dos seio, mas só" .
E7	<p>"Não (...) que eu saiba, pelo omenos eu nunca participei não" (...). Uma coisa que eu acharia muito importante era justamente ter, principalmente na escola porque hoje em dia o que a gente mais vê é os adolescentes se automutilando, tirando sua própria vida, então eu acho que seria fundamental. (...) Os movimentos que eles "faz" [sic] é mais voltado para olhar as diferenças, a inclusão eles trabalham mais sobre isso, incluir as crianças com deficiência, mas eles não tem uma ação assim especifica.</p> <p>Tem uma ação lá no caps que eu tenho uma prima que é atendida lá, tem psicólogo, fisioterapeuta, artesanato, acolhe as pessoas (...) então fora esse centro a gente não ver uma palestra no posto de saúde sobre esses assuntos, ou numa praça, ou numa escola.</p>
E9	"De vez em quando tem um pessoal que passa dando essas palestras, mas nunca mais vieram não, demora muito".
E10	"Não, até agora nunca ouvi falar não, que eu saiba não".

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Das oito UBS em que a pesquisa foi realizada, duas contam com atendimento psicológico onde a profissional é vinculada apenas às duas UBS, fator que não é uma prática comum. As falas sinalizam que o atendimento acontece com longos espaços



de tempo, não há um atendimento regular e frequente, como é mostrado na fala de E3 destacada no quadro 3. O profissional de psicologia psicólogo também não está presente em oito das UBS pesquisadas.

Os dados delimitam que a atuação da psicologia no cenário pesquisado acontece de forma dissociada do contexto em que as usuárias estão inseridas, ou seja, diverge da proposta de atuação desses profissionais na Atenção Básica diante do seu papel político de transformação. A atuação do(a) psicólogo(a) nesse contexto, deve ir para além do nível intrapsíquico, deve ir ao encontro a uma prática alinhada com o contexto social, cultural e estrutural do qual o sujeito faz parte (Souza; Mendonça, 2020).

A usuária E1 que frequenta o CAPS fala do desejo de que tivesse um acompanhamento com um(a) psicólogo(a) na UBS como forma de ampliar suas possibilidades de cuidado. No entanto, a UBS em que essa usuária está vinculada é um dos serviços que tem atendimento mensal com o profissional de psicologia, porém a usuária não tinha conhecimento como bem mostra seu trecho de entrevista no quadro 3.

Essa falta de informação pode ser pensada como uma consequência da falta de articulação da rede, bem como da falta de ações no território, o que contrapõe o que diz as Referências Técnicas de Atuação de Psicólogos (as) na Atenção Básica:

Cabe a AB a função de prevenir os agravos de saúde mental, garantir a integralidade do cuidado dos usuários assistidos pelo CAPS e responsabilizar-se pelo cuidado longitudinal dos usuários que não estiverem mais dentro dos quadros mais graves de sofrimento mental. Sendo assim, o profissional da Psicologia torna-se um ator estratégico na operacionalização de uma política antimanicomial dentro da atenção básica (CFP, 2019, p. 54).

Para além da atuação de psicólogo (a) nas UBS, outro ponto abordado foi a existência de ações sobre saúde mental no território. Aqui, tomamos como território o meio vivo e dinâmico no qual a vida acontece, onde os serviços substitutivos são organizados em uma lógica de olhar e ouvir a vida que pulsa nesse lugar (Lima; Yasui, 2014). Ao serem questionadas se na UBS, no território, região em que moram, existem ações relacionadas à saúde mental, a maioria das usuárias mostraram dificuldades em compreender o que seria ações em saúde mental, o que levou a reformulação da pergunta para facilitar a compreensão da mesma. A pergunta foi refeita da seguinte forma: Pesquisadora - "Aqui no posto, por aqui na região onde você mora, tem alguma atividade voltada para saúde mental? Por exemplo, palestras, conversas, oficinas, atividades?". Sobre o tema destacam-se as respostas de E1, E2, E6, E7 e E10.

A existência de ações no território aparece como algo distante. Essa inexistência pode dificultar a avaliação e planejamento de ações em saúde mental na Atenção Básica, o que limita a ampliação e novas possibilidades (Paulon *et al.*, 2018). O território pode ser o cenário de encontros que possibilita outros modos de cuidar para além dos serviços e que se contrapõem ao modelo hegemônico (Lima; Yasui, 2014). Além disso, atuação no território, de acordo com o Conselho Federal de Psicologia está diretamente conectado às atuais perspectivas da Psicologia em relação direta da



sociedade com a subjetividade e a Atenção Básica, por sua vez, traz a ideia de desenvolver atividades participativas junto aos usuários (as) (CFP, 2019).

Em um dos campos de produção, E7 e E1 ao falarem sobre as ações no território reconhecem e sugerem escolas e praças enquanto possíveis e necessários espaços para o desenvolvimento dessas ações. Portanto, as usuárias assumem um papel de pessoas importantes e ativas, participativas dos serviços, as quais podem sinalizar possíveis direções e caminhos a seguir (Moreira; Onocko-Campos, 2017).

Em duas UBS as falas indicam a existência de ações em saúde mental no território, porém, E3 e E9 queixam-se da falta de periodicidade na realização das atividades conforme é possível observar em seus destaques no quadro 3. Ainda em destaque, E7 afirma que até existem alguns movimentos nesse sentido, ao mesmo tempo, a mesma não considera como uma ação específica do serviço em saúde mental. As falas das participantes reverberam sobre a importância da presença e movimentos relacionados a essas ações, assim como o desejo da atuação e presença de profissionais especializados no âmbito da saúde mental. No nível básico da atenção primária, as ações devem estar voltadas para as famílias, as pessoas em crise com os atores sociais no território em que vivem (Amarante, 2007). No entanto, a ausência dessas ações implica em outro aspecto fundamental no cuidado em saúde mental na Atenção Básica, a noção de clínica ampliada que é fundamental e que parece não existir no cenário da pesquisa. Tendo em vista, o modelo de cuidado representados pelas falas das usuárias, a noção de clínica surge como algo que aparenta estar “amarrada a prescrições técnicas, restringe-se sua possibilidade de ampliação” (Campos, 2001, p. 101).

Outro fator que se destaca nos dados produzidos, são as falas referentes ao reconhecimento do CAPS no território, quando o mesmo atua, também, por meio de visitas na casa de algumas usuárias, assim como, na promoção de ações voltadas para o cuidado em saúde mental conforme exemplifica-se nas entrevistas de E2, E1 e E7. O reconhecimento do CAPS por parte das usuárias enquanto um serviço que se estende e faz parte dos territórios, dialoga com a proposta de uma política de atuação em equipe no território. Atuação essa, que “cria condições para que médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e artesãos trabalhando juntos podem constituir equipes interdisciplinares que atuem em territórios vivos” (Cézar; Melo, 2018, p. 137). A atuação por meio da equipe multiprofissional pode ser vista como modelo ideal recomendada para ações de saúde individual e coletiva, para promoção e prevenção de saúde mental. Ações, estas, que devem ser planejadas e efetivadas junto aos usuários de acordo com seus respectivos contextos.

Diante dessas considerações, é possível trazer para a discussão a atuação em saúde mental no território como algo que implica diretamente em um olhar para as relações, para a comunidade e usuários (as) enquanto possibilidades de transformação que se efetiva pela escuta, acolhimento e ampliação do cuidado. A psicologia, por sua vez, ao estar inserida nos espaços, torna-se aspecto potente dessa prática. Atuar no território “significa transformar o lugar social da loucura em uma sociedade” (Amarante, 2007, p. 93).



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao discutirmos as entrevistas das usuárias dos serviços de atenção básica pesquisados, identificamos que as mesmas compreendem o contexto no qual estão inseridas de modo crítico, sinalizando suas possibilidades e lacunas. As três temáticas centrais identificadas ao longo das entrevistas: Sentidos atribuídos à saúde mental; O atendimento em saúde mental; A atuação da psicologia e ações no território; nos contam um pouco sobre como essas mulheres vivenciam a saúde mental no contexto pesquisado. A saúde mental, como prática difícil de ser definida, é referenciada como aquilo relativo à cabeça, tal definição demonstra que existem poucos locais de expressão para essas pessoas em sofrimento psíquico. Tais espaços, que pouco estão presentes nos territórios pesquisados, têm na figura do profissional de psicologia uma representação. Para as participantes mais psicólogas representam mais espaços de escuta e partilha.

Neste sentido, os resultados mostram a necessidade de ampliação da escuta qualificada e validação sobre as histórias de vida, potencialidades e fragilidades das usuárias, bem como, o fortalecimento do cuidado e da rede de atenção psicossocial, enquanto aspectos fundamentais de transformação dos serviços. Sendo que as principais estratégias de cuidado identificadas no contexto foram a prescrição de medicamentos e o encaminhamento para especialistas.

O acolhimento inicial nas UBS é um fator presente nas falas da maioria das entrevistadas como algo positivo, no entanto, logo se transforma em prescrição de medicamentos ou encaminhamentos para o CAPS do Município. Nessa lógica de encaminhamentos, os benefícios para algumas usuárias não chegam, por exemplo, para aquelas que residem na Zona Rural e que em decorrência de dificuldades socioeconômicas, não conseguem ir até a cidade para os atendimentos especializados. Fator significativo que limita o acesso aos serviços e impossibilita a continuidade do cuidado, o que conseqüentemente, reverbera nas produções de sentidos sobre a saúde mental e suas respectivas formas de cuidar atribuídas pelas usuárias participantes do estudo. Vale ressaltar que a crítica aqui apresentada sobre o uso de medicação e encaminhamentos, não visa aniquilar essas estratégias, mas refletir sobre outras possibilidades de cuidado que parecem não fazer parte da Atenção Básica do cenário pesquisado.

A escuta surge como uma necessidade presente em várias salas de espera, assim como, nos discursos representados em várias falas das entrevistadas. Todas as usuárias participantes, ansiavam por falar de suas angústias e traziam relatos de suas experiências de vida como causas de sofrimentos e o desejo de um atendimento em saúde mental naqueles espaços. Portanto, a escuta sensível e a abertura para o diálogo, leva os profissionais a entrarem em contato com o território, com a vida da comunidade, com a educação, a família e outros espaços que atravessam os (as) usuários (as) dos serviços. Aspectos esses, que também estão relacionados à promoção e prevenção de saúde.

A inclusão de usuários (as) nas pesquisas e produção científica, se presentifica como algo possível e relevante onde as pessoas podem assumir não apenas o lugar de usuário (as) dos serviços, mas, também, de uma participação nos contextos em que



estão inseridos, sendo capazes de sinalizar os benefícios, lacunas e possíveis melhorias no sistema do qual fazem parte.

Mesmo com inúmeros avanços nas políticas de saúde mental, é possível perceber que o desafio de construção de uma rede de atenção efetiva ainda caminha devagar. O fortalecimento e a qualificação da Atenção Básica para que as estratégias de organização das redes de cuidado sejam efetivadas, é urgente e possível, para isso é fundamental refletir sobre como a saúde mental está sendo produzida nos serviços de atenção à saúde.

5. REFERÊNCIAS

- ALVES, E. S. dos; FRANCISCO, A. L. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 768-779, dez. 2009.
- AMARAL, C. E. M. *et al.* Assistência à saúde mental no Brasil: estudo multifacetado em quatro grandes cidades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, e00043420, 2021.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANJOS, M. A. *et al.* Acolhimento da pessoa em sofrimento mental na atenção básica para além do encaminhamento. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 7, n. 16, p. 27-40, 2015.
- BARONE, L. R.; ESCOBAR, J. de B.; ROVEDA, A. W. Gestos pesquisantes: ressonâncias de uma intervenção em saúde mental na atenção básica. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 72-91, 2018.
- BRASIL. **Sistema Único de Saúde**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União, 9 abr. 2001. Seção 1.
- CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.
- CARON, E.; FEUERWERKER, L. C. M. Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 4, out. 2019.
- CARVALHO, D. B. de; YAMAMOTO, O. H.. Psicologia e políticas públicas de saúde: anotações para uma análise da experiência brasileira. **Psicología para América Latina**, n. 0, p. 1-8, ago. 2002.



CÉZAR, M. A. de; MELO, W. Centro de Atenção Psicossocial e território: espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. **História, Ciências, Saúde**, Mangueiras, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p.127-142, jan./mar. 2018.

CFP. **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde**. 2. ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2019.

DELFINI, P. S. S. de. *et al.* Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, sup. 1, p. 1483-1492, 2009.

DICIONÁRIO. **Dicionário online de Português**. Matosinhos: 7Graus, 2022. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/>. Acesso em: 15 out. 2022.

DUARTE, L. P. A. de. *et al.* Contribuição da escuta qualificada para a integralidade na atenção primária. **Gestão & Saúde**, v. 8, n. 3, p. 414-429, 2018.

FERREIRA, T. P. S. da. *et al.* Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 61, p. 373-384, 2017.

FIGUEIRÊDO, M. L. R. de; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais - UNIT**, v. 2, n. 2, p. 121-136, 2014.

GIACOMOZZI, A. I. A inserção do psicólogo na estratégia de saúde da família e a transição de paradigma em saúde. **Psico**, Porto Alegre, v. 43, n. 3, p. 298-308, jul./set. 2012.

IBGE. **Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2020**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Revista Polis Psique**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 173-190, abr. 2018.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4. p. 1247-1254, 2019.

LIMA, D. K. R. R; GUIMARÃES, J. Articulação da rede de atenção psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, e290310, 2019.

LIMA, D. *et al.* Humanização no cuidado em saúde mental: compreensões dos enfermeiros. **SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 58-65, mar. 2021.

LIMA, E. M. F. A. de.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 593-606, 2014.

LONDERO, M. F. P; PAULON, S. M. Uma partida em qualquer porto, um navegar por mares loucos... **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 18, n. 3, p. 104-114, dez. 2018.



LOPES, T. M. *et al.* Breve histórico da inserção da saúde mental no território. In: GARCIA, L. G.; SANTOS, J. D. L. B. (Org.). **Saúde mental: abordagens e estratégias para a promoção do cuidado**. 2. ed. Palmas: EDUFT, 2021. cap. 3. p. 72-95.

MARQUES, A. A. D. V.; OLIVEIRA, R. W. de. Possíveis contribuições da psicologia na estratégia de saúde da família: interdisciplinaridade entre fazeres e saberes. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 6, n. 2, p. 39-58, dez. 2015.

MINAYO, M. C. S. de (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MORAES, P. H.; ZAMBENEDETTI, G. As tecnologias relacionais e a produção de itinerários terapêuticos em saúde mental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 908-928 set./dez. 2021.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.

PAULON, S. M. *et al.* “Eu sei o que é saúde mental!”: pesquisar e cuidar como fios da mesma trama. **Polis Psique**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 6-32, abr. 2018.

PEREIRA, É. L. *et al.* Medicalização do viver entre usuárias de psicotrópicos na atenção básica. **Polis Psique**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 51-71, ago. 2021.

PINHEIRO, O. G. de. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Cortez, 2013.

RASERA, E. F.; JAPUR, M. Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a Psicologia. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, p. 21-29, abr. 2005.

SANTOS, J. C. G. dos *et al.* Acolhimento aos pacientes com necessidades de saúde mental na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Iguatu - CE. **Revista de APS**, v. 23, n. 3, p. 485-501, 2021.

SANTOS, J. P. **A escuta qualificada-instrumento facilitador no acolhimento ao servidor readaptado**. 2014. 24 f. Monografia (MBA em Gestão de Pessoas) - Programa FGV in company, São Paulo, 2014.

SPINK, M. J. P.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Cortez, 2013. cap. 1. p. 1-21.

SPINK, M. J. P.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos de interpretação. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Cortez, 2013. cap. 4. p. 71-99.

SPINK, M. J. P.; CORDEIRO, M. P.; BRIGAGÃO, J. I. M. Práticas discursivas: uma estratégia construcionista de análise do discurso. In: GUIMARÃES, G. D. T.; PAULA, M. C. (Org.). **Análise de conteúdo e análise de discurso: reflexões teórico-metodológicas em diferentes vertentes**. Edua: Manaus, 2022. p. 137-147.

Submetido em: **25/10/2023**

Aceito em: **24/06/2024**