

Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários

Mental health care actions in the psychosocial care network viewed by users

Maria Inês Badaró Moreira

Universidade Federal de São Paulo. Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva. Santos, SP, Brasil.

E-mail: mibadaro@gmail.com

Rosana Teresa Onocko-Campos

Universidade Estadual de Campinas. Departamento de Saúde Coletiva. Campinas, SP, Brasil.

E-mail: rosanaoc@mpc.com.br

Resumo

O objetivo deste artigo é analisar ações em saúde mental a partir da rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. Usou-se metodologia participativa de quarta geração. De acordo com os resultados, os dados evidenciam desafios na implementação de ações de saúde mental na atenção básica e em diferentes pontos da rede psicossocial, visto que os usuários reconhecem a existência de uma rede de saúde, mas indicam acesso limitado a ela, pois entendem que as ações poderiam ser realizadas em espaços facilitadores de sua aproximação e inserção na comunidade. Há fragilidade na articulação e na efetivação de cuidados integrados nos serviços e, conseqüentemente, as demandas de saúde mental se mantêm centralizadas nos serviços especializados, demonstrando forte inibição do trabalho em rede. Conclui-se que os limites do trabalho em rede apresentam desafios no cotidiano dos usuários dos serviços e apontam outros desafios para a construção de novas possibilidades e avanços em direção à inserção social.

Palavras-chave: Saúde Mental; Usuários; Atenção Básica; Rede de Atenção Psicossocial; Avaliação Participativa.

Correspondência

Maria Inês Badaró Moreira

Rua Silva Jardim, 136, sala 218, Vila Matias. Santos, SP, Brasil.

CEP 11015-000.

Abstract

This study was designed to analyze actions in mental health from the psychosocial care network through the perspective of users. Fourth-generation participatory methodology was used. The findings highlight the challenges of implementing mental health services in primary care and in different points of the psychosocial network, as users recognize the existence of a health network but indicate limited access to it, because, as they see it, actions could be undertaken in spaces that would facilitate their inclusion and integration with the community. There is weakness in the articulation and in the implementation of integrated care plans in services and, consequently, mental health needs to remain centralized in specialized services, showing strong inhibition of the work in the psychosocial care network. We concluded that the limits of working in networks present challenges in the daily life of service users and in the construction of new possibilities and progress towards social inclusion.

Keywords: Mental Health; Users; Primary Health Care; Psychosocial Care Network; Participative Evaluation.

Introdução

A importância do acompanhamento dos usuários dos serviços de saúde mental em seus territórios existenciais, a partir da atenção básica, está em evidência (Vecchia; Martins, 2009; WHO, 2008). Por um lado, pesquisas mostram que o arranjo organizacional do trabalho em saúde com equipes de referência e apoio matricial pode produzir compromisso das equipes nos processos de trabalho e nos territórios em que atuam (Campos; Domitti, 2007; Dimenstein et al., 2009; Nunes; Jucá; Valentim, 2007), o que poderia levar ao envolvimento de trabalhadores dos diferentes equipamentos em busca de respostas para um plano de cuidados articulado no território do usuário. Por outro lado, a complexidade da atenção básica, que atende a 85% dos problemas de saúde, exige maiores esforços e tecnologias de cuidar e promove mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde (Mendes, 2011). As ações territoriais vêm constituindo intervenções bastante distintas e de desenhos potentes, com respostas a situações concretas da vida das pessoas (Silveira, 2012; Vecchia; Martins, 2009).

No que concerne à estrutura de serviços em redes, no desenho da Reorientação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) proposto pelo Ministério da Saúde (MS) em 2004, a composição organizativa trazia os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como elemento central e articulador das ações (Brasil, 2004). Podemos inferir que essa centralidade contribuiu para que as demandas de saúde mental fossem direcionadas prioritariamente aos CAPS. Além disso, esses serviços estruturaram-se de modo a responder às diferentes demandas que lhes chegavam. Em 2009, a proposta do MS de que o serviço se colocasse como articulador indicava um caminho em que o CAPS poderia viabilizar o cuidado em saúde mental, assumindo uma ação organizadora das ações construídas em conjunto com a rede de saúde (Brasil, 2011).

A partir da RAPS, em 2011, o MS propõe uma estruturação do modelo de cuidados em saúde a partir de ações da atenção básica em um desenho ampliado, convocando a participação de diferentes equipes para um trabalho articulado entre os seguintes equipamentos: atenção básica em saúde

(Unidades Básicas de Saúde, equipes Consultório na Rua), atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (Brasil, 2011).

Desse desenho atual, apreende-se que, com o CAPS como equipamento articulador central, as necessidades e demandas dos usuários são norteadoras de ações territoriais que servem de suporte para um plano integrado de cuidados em saúde. Paulatinamente, foi se promovendo um deslocamento proposto no plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica a partir das estratégias de saúde da família. Já no que se refere à atenção e à produção do cuidado em saúde mental, essa organização do trabalho em rede tem o intuito de potencializar a atuação das equipes de saúde inseridas na atenção básica, permitindo trocas de saberes entre os trabalhadores e maior articulação da rede de serviços, tendo em vista o cuidado ampliado para as necessidades dos usuários.

Entretanto, diferentes pesquisas apontam desafios para esta proposta ministerial ser colocada em prática (Moura; Silva, 2015; Rodrigues; Moreira, 2012; Silveira, 2012). A avaliação sobre a qualidade do acesso dos usuários da saúde mental à atenção primária em uma cidade paulista de grande porte (Onocko-Campos et al., 2014) indicou que, mesmo havendo um reconhecimento da atenção primária como porta de entrada para o sistema de saúde, o acesso ainda estava dificultado por questões organizacionais e estruturais (e até por barreiras pessoais) que obstaculizam o atendimento pretendido ou necessário. Os resultados indicam que, ainda que existam muitos ganhos, não há consolidação do modelo proposto, e que há oscilação de demandas polarizadas entre ações curativas e ações preventivas. Além disso, para muitos usuários, a ideia de acesso restringe-se ao acesso ao profissional médico.

A participação e a perspectiva dos usuários são fundamentais quando se faz uma análise cuidadosa sobre a política pública de saúde no país. Na década de 1990, o movimento inglês denominado *Nothing About Us Without Us* (“Nada Sobre Nós Sem Nós”) apresentou denúncias de usuários sobre práticas de pesquisa que ocorreram sem o conhecimento

dos participantes. Em vista dessas denúncias, o movimento reivindicou o envolvimento dos usuários em todos os níveis dos serviços a eles prestados e também nas pesquisas em que têm suas vidas como objeto de análise (Phillips, 2006).

Desse modo, o modelo participativo vem ganhando força e avançando rapidamente, demonstrando o importante papel de pesquisadores junto aos movimentos de usuários. Estudos que se orientam por essa perspectiva (Lopes et al., 2012; Onocko-Campos et al., 2013; Passos et al., 2013; Serpa et al., 2014) indicam que, a partir da inclusão efetiva em pesquisas, o usuário tem aumentado seu poder contratual e participativo em geral, uma vez que esse tipo de envolvimento o desafia a ser mais ativo política e civicamente.

Além disso, a participação do usuário ajuda a induzir mudanças nos métodos de pesquisa tradicionais e no modo de intervir e teorizar do setor. Por diferentes vias, tem-se buscado a colaboração e a participação ativa dos usuários como importante avanço nos debates para além das assembleias e de momentos consultivos. A experiência de inclusão de usuários de modo mais orgânico em pesquisas acadêmicas vem demonstrando efeitos que se estendem a outros aspectos da vida, como a estimulação da cidadania como reconhecimento da capacidade do sujeito em produzir-se a si mesmo (Passos et al., 2013; Pinheiro; Silva, 2011). Essas experiências têm sugerido outras aberturas possíveis para a participação em diferentes espaços da vida acadêmica.

Considerando os desafios da constituição do trabalho em rede e a problematização acerca dos métodos participativos de pesquisa, este artigo é fragmento de um estudo cujo ponto central foi uma análise realizada pelos usuários dos CAPS sobre as ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial, com destaque para as ações de atenção básica em saúde. É necessário destacar que, para este enfoque, considerou-se a urgência em desvelar os desafios dos serviços de atenção psicossocial a partir da perspectiva de seus usuários. Poucas vezes convidados a opinar e relatar suas experiências, os participantes deste estudo destacaram que jamais lhes direcionaram perguntas sobre como percebiam o trabalho, os serviços, as redes de atenção psicossocial ou sobre o modo como constroem suas relações

e suas conexões com o plano de cuidados desenhado ou por desenhar.

Objetivo

Apresentar o modo como usuários de diferentes centros de atenção psicossocial percebem possíveis ações de saúde mental na atenção básica a partir da rede de atenção psicossocial.

Método

A noção de participação em pesquisa em saúde é bastante polissêmica e tem se ampliado, sobretudo no que se refere ao vínculo entre participação e políticas públicas. A fim de evitar a degradação de políticas do Estado, formas de participação vêm sendo criadas e direcionadas aos processos de produção de conhecimento e avaliação de iniciativas públicas. Consoante com este modo de valorizar o participante, existe grande acúmulo e forte tradição de pesquisas sociais em que há envolvimento intenso de um grupo populacional na produção de dados, com intensas trocas entre o saber de especialistas e não especialistas.

A pesquisa-ação é um modelo segundo o qual uma comunidade trabalha e assume as decisões acerca de uma situação que a afeta, tendo por princípio o crescimento grupal e também individual. Trata-se de um modo de fazer pesquisa essencialmente político, que visa à promoção da cidadania e tem por foco os processos de exclusão social (Spink, 2007). Intrinsecamente associada a esse modelo está a pesquisa participante, compreendida como um “conhecimento coletivo, a partir de um trabalho que recria, de dentro para fora, formas concretas dessas gentes, grupos e classes participarem do direito e do poder de pensarem, produzirem e dirigirem os usos de seu saber a respeito de si próprias” (Brandão, 1983, p. 9-10). Este modo de pesquisar é considerado por Spink (2007, p. 9) como “um anticolonialismo epistemológico”, uma vez que, em busca de uma ressignificação política na forma de produção de conhecimento, vem sendo amplamente desenvolvido e divulgado no Brasil no âmbito da psicologia comunitária.

No campo da saúde, a pesquisa avaliativa tem lançado mão de variados modos de abordar as

questões sobre as quais se debruça, com a inserção de não especialistas e diferentes grupos de interesse em processos de avaliação (Minayo; Assis; Souza, 2005). Para Guba e Lincoln (2011), a avaliação não é um processo técnico de investigação e não se restringe a obtenção de dados. Por isso, a pesquisa de quarta geração abarca o nível dinâmico de negociação entre pessoas envolvidas de diferentes maneiras em um processo político, social e centrado em valores. Seus resultados, portanto, representam construções significativas dos atores para dar sentido às situações em que se encontram. Respeitados centros de pesquisa em saúde constroem seus trabalhos a partir da participação e da perspectiva do usuário dos serviços (Furtado et al., 2013; Onocko-Campos et al., 2008; Pinheiro; Martins, 2011).

No campo da saúde mental, desde a década de 1990, na Inglaterra, usuários de serviços de saúde vêm reivindicando maior participação nas decisões de gestão e na produção de conhecimento sobre a realidade em que vivem. O lema “nada de nós, sem nós”, criado por usuários de serviços de saúde mental, reflete a crescente expectativa - tanto do movimento de usuários como de grupos de pesquisadores - de maior envolvimento e participação também nas pesquisas (Phillips, 2006). No Brasil, existem importantes contribuições de metodologias participativas que confirmam sua importância para a compreensão das transformações decorrentes da estruturação do SUS e da necessidade de convocar os movimentos sociais a participar em diversas instâncias no âmbito da saúde (Bosi; Mercado-Martinez, 2010; Furtado; Campos, 2008; Pinheiro; Martins, 2011; Serpa et al., 2014).

O desenho de pesquisa utilizado foi inspirado em avaliações participativas em que o convite feito aos usuários dos serviços para que pudessem contribuir com análises visava superar processos comuns em que há evidente desnível entre sujeitos e participantes de pesquisas (Laperrière, 2008; Pinheiro; Silva, 2011).

Buscou-se a composição de grupos de participantes que fossem usuários de diferentes centros de atenção psicossocial nas cidades da Baixada Santista (SP). Os convites à participação foram dirigidos às pessoas que apresentaram interesse ou curiosidade sobre a temática e foram feitos

por uma das pesquisadoras em reuniões públicas, encontros sociais, movimentos sociais, eventos reivindicatórios e mobilizações diversas. A partir desses convites, deu-se a apresentação da proposta e o incentivo para que os participantes pudessem convidar outras pessoas voluntariamente, em amostragem por sistema de bola de neve (Vinuto, 2014).

Constituiu-se, assim, um grupo aberto, com doze participantes de idades entre 30 e 66 anos, de diferentes centros de atenção psicossocial localizados nas cidades de São Vicente e Santos, no litoral de São Paulo. Com periodicidade semanal, ocorreram, ao todo cinco, encontros em que foram montados grupos focais (Iervolino; Pelicioni, 2001; Kruger; Casey, 2009; Miranda et al., 2008).

Os grupos focais são usados amplamente na área de educação e saúde, mostrando-se adequados e pertinentes ao convite para uma avaliação participativa dos serviços. Eles permitem trazer à tona determinados temas que surgem na situação do grupo a partir do relato de um participante que acessa a lembrança de uma situação ou evento similar. Além disso, a situação de grupo proporcionou uma leitura das relações entre usuários de diferentes serviços, com distintas experiências de vida e níveis sociais e de instrução bastante díspares.

Os encontros iniciais contribuíram para a construção de vínculos e o levantamento de temáticas para os conteúdos dos grupos focais. Nesse período de apresentação da pesquisa, as perguntas norteadoras foram expostas ao grupo que debatia livremente sobre cada um dos temas.

Para dar início aos encontros, foram feitas três perguntas norteadoras que visavam aproximar os pesquisadores da realidade vivida pelos usuários. Foi perguntado aos participantes se participaram da elaboração de seu projeto terapêutico singular no CAPS, se acessam outros pontos da RAPS e quais outros espaços costumavam frequentar. Os encontros subsequentes constituíram-se a partir das demandas de assuntos trazidos pelos próprios usuários, que se originaram nos encontros iniciais e permearam diversos temas, tais como acolhimento ao usuário, abordagem em situação de crise, hospitalidade, plano terapêutico singular, apoio à família, apoio da família, rede afetiva, apoio social e cotidiano na comunidade, entre outros.

O desenho da pesquisa previa duas vias distintas de participação dos usuários, pois enquanto se levantavam e produziam reflexões sobre a temática central deste estudo - compreender o modo como usuários de diferentes centros de atenção psicossocial percebem como possíveis as ações de saúde mental na atenção básica a partir da compreensão da rede de atenção psicossocial - também se abria espaço para a produção de novos conhecimentos advindos do saber do participante. A partir desse modo de funcionamento, procedeu-se ao compartilhamento de conhecimentos sobre os diversos temas sugeridos pelos usuários.

O exercício analítico teve início em uma experiência de construção conjunta de narrativas (Miranda et al., 2008), para que a cada encontro a própria narração se tornasse um meio para novos olhares e elemento de novo debate para o grupo. Seguindo o desenho proposto por essas pesquisas, a análise exigiu a compreensão dos itinerários e das redes pessoais dos usuários, tal como indica Ricoeur (1988), afastando-se do que se pretende uma mera interpretação dos dados coletados. Buscou-se superar modelos explicativos dicotômicos entre compreensão e explicação, em busca de agenciamento entre os fenômenos numa construção narrativa. Nessa medida, o tempo e a ação não se ordenam cronologicamente na descrição linear do evento ou situação retratada. As narrativas, por sua vez, foram compreendidas como narrativas humanas, construídas em grupo pelos participantes da pesquisa e redigidas pelas pesquisadoras. Dessa maneira, a análise das narrativas construídas foi apresentada aos participantes e constituiu material fundamental para uma analítica fenomenológica hermenêutica (Gadamer, 1997) apresentada no início de cada um dos encontros.

Esse processo permitiu que os próprios usuários apontassem os temas mais relevantes, assim como o caminho para sua melhor compreensão, deixando o processo de produção da informação intimamente interligado ao momento analítico e proporcionando o nascimento de novas perguntas e objetivos para momentos seguintes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo sob o parecer nº 777.148/2014, em concordância com a Resolução nº 441/2011 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultado e discussão

O cenário em que se desenvolveu a pesquisa foi uma das cidades do litoral de São Paulo, na Baixada Santista. A Baixada Santista é composta por nove municípios localizados na região litorânea de São Paulo. Um dos marcos do início da reforma psiquiátrica no Brasil foi a intervenção, em 1989, na Casa de Saúde Anchieta, quando, com o fechamento das portas do hospital psiquiátrico, estruturou-se uma rede de acolhimento ao sofrimento psíquico a partir dos Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), com acolhimento 24 horas em sistema aberto e comunitário. Essa experiência estimulou a criação de serviços de saúde mental substitutivos à internação em diversos municípios da região (Campos; Henriques, 1997).

Apesar de manterem ampla rede de serviços de saúde, algumas cidades da Baixada Santista enfrentam desafios semelhantes aos de outros locais do país, uma vez que a região, nos últimos anos, tem convivido com a desvalorização e descaracterização dos serviços de saúde mental (Luzio; L'Abbate, 2006). Entretanto, as estruturas mantêm-se, e os serviços continuam funcionando, ainda que não prossigam o projeto inicial de saúde mental para o qual foram planejados ou produzam o efeito de seu trabalho original. Os investimentos atuais são bastante distintos nas cidades da Baixada.

Entre os participantes mais velhos, alguns deles internos “do Anchieta” no momento da intervenção, desde então assistidos nos equipamentos implantados por ocasião da reforma, há conhecimento das transformações ocorridas. Esses participantes relataram que sua chegada aos serviços deu-se por meio de internações em hospitais psiquiátricos, e que só posteriormente tiveram inserção direta nos recém-inaugurados CAPS. Em diferentes relatos, os participantes apontam aspectos positivos dos nascentes serviços; também compreendem que a transformação foi muito rápida, com *muitas coisas acontecendo ao mesmo tempo*; por isso, sentem que algumas vezes o atendimento *era pautado na cobrança pela melhora, num sentido de que a pessoa deveria fazer um monte de coisa, ter força de vontade e sair da crise* (P1), como exemplificado em depoimento de usuário durante a pesquisa. Ao analisar esse fragmento da narrativa, o grupo relata que o momento inventivo dos serviços

(com diversas inaugurações, ações e intenso trabalho dos profissionais para reinserção dos usuários) foi um importante momento de transformação.

Os participantes mais jovens construíram percursos diferentes e indicaram conhecer a existência de uma rede de serviços municipais. Um participante iniciou tratamento em um antigo ambulatório de saúde mental, sendo levado pelo irmão ao serviço especializado. Outros dois participantes disseram ter “inaugurado” os serviços de seus municípios, pois chegaram diretamente ao CAPS de sua cidade quando este estava sendo montado. Em momento mais recente, três participantes migraram de planos de saúde particulares para o CAPS. Um dos participantes teve internação em leito de hospital geral antes de chegar ao Centro de Atenção. Outro conheceu o serviço por meio de visita do agente comunitário da unidade de saúde de seu bairro. Os outros três chegaram diretamente aos serviços por demanda espontânea ou levados por familiares e amigos.

Ao dar relevo a uma rotina rica de encontros nos serviços de saúde mental e empobrecida de vida social, usuários valorizam o serviço como local importante de trocas, como nestes relatos: *minha rotina é o CAPS e minha casa. Em casa é levantar, tomar banho, tomar cafezinho, esperar almoço* (P5). Ou em outras palavras: *o espaço da gente fica restrito a nossa mente, nossa mente doente. Então o mundo fica limitado a nossa mente* (P3). Ou ainda neste depoimento de usuário durante o grupo: *E ficamos restritos, mas aí... vem o CAPS, tem os colegas, tem pessoas, tem gente diferente, tem estagiário, tem amigos* (P7). E, desse modo, descrevem que frequentam o CAPS do mesmo modo como alguém frequenta uma praia, um restaurante, um clube; confirmam um modo de viver repleto de encontros com profissionais e usuários do CAPS, mas pobre em relações para além deste espaço. E quando se referem a outros serviços, relatam: *A unidade? Tem perto de casa, acho que é. Quando eu preciso de dentista é para ir lá. Falo com o pessoal do CAPS. Eles me ajudam mais.* Ou neste relato: *Tenho problema de coluna e vou lá, mas eles me mandaram para o CAPS, só que lá só tem médico de cabeça, TO [terapeuta ocupacional] e psicólogo, né?* (P4)

Os usuários evidenciaram as diferenças entre eles e como sua história de vida foi se alterando até

chegar ao CAPS e mesmo depois de estar inseridos nele. Por isso indicaram que não percebem a articulação entre serviços básicos após a entrada em um serviço específico de saúde mental. Assim, ao entrar no CAPS, parecem ter saído da rede de saúde para não voltarem mais. Em suas falas, os entrevistados demonstram que o CAPS tem conseguido poucas parcerias com a atenção básica e sentem a necessidade de maior contato com suas famílias e com outros equipamentos de seus territórios, o que demonstra a dificuldade de articulação das ações de saúde mental na atenção básica. O estudo de Faria e Guerrini (2012) também aponta limitações, indicando a existência de um paradigma científico hegemônico no acolhimento ao sofrimento psíquico que coloca a integralidade como um novo problema epistemológico neste campo do conhecimento.

Neste estudo, usuários relataram a procura de cuidados em serviços diferentes sem referir-se ao outro equipamento de saúde, fragmentando a compreensão de sua história e do processo de sofrimento psíquico, assim como os efeitos em sua vida (consequentemente, não houve continuidade nas ações de um serviço após o outro). Outros, em razão dos próprios desafios pessoais, percorrem caminhos solitários e sem sucesso em busca de atendimento para suas outras demandas de saúde ou de qualquer tipo de ajuda. Nunes, Jucá e Valentim (2007) afirmam que, a despeito da aproximação das ações de saúde mental e saúde em geral e do estreitamento da relação mente/corpo indicarem certa mudança na visão do processo saúde-doença-cuidados, quando observa-se as ações realizadas percebe-se que a fragmentação ainda parece muito presente. Os desafios se apresentam nas duas direções, tanto do CAPS para a atenção básica quanto em sentido inverso. Um dos participantes, usuário do CAPS desde muito jovem, quando os centros foram inaugurados, sofreu recentemente um AVC que lhe deixou sequelas psicomotoras. Seu relato evidencia a fragmentação dos serviços:

O engraçado é que nunca viram que minha pressão era alta antes em mais de vinte anos. Agora tomo muito mais remédios que antes, fiquei com tanta dificuldade. Agora, nesta cadeira de rodas, vou atrás da fisioterapeuta para me ajudar, mas foi o CAPS

que conseguiu marcar para mim, eu não consegui indo lá sozinho (P1).

Uma análise realizada por Silveira e Vieira (2009) revelou que as estratégias de enfrentamento das demandas de saúde mental na atenção básica tendem à produção de cuidados intramuros, que privilegiam o *locus* do serviço em função da supremacia do modelo biomédico na organização das ações, o que acarreta o risco da ampliação do saber-poder psiquiátrico na vida das pessoas. Talvez por isso, e mesmo que em outro contexto, também reapareça com importância, na percepção dos usuários desta pesquisa, o cuidado intramuros, na medida em que os usuários relatam que, atualmente, ficar mais no interior do serviço é mais “prazeroso” do que as exposições e os convites a diferentes situações de encontros sociais que lhes eram propiciados anteriormente.

Na fala acima, o usuário faz referência ao AVC e diz estar presente em vários dias da semana em um serviço de saúde que jamais se atentou para o fato de ele apresentar elevação de pressão somada ao uso regular de múltiplos medicamentos. Um estudo de Rodrigues e Moreira (2012) que analisou a interlocução da saúde mental na atenção básica pela perspectiva dos trabalhadores, assinala que os próprios profissionais da atenção básica e também do CAPS revelaram enfrentar desafios no encontro entre processos de trabalho e serviços. Os argumentos dos trabalhadores entrevistados indicavam que as questões da saúde mental eram compreendidas como especificidade do campo psi respondidas pelos psicólogos e psiquiatras envolvidos (Rodrigues; Moreira, 2012).

A perspectiva revela a contradição de compreender o indivíduo em sua integralidade, uma vez que o sofrimento psíquico passa a ser compreendido como demanda de tratamento ou medicamento psiquiátrico. Apesar de os trabalhadores compreenderem que a inserção da saúde mental na atenção básica deveria ter como perspectiva a integralidade e o olhar ampliado sobre o sujeito, seguiam atuando em um nível especializado de intervenção e não se sentiam aptos a atender os casos de saúde mental. Outras vezes, profissionais da atenção básica buscavam o apoio matricial da saúde mental, no sentido de compreender o diagnóstico, o tratamento ou

encaminhamento, mas sem atentar a um plano de ação a ser construído no território.

Houve grande dificuldade, por parte dos participantes, em dizer em que outros espaços buscavam cuidados em saúde, ou mesmo em apontar em que outros locais a vida acontecia, como seguiam para além dos equipamentos de saúde ou que tipo de inserção tinham para além do CAPS. No fragmento de narrativa a seguir, fica claro este reconhecimento por parte dos usuários: *É só inserção no CAPS mesmo, estamos sempre lá. Só que chega uma hora que não faz mais sentido para a pessoa, mas ela não tem outros espaços para ir e fica só ali* (P5). Essa afirmativa aparece em um debate em que os usuários afirmam não conseguir se desvencilhar desse percurso que realizam todos os dias, indo de casa para o CAPS e do CAPS para casa. Eles mantêm seu núcleo de amigos no serviço, não indo a *lugarnenhum*. Sobretudo quando tentam buscar respostas às demandas de saúde em geral, se veem sem acolhimento nas unidades básicas de seus bairros, permanecendo no serviço especializado. Também na pesquisa realizada por Frateschi e Cardoso (2014) os participantes não identificaram a unidade básica como referência para o cuidado à saúde mental. Afirmaram que recorrem a este serviço como uma alternativa de ajuda, mas disseram não receber uma atenção continuada. Os participantes inferem que a UBS realiza encaminhamento dos usuários para o serviço especializado sem que seja explorado o leque de ações que compete a esse nível de atenção, o que faz com que pacientes circulem pelos serviços sem receber a devida assistência.

Os participantes almejam ampliação de suas vidas para além do Centro de Atenção, entretanto, se sentem inibidos socialmente, mantendo espaços restritos de trocas sociais, como explicitado neste depoimento: *[Minha] vida [é] restrita. Vou ao CAPS e no resto eu não saio muito não* (P3). Também enumeram alguns espaços possíveis para outras trocas, como a praia, as praças, os centros esportivos, ou a banca de jornal e a padaria. Indicam também a Seção de Reabilitação Profissional, setor responsável pela reinserção no mundo do trabalho, como espaço em que encontram outras pessoas, também usuárias de outros serviços de saúde.

Também foi levantada pelo grupo uma reflexão sobre as diferentes dimensões da vida, como família,

amizades, trabalho, lazer, educação e outros espaços em que podem ampliar a rede psicossocial. A maioria relata ter compromissos diários no serviço; poucos retratam responsabilidades ou afazeres fora dali. Um segue até a praia com certa frequência, outro pratica exercícios físicos em uma academia e outro aparece nos grupos de oração. Com esta análise, esses participantes destacam que, numa rede restrita aos serviços de saúde, em que muitas vezes o CAPS se mantém como único espaço de trocas sociais, sua vida não se expande pelo território. Pande e Amarante (2011) destacam uma nova cronicidade como um importante desafio a ser enfrentado pelos Centros de Atenção Psicossocial. Para os autores, o reconhecimento dos desafios a enfrentar e a consciência crítica são elementos que podem favorecer as transformações na atenção à saúde mental.

A partir dessa análise, confirma-se a necessidade premente de uma maior inserção no território, que permita o encontro com a vida e as necessidades concretas diante de situações cotidianas em que o sofrimento psíquico se faz presente. É um movimento necessário para desvencilhar-se de procedimentos isolados, que se mantêm afastados da realidade concreta dos territórios de existência dos usuários dos serviços e que servem como formas de controle e de manutenção da ordem, gerando empobrecimento da existência tanto de usuários quanto de profissionais (Kinker, 2012). Portanto, é imperativa a necessidade de superação de importantes pilares do modelo clínico sustentado nas noções de doença, tratamento em busca da cura e remissão de sintomas. Deste modo, deve-se lançar mão de pressupostos clínicos que se aproximem da vida concreta das pessoas que acolhe e das produções de modos de viver que são possíveis a elas. Para isso, é fundamental convocar novos atores para ativar outras formas de convívio, de estar junto e de viver em sociedade.

Algumas reflexões importantes dirigem-se à compreensão dos usuários sobre os processos de trabalho das equipes, por reconhecerem o trabalho e a sobrecarga dos profissionais com o cotidiano dos serviços, tomado pela imprevisibilidade que os leva a trabalhar em situações pontuais com resoluções de tarefas, em que tudo passa a ser urgência a ser respondida, e o planejamento ou o cumprimento do que se planejou perde importância na dinâmica

de “apagar incêndios”. Nesses relatos, o CAPS se apresenta repleto de demandas, tantas que muitas vezes suas novas necessidades se diluem e não são compreendidas em seus projetos de cuidado.

É fundamental estar atento a essas informações, que trazem dois nós capazes de contribuir para a compreensão do lugar do serviço de atenção psicossocial: ao compreender o CAPS como lugar de articulação e de manutenção do indivíduo em seu território, pode-se também prever o desafio da construção de um plano de cuidado que evite a cronicidade e amplie o olhar sobre a questão. Nesse sentido, ressalta-se a importância da escuta dirigida aos usuários para que eles possam apontar direções possíveis, indicando caminhos a seguir. Para alguns desses participantes, suas trocas protegidas no espaço do Centro de Atenção são potentes e articulam-se com o modo em que estão construindo suas vidas, contribuindo para que mantenham suas vidas cotidianas sem passar por novos desafios desestabilizantes.

Sabemos que é um risco trazer esta análise, ao indicar, para alguns usuários, ser esse um espaço protegido, como nos seguintes relatos: *Eu só vou à praia com as meninas [do CAPS], só quando elas vão. E vou no CAPS (P2); eu não vou sozinha aos lugares. Agora eu só venho aqui que é seguro (P6); lá em casa eu não fico. Eu fico direto no CAPS, eu só durmo lá em casa... Eu não queria falar, mas é que sou muito cismada (P2)*. Ao trazer sua contínua desconfiança dos lugares e pessoas vinculados a um certo modo de seu sofrimento psíquico, esse relato também nos permite valorizar o espaço protegido que, por vezes, os usuários sentem como necessário. É a partir desse lugar que novos encontros podem ir acontecendo e o sujeito que vive o sofrimento psíquico intenso pode ir construindo seus modos de viver sem se sentir apartado de suas relações. Se considerarmos as falas dos usuários e o modo como estão avaliando o trabalho nos serviços que frequentam, poderíamos apontar que uma importante iniciativa a ser levada a cabo pelos trabalhadores dos CAPS pode ser a do avanço em direção a uma ampliação das relações a partir das interações já construídas com os usuários, adentrando, assim, nas vias do território para lançar os usuários em novas possibilidades e encontros.

Do mesmo modo, o espaço protegido do serviço poderia favorecer a sensação de segurança em

outros espaços, ao ampliar o conforto sentido junto aos trabalhadores a partir de trocas que poderiam se expandir para outras situações da vida cotidiana em outros espaços sociais. Nesse caso, o grupo que se estruturou a partir da pesquisa passou a frequentar outros locais e iniciou relações importantes para a construção de novos processos de trocas sociais. No entanto, essa mesma informação pode sugerir uma dependência do usuário em relação ao serviço se ambos ficarem reféns desse *bom lugar* (P2) que foi construído, às vezes com muita dificuldade, para aquele que vivencia grande dificuldade de estar em espaços amplos e manter contatos sociais. Por outro lado, também pode se tornar confortável para o trabalhador repetir e aceitar essa condição de certa dependência do serviço como única possibilidade de espaço para sua atuação, restringindo sua intervenção ao equipamento de saúde.

As reflexões dos usuários indicam uma contradição importante que precisa ser enfrentada, pois, ao ser levantada a temática sobre os poucos espaços de encontros, os participantes problematizam uma ambiguidade que detectam e vivenciam, já que há desafios pessoais mesclados aos desafios das equipes, como na lembrança estimulada pela música “Debaixo d’água”, de Arnaldo Antunes (2001). A canção foi trazida por uma participante (P8), gravada em seu celular. Foi cantada, lida e lembrada diversas vezes, sempre que o tema retornava. Por vezes, cumpriu o papel de fundo musical que se expandia a cada fala sobre o tema, como nos relatos a seguir: *Debaixo d’água para mim é o CAPS, onde é tudo legal, debaixo d’água, lá. Mas só que temos que respirar. Tem que sair de lá e respirar. [...] Essa música tem muito a ver com a nossa vida mesmo (P8); Debaixo d’água é como ficamos: salvos, sem pecado. Mas tinha que respirar. Lá dentro tudo é tão confortável como debaixo d’água (P10); Então, tinha que respirar, tinha que respirar (P8)*.

Relatos como esse indicam que há um longo caminho a ser percorrido, pois, em diversas falas, os usuários por um lado valorizam as amizades construídas no CAPS, o local acolhedor, a atenção que recebem dos profissionais e as trocas realizadas intramuros em diferentes oficinas e sessões de cinema nas quais seguem em companhia de outros usuários ou em atividades de abertura para espaços

públicos; por outro lado, esse local de conforto também pode ser um espaço de restrição para outras trocas possíveis, aquelas indicadas como trocas de bens, mensagens e afetos necessários para ampliar a autonomia (Kinoshita, 2001), mais eficazes para a reabilitação psicossocial e possibilitadas apenas pela exposição a diferentes lugares e pelas trocas sociais com outras pessoas.

Nesse cenário, seria fundamental pensar em como produzir projetos que possam ser acolhedores, desafiadores e capazes de intervir positivamente na vida dos usuários, em propostas que incluam a consideração do modo como o sofrimento psíquico incide sobre a vida das pessoas e, ao mesmo tempo, produzam novos desafios na construção de um espaço mais amplo para viver. Propostas, enfim, que construam novas relações a partir daquelas já consolidadas.

Em diversos relatos, os participantes desta pesquisa confirmam que a nosologia ainda sustenta o plano de cuidados e é o que os mantém “ligados” ao CAPS. Muitas vezes, a sintomatologia ou o código de adoecimento prevalece sobre a fala ou sobre aquilo que pretendem levar aos profissionais. Algumas importantes falas, que poderiam ser consideradas como sugestões ou mesmo como indicativos para uma revisão de planos terapêuticos, são ouvidas como lamentos, reclamações, ou ainda como exacerbação negativa do quadro clínico. Em consequência, as ações da equipe, muitas vezes, dirigem-se à necessidade de remissão sintomática, e suas falas permanecem silenciadas em função da relevância dada a seus sintomas. Este fato sugere que as respostas apontadas pelas equipes ainda estão sustentadas pela perspectiva médico-biológica de compreensão dos fenômenos do sofrimento psíquico, que parece não coincidir com o que deveria ser o objeto de trabalho nesse novo contexto: a existência-sofrimento em relação com o social. Ao se efetivar um plano de cuidados em saúde mental pode-se reconhecer que o sentido de cuidar deve ser desenvolvido de tal forma a ampliar os espaços de existir e realizar trocas afetivas. Esse é um desafio constante para o desenho dos planos terapêuticos singulares que buscam cuidar para que o sofrimento não iniba a vida das pessoas.

Além disso, poderia se reconhecer que o sentido de cuidado deve ocorrer em qualquer um dos pontos da rede de saúde, e, sobretudo, que esse sentido

deve se concretizar como um modo de cuidar que não abandone as pessoas à própria condição de sofrimento e, ao mesmo tempo, evite a imposição de desejos e objetivos outros que não lhes pertençam, possibilitando, assim, a descoberta de um caminho em que a vida de quem vivencia a condição de sofrimento psíquico seja colocada no centro de todo trabalho em saúde, independentemente do lugar ao qual a pessoa esteja vinculada. Mais do que isso, esse sentido deflagra a necessidade de modos de cuidar em que os projetos de vida sejam levados em conta, para que a partir deles seja possível produzir ações transformadoras não só das dimensões da vida de pessoas afetadas pela vivência de um sofrimento psíquico, como também de trabalhadores envolvidos na área. Talvez essa seja a concretização do ideário máximo de transformação social e da utopia de uma realidade possível em que a vida em liberdade também possa ser terapêutica.

Considerações finais

Ao iniciar esta pesquisa, tinha-se o objetivo de conhecer e analisar o modo como os usuários de diferentes centros de atenção psicossocial percebiam as ações de saúde mental na atenção básica. Entretanto, por força do caminho metodológico escolhido para dar resposta ao reclame de “nada de nós, sem nós”, a pesquisa foi sendo conduzida para desafios cotidianos, e novos horizontes se abriram. Em falas recorrentes de usuários, foi possível perceber que, independentemente do equipamento de saúde em que seja acolhido, o sujeito que vivencia um sofrimento psíquico ainda almeja ser visto como um cidadão comum em busca de respostas para suas diferentes demandas de saúde, e não como um portador de determinado “adoecimento”.

Ainda quando orientam suas demandas de saúde em geral para os trabalhadores do CAPS (por causa da confiança), os usuários buscam ser compreendidos nas diferentes dimensões de sua vida, afetada pela condição em que vivem.

A herança do modelo clínico hegemônico perpetuado nos pontos de atenção indica que vigoram ainda paradigmas simplificadores do sofrimento humano que esvaziam a escuta do sofrimento e suas consequências na vida concreta do usuário em prol

de uma supervalorização do diagnóstico, na busca de respostas queixa-conduta.

Um dos elementos que pode contribuir para uma ruptura com esse modelo de clínica seria o afastamento de pressupostos ontológicos que concebem a vida a partir da estabilidade e a aproximação da compreensão da complexidade do sofrimento psíquico, de suas consequências para a vida concreta das pessoas e de seu contexto. A partir dos relatos, pode-se afirmar que os limites do trabalho constitutivo de uma rede de atenção psicossocial podem ser compreendidos como um dos grandes desafios encontrados pelos usuários na construção de novos modos de vida a partir da construção de novas trajetórias e avanços em direção a uma ampla inserção social.

É importante também destacar que, do ponto de vista metodológico, a tentativa de responder a uma reivindicação dos próprios usuários de se fazerem presentes e participarem dos debates sobre temas que os envolvem diretamente possibilitou a construção de relações intensas. O que insinua que esta perspectiva traz à tona aspectos muito particulares e se diferencia de metodologias tradicionais de pesquisa em saúde, na medida em que, dentre suas contribuições, destaca-se o desejo de inserção em diferentes espaços que possibilitem trocas de conhecimento e produções coletivas que visam à compreensão das situações vividas e compartilhadas.

A pesquisa foi se tornando cada vez mais relevante para os participantes, que, ao se apropriarem dos temas e conhecerem seus aspectos teóricos, se sentiram mais autorizados a discutir, debater e defender suas opiniões até mesmo em reuniões e assembleias. Assim, o envolvimento do usuário demonstrou-se um princípio básico para que se possa manter a participação nas etapas seguintes desta modalidade de pesquisa.

O trabalho desenvolvido neste estudo indicou, para além de um processo de avaliação participativa, o avanço de uma metodologia que mantém a intenção emancipatória. Esse grupo mostrou que sua experiência é o conhecimento fundamental a ser compartilhado em busca de preceitos de reciprocidade e capacitação requeridos por uma pesquisa que pretende avançar além dos espaços acadêmicos. Ao apresentar as considerações finais do processo desta pesquisa

participativa, os usuários-participantes construíram projetos de vida com propostas que se estruturam em novos desenhos de trajetórias expansivas que sequer imaginaram anteriormente, mas que, a partir da experiência que tiveram, puderam visualizar como possível. Essas propostas foram socializadas e inseridas em um planejamento bianual; para além do que já decidiram no campo deste trabalho, os participantes definiram a manutenção da participação como informantes em outras pesquisas, revelando também o desejo de sugerir temas, coletar dados, discutir resultados e produzir novos textos. No ensino, manifestaram o desejo de participar de aulas de saúde mental oferecidas pela universidade, sugerindo que essas aulas poderiam ocorrer em espaços abertos, fora do espaço acadêmico.

Referências

- ARNALDO ANTUNES. Debaxo D'Água. Intérprete: Arnaldo Antunes. In: ARNALDO ANTUNES. *Paradeiro*. Gütersloh: BMG, 2001. Faixa 6.
- BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. Modelos avaliativos e reforma sanitária brasileira: enfoque qualitativo-participativo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 566-570, 2010.
- BRANDÃO, C. R. *Pesquisa participante*. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. 2004. Disponível em: <<https://goo.gl/Afh27d>>. Acesso em: 26 abr. 2017.
- BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 dez. 2011.
- CAMPOS, F. C. B.; HENRIQUES, C. M. P. (Org.). *Contra a maré, à beira-mar: a experiência do SUS em Santos*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para

- gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.
- FARIA, M. L. V. C.; GUERRINI, I. A. Limitações do paradigma científico hegemônico no acolhimento ao sofrimento psíquico na atenção básica. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 779-792, 2012.
- FRATESCHI, M. S.; CARDOSO, C. L. Saúde mental na atenção primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 545-565, 2014.
- FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. O. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2671-2680, 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/mdrFZ9>>. Acesso em: 3 abr. 2017.
- FURTADO, J. P. et al. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 102-110, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/EwVdZY>>. Acesso em: 3 abr. 2017.
- GADAMER, H.-G. *Verdade e método*: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Avaliação de quarta geração*. Campinas: Unicamp, 2011.
- IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista da Escola Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001.
- KINKER, F. S. Encontro terapêutico ou processo-metamorfose: desafio dos serviços territoriais e comunitários. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 695-701, 2012.
- KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-59.
- KRUGER, R. A.; CASEY, M. A. *Focus Groups: a practical guide for applied research*. 4. ed. Thousand Oaks: SAGE, 2009.
- LAPERRIÈRE, H. O caso de uma comunidade avaliativa emergente: reapropriação pelos pares-multiplicadores da apreciação de suas próprias ações preventivas contra DST/HIV/Aids, Amazonas, Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 527-540, 2008.
- LOPES, T. S. et al. O processo de restabelecimento na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtorno do espectro esquizofrênico e de psiquiatras na rede pública de atenção psicossocial. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 558-571, 2012.
- LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: São Paulo, Santos e Campinas. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 281-298, 2006.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- MIRANDA, L. et al. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 249-277.
- MOURA, R. F. S.; SILVA, C. R. C. Saúde mental na atenção básica: sentidos atribuídos pelos agentes comunitários de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 35, n. 1, p. 199-210, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/7vAhdu>>. Acesso em: 26 set. 2016.
- NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no programa de saúde da família: confluência e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. (Org.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2008.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2847-2857, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, p. 252-264, out. 2014. Número especial.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011.

PASSOS, E. et al. O Comitê Cidadão como estratégia congestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2919-2928, 2013.

PHILLIPS, R. Consumer participation in mental health research. *Social Policy Journal of New Zealand*, n. 27, p. 171-182, mar. 2006.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011.

PINHEIRO, R.; SILVA, A. G. Jr. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. p. 37-52.

RICOEUR, P. *Interpretação e ideologias*. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

RODRIGUES, E. S.; MOREIRA, M. I. B. A interlocução da saúde mental com a atenção

básica no município de Vitória - ES. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 599-611, 2012.

SERPA, O. Jr. et al. Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1053-1077, 2014.

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

SILVEIRA, E. R. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2377-2386, 2012.

SPINK, M. J. P. Pesquisando no cotidiano: recuperando memórias de pesquisa em Psicologia Social. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 7-14, 2007.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 151-164, 2009.

VINUTO, J. A amostragem de bola de neve em pesquisa qualitativa: um debate aberto. *Temáticas*, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Integrating mental health into primary care. A global perspective*. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/z5AQ1d>>. Acesso em: 8 ago. 2014.

Contribuição das autoras

Ambas as autoras contribuíram para a elaboração deste artigo.

Recebido: 26/10/2016

Reapresentado: 04/04/2017

Aprovado: 05/04/2017