

Pesquisa Qualitativa e Fenomenológica em Saúde Mental: Mapeamento como Proposta de Método Descritivo

Bruno Jardini Mäder¹ , Adriano Furtado Holanda^{1,*} , & Ileno Izidio da Costa² 

¹ Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil

² Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil

RESUMO – O modelo de Atenção em Saúde Mental vem sendo discutido no Brasil há décadas. Nos últimos anos, passou da atenção hospitalar para Atenção Psicossocial territorializada, modelos que convivem lado a lado, demandando conhecer como se arranjam os processos assistenciais. Este trabalho apresenta o método fenomenológico como potencial para esta compreensão. Discute-se o objeto da pesquisa em Saúde, seus limites e desafios com a mudança no perfil da população e seus hábitos. Aborda o conceito de Saúde Mental em sua esfera subjetiva e heurística – o vivido – e sua possibilidade de conhecimento pela pesquisa fenomenológica. Apresenta-se a Rede como um processo de comunicação vivido pelos seus componentes, e propõe o Mapeamento como método descritivo de pesquisa e conhecimento da Saúde Mental.

PALAVRAS-CHAVES: mapeamento, fenomenologia, saúde mental, atenção psicossocial

Qualitative and Phenomenological Research in Mental Health: Mapping as a Proposed Descriptive Method

ABSTRACT – The Brazilian Mental Health Care model has been discussed for four decades. In recent years, it has shifted from hospital care to a community Psychosocial Attention. Both models coexist, demanding to know how care processes are delivered. This study proposes a qualitative and phenomenological method enough to understand this composition. To this end, we discuss the object of health research, its limits and challenges with the change in population profile and habits, address the concept of Mental Health in its subjective and heuristic sphere - *the experience* - and its possibility of knowledge through phenomenological research. As a result, we present *Network* as a communication process experienced by its components. Mapping is proposed as a descriptive method of research and knowledge in Mental Health.

KEYWORDS: mapping, phenomenological, mental health, psychosocial attention

O modelo de Atenção à Saúde Mental vem sendo discutido no Brasil há pelo menos quatro décadas. Neste processo, foram realizados congressos, experiências, movimentos, conferências de saúde e publicações sobre diversos temas, entre outros, a noção de transtorno mental, a oferta de serviços e terapêuticas, o modelo assistencial e a promoção de direitos (Amarante, 2007). O marco legal principal desta discussão é a Lei 10.216/2001, que redefiniu o modelo assistencial, quando substituiu a atenção hospitalar por outra territorializada e descentralizada. Esta substituição, entretanto, não se efetivou por completo. Hoje temos a regulamentação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que convive com a atenção hospitalar psiquiátrica.

Faz-se necessário, portanto, conhecer essa realidade, como se organiza a Atenção à Saúde Mental em transição, suas dificuldades e suas potencialidades.

Neste trabalho, apresentaremos uma proposta de pesquisa qualitativa e descritiva, notadamente o Mapeamento. Para este objetivo é preciso refletir sobre as práticas de conhecimento em Saúde e seus alinhamentos teóricos e ideológicos (Almeida Filho, 2000, Ayres, 2007). Desta forma, procuramos nos desvencilhar das práticas de pesquisa em Saúde para as quais a escolha de um objeto é acompanhada de um método que já o conhece e que se dispõem à verificação do mesmo (Giorgi, 1985). Assim, a tese aqui apresentada é a que uma pesquisa deve ser conduzida prioritariamente pelo

* E-mail: aholanda@yahoo.com

■ Submetido: 08/09/2016; Revisado: 07/03/2018; Aceito: 08/09/2018.

objeto a ser estudado, e não pelo *método*. Em outras palavras, o modelo tradicional tendo a delimitação metodológica em primeiro plano, escamoteia os resultados por estes se dirigirem a um modelo *a priori*, perdendo importantes dados que aparecem no contexto da pesquisa.

Torna-se, portanto, imperativo investigar o objeto da pesquisa em Saúde e as formas de conhecimento e aproximação deste. Para tanto, discutiremos o objeto

da epidemiologia (disciplina eixo da Saúde Pública) e seus desafios contemporâneos com a mudança no perfil da população e seus hábitos. Em seguida, abordaremos o conceito de Saúde Mental em sua esfera subjetiva e heurística – o **vivido** – e sua possibilidade de conhecimento pela pesquisa fenomenológica. Finalmente, apresentaremos o Mapeamento como forma de pesquisa e conhecimento em Saúde Mental.

O OBJETO DA PESQUISA EM SAÚDE

A proposição de que saúde é um direito de todo cidadão e dever do Estado, disposto na Constituição Federal, é resultado de um movimento internacional que teve grande repercussão no Brasil. Este movimento propunha ultrapassar a noção de Saúde como o “silêncio dos órgãos”, composta por determinantes sociais e psicológicos, além dos físicos e biológicos (Scliar, 2007). Esta proposta implica numa ampliação da prática biomédica para uma prática biopsicossocial, acolhendo os cidadãos em suas necessidades globais e relacionais com uma compreensão holística de sujeito (Engel, 1977). Assim, as Políticas Públicas de Saúde reúnem o desafio contemporâneo de assegurar, não apenas o acesso a serviços de saúde qualificados, como também a identificação dos fatores que colocam em risco a saúde dos cidadãos. Neste sentido, nas últimas décadas, temos observado esforços para que a saúde seja encarada como um direito e para que as práticas dos profissionais de saúde se desalojem do modelo biomédico, ampliando-o. A orientação fundamental é que

o novo modelo de atenção deve resultar na ampliação do enfoque do modelo atual, alcançando-se, assim, a efetiva integralidade das ações. Essa ampliação é representada pela incorporação, ao modelo clínico dominante (centrado na doença), do modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes (Brasil, 1996).

A ciência epidemiológica, por sua vez, reúne possibilidades de identificar condições ambientais e sociais no processo saúde-doença,

(...) em coletividades humanas, analisando a distribuição e fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à Saúde coletiva, propondo medidas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e construindo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de rotina, em consonância com as políticas de promoção da saúde (Rouquayrol, 2012, p.345).

Esta disciplina caracteriza-se como instrumental fundamental para a organização da Saúde Pública. Historicamente, especialmente a partir do século XVIII,

a epidemiologia surge como método muito eficaz de se trabalhar com a disseminação de doenças, identificar seus ciclos e transmissão. Variola, malária e febre amarela foram enfrentadas apoiadas ao pensamento epidemiológico (Carvalho, 2003). O pensamento epidemiológico é capaz de identificar condições sociais que representam risco para a Saúde dos cidadãos. Neste sentido, tem um impacto intersetorial, pois indica mudanças importantes além do setor saúde (como saneamento, habitação, previdência).

As mudanças nos padrões de comportamento da sociedade, especialmente a partir da segunda metade do século XX, influenciam também as necessidades de saúde da população: um declínio das doenças infecciosas é acompanhado de um novo olhar sobre o perfil de morbimortalidade da população com o crescimento de doenças com complexas redes de multicausalidade, e determinantes como a nutrição, o ambiente e os modos de vida (Carvalho, 2003).

Apontamos, senão um limite, um desafio para a epidemiologia, uma vez que não se trata de apenas ciclos de transmissão, mas de doenças com multicausalidade como as doenças crônicas não transmissíveis e os transtornos mentais, em face de seus determinantes sociais, pessoais, subjetivos e econômicos.

Neste ponto, delimitamos uma questão pertinente: A epidemiologia é fundamental para estruturação de políticas públicas, afinal, com seus métodos e resultados, antecipa-se a manifestação dos sintomas, trabalhando pela prevenção. Indica como modificar o ambiente ou as condições de vida de determinada população ou território incidindo na diminuição do risco de adoecimentos ou agravos. Assim, a epidemiologia age diretamente contra as doenças, promovendo ambientes menos propensos ou menos arriscados ao surgimento de doenças. O limite deste raciocínio para a Saúde é encontrado na medida em que, para que se promova saúde, referenciamos-nos pela doença que se procura controlar. A noção de risco (ou ausência de riscos) assume certa centralidade, e, assim, promover saúde equivale a extinguir os riscos para a população (Almeida Filho, 2000).

Vemos em Carvalho (2003), que a epidemiologia é comumente definida como o estudo dos determinantes do processo de saúde-doença em grupos populacionais; que a discussão de seu objeto está circunscrita à compreensão do que

é doença e em sua manifestação no indivíduo e nas populações. Considera as manifestações anatomofisiopatológicas (sinais e sintomas), dentro de padrões razoavelmente estáveis, essenciais para as identificações de doenças e que os aspectos sociais e econômicos são acessórios, intervenientes. Almeida Filho (2000) indica uma crise em seu objeto, vez que a epidemiologia perdeu a “segurança da segurança da doença e da causalidade, da bioestatística e do conceito de risco, da terapêutica precoce e da profilaxia” (p. 5).

Vale revisitar o conceito de Saúde e nos perguntarmos se, para objeto de intervenção da epidemiologia, poderia ser feita a seguinte analogia: se para o indivíduo, saúde seria o silêncio dos órgãos, para a população a saúde seria o silêncio dos riscos. Ora, como abranger as dimensões psicológicas, sociais e culturais na formulação das políticas de saúde? Ademais, como acolher a transitoriedade histórica desses conceitos?

Almeida Filho (2000) constrói uma crítica demonstrando que o “objeto epidemiológico tem sido construído obedecendo a uma lógica conjuntista, pseudo-probabilística, monótona, que não faz justiça à riqueza e complexidade dos fenômenos da saúde” (p. 7). Aponta ainda que o objeto-modelo da epidemiologia é generalista e que, ao debruçar-se sobre uma população, homogeneiza e universaliza seu objeto, ideologizando-o, evidenciando uma dificuldade metodológica para a Epidemiologia, ao questionar se a função de conhecer a heterogeneidade de uma população é desempenhada pela Clínica ou pelas Ciências Sociais.

Aponta-se assim a necessidade de se construir outro objeto-modelo para atingir este fim. “O objeto possível da saúde-doença-cuidado é um desses objetos heurísticos complexos, plurais e sensíveis aos contextos, que só se define em sua configuração total, já que a apreensão de

cada um dos seus elementos e dimensões não nos dá acesso à integralidade este objeto” (Almeida Filho, 2000, p. 17).

A polarização entre Saúde-Doença como coisas diferentes (Saúde não é doença *versus* doença não é saúde, promoção de Saúde *versus* prevenção de doenças) obscurece a dimensão positiva de Saúde (Ayres, 2007). Se podemos compreender a manifestação das doenças nos indivíduos com certa regularidade e normatividade, não encontramos a mesma possibilidade na dimensão positiva de saúde. Esta está relacionada ao dinamismo da vida e da busca própria de cada um sobre sua saúde. Isto posto, a questão para a saúde não é apenas escolher um modelo, centrado na doença ou na promoção de saúde, pois elas não estão em planos diferentes. Há que se conhecer a configuração de sujeitos/ intersubjetividades e não mais construir objetos/objetividade (Ayres, 2007).

Saúde, portanto, seria algo que as pessoas reencontram a cada momento que a vida e o novo se tensionam, fazendo com que o indivíduo precise se reacomodar. As dimensões subjetivas de expressão da Saúde seriam um processo encontrado coletivamente, em diferentes épocas e grupos sociais, e entre os diferentes indivíduos em um dado tempo e local (Ayres, 2007). Nada inédito até aqui, visto encontrarmos grande parte dessa discussão em autores da Antropologia Social (como Benedict, Gilberto Velho ou Becker, dentre outros) ou mesmo a partir de Canguilhem (Faria & Holanda, 2017). Circunscrever o objeto da saúde é um desafio metodológico para a epidemiologia mas também para outras disciplinas assim como para a psicologia e para a saúde pública. Por outro lado, pela natureza heurística deste objeto podemos encontrar na pesquisa qualitativa uma possibilidade de aproximação desta dimensão subjetiva. A investigação em Saúde Mental indica caminhos.

O OBJETO DA PESQUISA EM SAÚDE MENTAL

A questão sobre o objeto da Saúde tem lugar cativo na Saúde Mental, posto que a noção de doença mental e de assistência vem sendo discutida há algumas décadas. A própria compreensão de doença entra em xeque. A Atenção à Saúde Mental não serve apenas àqueles que apresentam um quadro sintomático que reúne critérios para identificar uma doença mental, mas a todos que apresentam algum tipo de sofrimento, passível de um cuidado que se caracterize pela relação intersubjetiva, e que transcenda os aspectos físicos e biológicos como foco (Costa, 2014).

A pesquisa epidemiológica em Saúde Mental enfrenta alguns desafios e dificuldades ligados aos instrumentos de coleta de dados, sua validade e confiabilidade. Instrumentos qualitativos, como a entrevista clínica e a observação participante, apesar de apresentarem adequada aproximação ao objeto, são abertos e contam com a influência efetiva do entrevistador/observador, sendo difícil sua padronização e

a medição de sua validade (Almeida Filho, Santana & Mari, 1988; Ayres, 2002, 2007).

Os instrumentos mais pragmáticos, fechados, de aplicação mais simples evoluíram significativamente nas últimas décadas. Eles permitem a medição da validade operativa e se aproximam dos estudos tipicamente epidemiológicos. Porém, ainda há necessidade da disseminação do conhecimento teórico e prático dos instrumentos. Além disso, são baseados em padrões de referência, cuja definição é arbitrária e a determinação dos sintomas depende da subjetividade do avaliador (Gorenstein & Wang, 2016). Na pesquisa em Saúde Mental com população infanto-juvenil, Fleitlich & Goodman (2000) apontam dificuldades nos procedimentos de coleta como a compreensão das perguntas dos questionários pelos entrevistados, a necessidade de múltiplos informantes e um método para combinar as informações. Destacam a importância da medida do impacto dos sintomas na vida

das crianças e adolescentes, indicando que a intensidade das manifestações é uma questão para a classificação diagnóstica em saúde mental como um todo. Enfatizamos que a visão (a percepção ou significação) de outras pessoas é um dado relevante sobre a Saúde de um sujeito.

Esta visão encontra amparo na proposta de Amarante (2007), em que Saúde Mental é composta por quatro dimensões: teórico-conceitual, sociocultural, jurídico-política e técnico-assistencial. Desta forma, o objeto da saúde mental pode ser abordado pela forma assistencial pesquisando intervenções e seus efeitos, mas estas carregam em si uma dimensão teórico-epistemológica que precisa ser abordada. Para Almeida Filho, Coelho e Peres (1999) o conceito de saúde mental compreende um objeto que implica:

(...) emprego, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, qualidade de redes sociais, equidade, enfim, qualidade de vida. Por mais que decrete o fim das utopias e a crise dos valores, não se pode escapar: o conceito de saúde mental vincula-se a uma pauta emancipatória do sujeito, de natureza inapelavelmente política. (p. 123)

Ayres (2007) aproxima-se desta concepção ao relacionar a prática em saúde com projetos de felicidade. A atenção em Saúde não deve pautar-se num enfoque instrumental para a qual há um sujeito-alvo, mas promover o compartilhamento de ações na qual os sujeitos (profissionais e usuários)

possam ser autênticos e encontrarem soluções convenientes para suas necessidades (realização no trabalho e alívio do sofrimento, p. ex.). Felicidade, aqui, aparece como “um ideal eminentemente político, reconstruído histórica e socialmente o tempo todo a partir de nossas interações e dos conteúdos concretos do que se vai, singularmente, cada vez entendendo por felicidade” (p. 56).

Assumimos então que, em Saúde Mental, quando tomamos como objeto a doença ou a manifestação de sintomas, estamos nos propondo a conhecer apenas uma parte do campo. Ademais, ao elegermos um objeto, nos colocamos alinhados a uma estrutura compreensiva ideológica. Não refletir sobre estas questões faz com que a pesquisa recaia numa verificação do objeto já conhecido. Resta-nos o desafio de conhecer as outras dimensões que compõem Saúde Mental, além da técnico-assistencial.

Não se pretende, neste trabalho, afastar a importância do método epidemiológico para Saúde Mental, afinal, é efetiva em muitos aspectos como apontar incidência e prevalência de transtornos mentais, de chamar a atenção para populações vulneráveis e aprofundar as ações para questões como, por exemplo, suicídio e automutilação, que enfrentam resistências na política de Saúde. Por outro lado, mantém-se a necessidade e o desafio de conhecer outras dimensões, que vão além dos sintomas e transtornos diagnosticáveis. Mais ainda, para além de conhecer, propor políticas públicas para a população, de maneira segura e efetiva, sob esta postura.

UMA CONTRIBUIÇÃO FENOMENOLÓGICA E DESCRITIVA PARA A SAÚDE

Visto que estamos colocando Saúde Mental como “um conceito inapelavelmente político e interacional, como um objeto heurístico complexo, plural e sensível aos contextos” (Almeida Filho, 2000, p. 17), enfatizamos a implicação subjetiva que o compõe. Outrossim, tanto na pesquisa acadêmica quanto na atuação profissional, a definição do objeto da pesquisa ou do objeto de intervenção reproduz a postura do pesquisador frente à ciência e a produção de conhecimento. Adotamos aqui a postura de investigação fenomenológica que envolve “o sujeito do pesquisador, ou seja, o *sujeito-pesquisador*, não apenas pela ótica da participação enquanto intérprete de sentido, mas como engajamento concreto deste no ato de pesquisar, o que implicaria em discutir o sentido da própria escolha de objeto de pesquisa” (Holanda, 2003, p. 175, grifo nosso).

Isto posto, o pesquisador em Saúde Mental, especialmente aquele implicado nos aspectos subjetivos do conceito, precisa conhecer o engajamento em seu ato para não inadvertida e simplesmente reproduzir um objeto previamente dado. Desta forma, a identificação de nosso conhecimento prévio sobre o objeto de pesquisa serve para “colocá-los entre parênteses”. Reforçamos, com Giorgi (2006), que

1) O pesquisador deve colocar entre parênteses seu conhecimento prévio pessoal e todo seu conhecimento teórico, ou seja, deixar de lado o que for possível, aquilo que temos lido ou mesmo reproduzidos, a fim de achar a melhor solução da análise. Isso significa estar baseada em uma intuição direta, então toda a atenção deve ser dada ao momento em que o fenômeno se mostra na sua experiência, e

2) O pesquisador detém a postulação da existência e realidade do objeto ou estado de relações que está contemplando. O pesquisador utiliza-se do objeto ou evento que está se mostrando, mas não deve apresentá-lo como realmente existente da forma como está se mostrando. É para ser visto como fenômeno. (p. 355)

Se, por um lado, temos a necessidade de pesquisa em Saúde que promova cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis (Declaração de Alma Ata, 1978), por outro, precisamos refletir sobre a fundamentação destas ações e de seus objetos para que a saúde não seja uma prática irrefletida de modelos. Neste sentido, uma contribuição da pesquisa qualitativa fenomenológica é a aproximação do caráter heurístico de

seu objeto e esclarecimento do conceito que baliza as ações na Saúde.

Nesta proposta de pesquisa estabelecemos o método para poder conhecer melhor o campo. Afinal, como postula o método fenomenológico, é necessário ir ao campo já com o olhar livre de preconceitos para que possamos fixar a atenção nas coisas mesmas e, assim, dirigir o nosso olhar ao essencial. Em outras palavras, procuramos adequar o método ao objeto, e não o objeto ao método, dando, assim, primazia ao objeto e a seu contexto, e não uma pré-delimitação teórica em detrimento dos aspectos dinâmicos da pesquisa. Temos aqui a principal diferença para as investigações epidemiológicas nas quais tanto o objeto (doença ou risco), quanto os instrumentos são definidos antes de ir a campo.

Desta forma, coloca-se uma tarefa descritiva. *Descrição* é o modo privilegiado de conhecer das “ciências do espírito” – como assinala Dilthey (1894/2002) – e difere do modo das ciências da natureza, pois seus pontos de conexão não se dão pela simples interpretação dos fatos físicos. Naquelas, a conexão é dada a partir de dentro, de forma heurística. A descrição é o primeiro passo para a atitude compreensiva de um processo vivido. Dilthey aponta para uma característica fundamental dos processos psíquicos e subjetivos: **a vivência**.

Estamos, portanto, elencando a vivência e os processos vividos como objetos potentes para abarcamos o conceito de saúde sem, necessariamente, precisar recorrer à doença para promover saúde. Então, a partir daí, pensarmos e elaborarmos ações e políticas de saúde. Este conceito é fundamental para o trabalho da pesquisa sobre aspectos subjetivos, pois é a principal diferença para os processos de conhecer aspectos físicos. A definição clássica de “vivência” – *Erlebnis*, no original – indica “a atuante conexão viva no seio da vida anímica e do mundo histórico” (Dilthey, 2002/1894, p. 128), ou seja, como o fluxo de experiências que conectam o sujeito a sua história, cultura, contexto e que, portanto,

delimita sua própria constituição; ou, como refere Dilthey (1970/2010), é o que traz significação, finalidade e valor às ações. No contexto da pesquisa, a vivência inclui os “próprios conteúdos reais, imediatos, da consciência de cada um, os dados perceptivos, representativos e ideativos, as emoções, sentimentos, desejos, decisões, as experiências de êxtase, as dúvidas e ímpetos” (Holanda, 2003, p. 172). Portanto, abarca todo um conjunto de situações que se entrelaçam.

Para realizar a atividade descritiva, Dilthey (2002/1894) afirma que

(...) o pensar psicológico articula e distingue a partir da conexão dada. Ao serviço desta actividade descritiva estão as operações lógicas do comparar, do distinguir, do apreciar graus, da separação e união, da abstracção, da junção de partes num todo, da derivação de relações uniformes a partir de casos isolados, da análise de processos singulares, da divisão. (p. 59)

Diferente da epidemiologia tradicional, assumimos a dimensão em que o objeto da Saúde Mental não é alheio ao seu pesquisador. Em fenomenologia, não estamos examinando um objeto isento, observável e quantificável, mas que quando investigado revela a atitude e o engajamento do próprio pesquisador (ou o profissional que atua na ponta da política).

Podemos tomar como exemplo, o sofrimento, as relações familiares, as redes de apoio, o território. Se todos esses podem ser investigados pela epidemiologia, também podemos pensá-los como fenômenos de interlocução do humano que incluem aspectos históricos, sociais, culturais, políticos, de poder, enfim, toda possibilidade de interação. Assim, a descrição destes envolvem processos de sofrimento e adoecimento, de cuidado (tratamento, acompanhamento, orientação, acolhimento, etc.) e as relações interpessoais que promovem saúde. Todos podem ser tratados, portanto, como processos vividos, passíveis de descrição e de análise qualitativa (Holanda, 2003).

UM RECORTE SOBRE A DIMENSÃO DO CUIDADO EM REDE

Dentre as dimensões possíveis da Saúde Mental, propomos, neste trabalho, pensar sobre as formas e processos de cuidado. Mais especificamente o cuidado nos serviços e na rede de atenção à saúde. Um serviço de saúde, assim como a rede de saúde, possui uma designação legal com estrutura, equipe mínima, objetivos e responsabilidades. A forma como cada serviço (ou cada rede) estrutura seus cuidados, entretanto, possui singularidades. O cuidado de uma rede de serviços não será conhecido apenas pela sua estrutura física e designação legal, mas, principalmente, pelas ações, relações e trocas – pelos processos vividos – que as pessoas que a compõe realizam. Assim, passamos a entender os serviços como espaços de cuidados e a rede saúde como lugares de interlocução do humano e sustentados por esta interlocução.

O cuidado implica em ações no aqui e agora (exemplificados pelo vínculo criado em ações territoriais de micropolítica como acolhimento e visitas domiciliares, entre outros), não restrito a ações de remoções de sintomas, mas um estar-com que acompanhe o sofrimento e sua superação (Faria, 2017). Neste sentido, o interesse de conhecer o cuidado é também um caminho para avaliar a capacidade de uma política desenvolver a integralidade da atenção. Princípio do SUS, a integralidade pode ser resumida como a capacidade de articulação das ações e serviços (Brasil, 1990).

Este cuidado integral, que não pode ser conhecido *a priori*, será revelado pelas pessoas que compõe esta rede a partir de seus conteúdos reais imediatos, dados perceptivos, representativos e ideativos, emoções, sentimentos e decisões,

as experiências de êxtase, dúvidas e ímpetos, enfim todos os acontecimentos que se entrelaçam numa ‘corrente de vivências’, passíveis de serem descritos e analisados fenomenologicamente (Holanda, 2003).

Se dissemos acima, que Saúde Mental é pauta emancipatória do sujeito, de natureza inapelavelmente política, portanto, é mister pensar no contexto social e cultural que uma investigação científica se propõe. Em Saúde Mental, a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é realizada ao mesmo tempo em que a estrutura hospitalar psiquiátrica continua, mesmo que sem a mesma proporção de outrora, disponível. Saber como a manutenção de dois modelos antagônicos de atenção influencia o cuidado e a integralidade é uma questão para o pesquisador atento e para o trabalhador engajado.

Uma vez que Saúde Mental se faz com pessoas, dentro de um território, em cada município ou localidade a disposição e construção da rede e do cuidado se dá de forma diferente, em seus contextos históricos, econômicos e sociais. Conforme a proposição semântica encontrada em Ballarin et al (2011), é preciso conhecer como se formam arranjos assistenciais, singulares em cada localidade, feito pela participação de todos os seus atores (gestores, trabalhadores, familiares e usuários).

A Atenção à Saúde Mental é formada pela disposição legal, pela implementação de serviços pelos gestores e pela atuação dos profissionais (com seus repertórios teóricos, técnicos e pessoais). A legislação regulamenta a oferta, a gestão e o financiamento dos serviços. A gestão é responsável pela execução e pela estrutura administrativa que sustenta os

serviços. Os profissionais operacionalizam a comunicação e interação entre os serviços, a atenção e o cuidado dos usuários. É nesta interlocução realizada pelos profissionais entre si e com os usuários que se situa a atividade clínica. É esta interlocução, vivida e experienciada, que poderá ser descrita para compreendermos e mapearmos a estruturação, os arranjos, da Rede de atenção à Saúde Mental. Em outras palavras, é preciso superar a dimensão essencialmente “técnica” – profissionalizante – para se alcançar a dimensão relacional, “mundana” (no sentido fenomenológico, de estar-no-mundo), a partir de um sistema de escuta das identidades apresentadas – *presentadas* fenomenicamente – em cada manifestação particular da essência de vida manifesta: assim, é preciso escutar a posição de cada elemento dessa cadeia, inclusive aquelas posições que permanecem estáticas em seus *modus operandi* tradicionais. A escuta se dá pelos acessos aos múltiplos significados expressões em cada manifestação, para além das generalidades epidemiológicas tradicionais, e sua operacionalização é relativamente simples, principiando por uma mudança de atitude no acesso ao sentido do que é o conhecer neste campo, ou seja, ao invés de um conhecer previamente dado, privilegia-se o olhar que recupera os sentidos imediatamente dados em cada experiência.

A partir da noção de objeto apresentada, pretendemos afastar a avaliação simplista de verificar se a rede (nosso objeto) está ou deixa de estar dentro do previsto nas portarias ministeriais, mas, primordialmente, revelar como está sendo criada, usada, sentida e percebida por quem a compõe.

SOBRE MAPEAMENTO

O mapeamento, enquanto forma de pesquisa, tem uma amplitude importante de formas e objetivos para os profissionais que dele se utilizam. Uma primeira ideia que surge está ligada a elementos territoriais: um mapa é o meio pelo qual podemos ver o mundo ou uma representação dele. Se tomarmos como exemplo o mapa físico de um território, podemos identificar os rios que o cortam, as casas que lá estão, sua topografia. É interessante notar que é preciso de um mapa diferente para cada um destes objetivos, etc. Se todas as informações ficarem sobrepostas no mesmo mapa, teremos alguma dificuldade de interpretá-lo.

Em Saúde, há grande variedade de utilização de mapeamentos: por enfermeiros, para identificar e comparar as linguagens empregadas em prontuários com o objetivo de organizar e padronizar as informações (Nonino & Carvalho, 2008), pela epidemiologia, para identificação das doenças num território e georreferenciamento dos dados (Werneck, 2008), por geógrafos, para identificação de áreas de risco à Saúde por contaminação em determinados solos (Lourenço & Landim, 2005) e em Saúde do Trabalhador, para identificar riscos e traçar estratégias para combater a morbimortalidade de trabalhadores (Vasconcellos &

Ribeiro, 1997). Encontramos mapeamento como prática em Vigilância, como uma forma de identificar os objetos geográficos, o fluxo das ações e dos laços pessoais que estabelecidos compõem um território (Monken & Barcellos, 2005). Oliveira et al (2011) mapearam o fluxo de pacientes com câncer de mama, das internações e dos atendimentos ambulatoriais. Identificaram as redes e apresentaram o mapeamento como ferramenta com aplicação importante no planejamento e na melhoria da distribuição dos serviços.

O mapeamento participativo surge como uma estratégia para o planejamento e ações da Estratégia Saúde da Família (ESF). A partir deste método, é possível identificar as necessidades de saúde da população e trabalhar o vínculo e os laços com a equipe de saúde (Pessoa, Rigotto, Carneiro & Teixeira, 2013). Goldstein, Barcellos, Magalhães, Gracie e Viacava (2013) apresentaram proposta similar de mapeamento participativo, combinando cartografia e participação social. Apontam a otimização da comunicação entre a equipe e a relevância das subjetividades presentes no processo de saúde. O mapeamento é utilizado quando não se tem uma noção do todo e é preciso conhecer o objeto

de estudo, identificar os pontos centrais para a pesquisa ou para intervenção em Saúde. Permeiam estas formas de mapeamento a identificação de pontos centrais e a análise. Importante notar que sua utilização vai além da simples descrição local ou identificação de doenças. É utilizado para conhecer comportamentos, compreensões e relações sociais. De acordo com Goldstein, Barcellos, Magalhães, Gracie e

Viacava (2013), o mapeamento é um instrumento de análise, interpretação, comunicação e construção de cenários.

A proposta é, pelo mapeamento, sustentar uma investigação fenomenológica dentro da Saúde Mental e instrumentalizar tanto a pesquisa acadêmica como também o trabalhador da ponta da política a conhecer a rede onde atua, suas potencialidades e seus nós críticos.

MAPEAMENTO COMO APLICABILIDADE DO MÉTODO DESCRITIVO EM SAÚDE MENTAL

O mapeamento pode ser realizado em três estágios: a elaboração de um projeto, aquele em que se levanta os dados e o seguinte em que são descritos, organizados e interpretados.

A elaboração de um projeto serve para identificar o contexto em que o pesquisador vai realizar o estudo ou em profissional está inserido. É preciso caracterizar brevemente a rede: se extensa ou pequena, se recente ou mais antiga, observar o território que se insere litorâneo, com atividades econômicas pujantes ou frágeis, entre outras. Estas informações são importantes para que se crie uma compreensão prévia da composição. Além disso, é preciso escolher de onde virão as informações: dos registros documentais, dos profissionais ou dos usuários dos serviços.

Esta compreensão prévia permite estruturar os instrumentos de coletas de dados. Para tanto, a entrevista semiestruturada surge como um instrumento viável, pois permite ao pesquisador orientar e delimitar seu interesse no fenômeno apoiado na compreensão prévia. É pela entrevista que podemos obter a descrição do fenômeno, porque com ela temos condições de facilitar a manifestação das experiências vividas pelos colaboradores, como ela ocorre na experiência da totalidade da vida. Segundo Gomes (1997) é um veículo de comunicação através do qual é possível expressar a experiência consciente, sendo esta entendida como um ato comunicativo de um corpo situado em um determinado ambiente. A mensagem que expressa traz a peculiaridade de um mundo vivido. A entrevista proporciona a subsídios para uma melhor expressão da vivência e oferece a descrição do fenômeno como vivido pelo interlocutor, fonte das essências que pretendemos compreender.

Indicamos a possibilidade de encontrar outras formas para coletas de dados como estratégias vivenciais (como grupos focais) ou projetivas em que o pesquisador possa ter contato com as vivências dos participantes da sua pesquisa. A utilização de escalas e questionário escritos ou fechados são instrumentos possíveis, porém sob o risco de perda da interação, afinal, é daí que se extrai o produto qualitativo.

Como método de análise, em pesquisa, propomos a metodologia fenomenológico-empírica de Amedeo Giorgi (Giorgi & Sousa, 2010). Mesmo sendo objeto de críticas (Feijoo & Goto, 2016), a opção pode este método se dá por uma razão muito simples: trata-se de um modelo

consolidado internacionalmente, já suficientemente descrito na literatura, que dialoga com outros métodos (Branco, 2016), e que se apresenta como um modelo extremamente prático de absorver e usar, facilitando assim um treino operacional (diferentemente de métodos hermenêuticos, heurísticos ou mais analíticos, que demandam mais experimentações).

Se por um lado, para o trabalhador de Saúde Mental, este procedimento é prejudicado pela necessidade de gravação e transcrição, por outro, ele poderá ter acesso a documentos internos e prontuários para uma análise documental. Para a coleta de dados, o essencial é compreender como de dá a comunicação entre profissionais e serviços. Devemos considerar a comunicação como o fio que conecta pontos, formando a rede. Afinal, se os serviços não se comunicam, não temos rede, mas dois pontos isolados. A comunicação é fundamental para estruturação do cuidado e para integralidade da atenção.

A análise deve chegar ao ponto em que identifica como, quando e com quem os serviços se comunicam, como trocam informações, quais informações são relevantes e onde há falta de informação ou comunicação. Quando os serviços não se comunicam, é o usuário do sistema quem sofre as principais consequências. Seguindo o fluxo da comunicação, ao profissional é possível traçar um mapa dos serviços da rede e avaliar o cuidado. Este mapa deve ser descrito em forma de texto, mas em seguida também pode ser feito graficamente. Consideramos que o mapeamento é uma ferramenta potente para:

a) Conhecer e avaliar o funcionamento de um serviço ou de uma rede. O cuidado em saúde mental não tem um desenvolvimento linear. Podemos pensar no exemplo de um sujeito que responde à atenção da equipe e que se encontra bem ou equilibrado e que pode, por contingências que não estão sob o controle do serviço, piorar, entrar em crise, ter seu sofrimento aumentado. Este serviço precisaria de apoio de outros para dar um suporte integral a este sujeito. Assim, podemos questionar a efetividade de um serviço de saúde mental que não tem comunicação efetiva com outros serviços. Há uma relação próxima entre comunicação da rede e a integralidade;

b) Conhecer os recursos comunitários. O cuidado territorializado requer inserção comunitária. Os serviços

podem trabalhar a inclusão social de seus usuários com convênios com outras instituições ou exposição dos trabalhos dos usuários em outros espaços. Há também a possibilidade de voluntariado e convênio com universidades para estágios e ensino. A qualidade da atenção prestada indica se a rede de cuidados tem a participação social ou é formada apenas pelos serviços públicos;

c) Identificar os atores do processo. Num primeiro momento, pode-se pensar na rede pelo viés da Saúde, como um lugar de tratamento. Numa análise mais profunda, relembramos que o lugar da loucura pode estar associado ao do perigo ou do indesejado. Assim, a polícia militar ou guarda municipal, a Justiça e o SINASE (Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo) são atores do processo nem sempre considerados como tal, e ainda há outros atores que podem ser identificados num mapeamento.

d) Identificar as falhas da rede para atenção integral. Falhas na rede estão relacionadas ao modo de comunicação. A qualidade da utilização da referência e contra referência, de matriciamento, de reuniões intersetoriais, entre outras estratégias, é um indicador deste quesito. Não raro, é o próprio usuário o responsável pelo trânsito dessas informações de um serviço para o outro;

e) Clarificar o que é burocrático. Há uma disposição legal para todos os serviços, porém, a transposição para a assistência não é correspondente em todos seus aspectos. O mapeamento consegue mostrar como é feita esta adaptação e identificar as características locais dos arranjos assistências;

f) Pode ser feito em qualquer serviço. Todos os serviços possuem profissionais e usuários, mesmo aqueles que não têm a pretensão de ser territorializados, como os ambulatórios. Entretanto, o usuário da Saúde Mental circulará entre os diferentes níveis do sistema e, por isso, haverá sempre a necessidade de trocar informações.

Por outro lado, encontramos e listamos a seguir as limitações para o mapeamento:

a) É uma proposta diferente num campo histórica e amplamente pensado por outro olhar. Os achados da epidemiologia são responsáveis por extinguir doenças como varíola e malária, por isso, tem amplo reconhecimento. A utilização e aplicação do método fenomenológico não terá a mesma receptividade, pois apresenta os dados de forma diferente do que o campo está habituado. Além disso, a compreensão não é apenas intelectual: ao descrever vivências, convidamos o leitor (receptor da mensagem) a colocar-se, o que pode gerar resistências;

b) Sua aplicação não é rápida. Cada etapa do mapeamento leva um tempo de preparação e aplicação. Além disso, a exposição de dados não é feita por gráficos ou possui visual. Desta forma, sua aplicação é mais indicada para quem busca uma análise mais sólida do serviço do que quem precisa de uma mudança ou solução de problemas emergenciais;

c) Tensão com os gestores. Quando se aponta os limites e falhas de um serviço, pode-se gerar descontentamento de quem é responsável pelas decisões. Desta forma, o mapeamento precisa ser uma ação desejada e apoiada por toda a equipe e pelos gestores dos serviços e da rede.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As formas de vida contemporânea impõem um limite prático à perspectiva biomédica (e seu objeto-modelo de Saúde), pois possuem determinantes subjetivos. Se por um lado a pesquisa biomédica em Saúde apresenta avanços importantes e necessários, em especial ligados a questões tecnológicas; por outro, Saúde implica uma esfera heurística cuja aplicabilidade não é direta e requer reflexão e posicionamento. Além disso, é necessário depurar a compreensão de Saúde para que seja possível promovê-la, para apresentarmos alternativas ao modelo dominante e superar a referência apenas pela doença.

Indicamos um limite na construção de conhecimento em Saúde e uma possibilidade de construção. Um caminho para conhecer *Saúde* pode ser encontrado pela vivência e pela experiência de quem faz parte desta ação: usuários e profissionais. Nesta direção, estes elementos da equação são compreendidos como atores diretos da própria construção do sentido do que é conhecimento em saúde. A produção de conhecimento implica no desenvolvimento de métodos qualitativos que possam captar a parcela subjetiva de Saúde.

Neste sentido, é preciso reconhecer que o seu objeto não é alheio ao pesquisador ou ao profissional de Saúde e, assim, passível de ser conhecido pelas ciências humanas e pela pesquisa fenomenológica.

A experiência vivida pelos atores da Saúde (gestores, usuários e trabalhadores), tomada como objeto de pesquisa, investigada de forma coerente e rigorosa, oportuniza o conhecimento crítico, e a humanização das práticas em Saúde. Não pleiteamos uma competição entre os métodos de conhecimento, mas destacamos a complementaridade para se compreender este fenômeno multifacetado que é a Saúde.

Finalmente, o Mapeamento como perspectiva qualitativa e fenomenológica, surge como uma forma de pesquisa potencial, não como uma avaliação taxativa e pragmática para a Atenção em Saúde, mas para conhecer o que se faz, como se faz e o que se compreende por necessário em Saúde Mental; para além, igualmente, de uma perspectiva meramente tecnicista ou determinística, linear ou estática. A utilizar e aperfeiçoar.

REFERÊNCIAS

- Almeida Filho, N. (2000). O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 3(1-3), 4-20.
- Almeida Filho, N., Coelho M. T. A., & Peres M. F. T. (1999). O Conceito de Saúde Mental. *Revista USP*, 43, 100-125.
- Almeida Filho, N., Santana, V. S., Mari, J. J. (1988) *Princípios de epidemiologia para trabalhadores de salud mental*. Montevideo, Uruguai: Graphis.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Ayres, J. R. C. M. (2007). Uma concepção hermenêutica de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1), 43-62.
- Ayres, J.R.C.M. (2002). *Sobre o Risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec.
- Ballarin, M. L. G. S, Carvalho, F. B., Ferigato, S. H., Miranda, I. M. S., & Magaldi, C. C. (2011). Centro de Atenção Psicossocial: Convergência entre Saúde Mental e Coletiva. *Psicologia em Estudo*, 16 (4), 603-611.
- Branco, P. C. C. (2014). Diálogo entre análise de conteúdo e método fenomenológico empírico: percursos históricos e metodológicos. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 20(2), 189-197.
- Carvalho, D. M. (2003) Epidemiologia. História e Fundamentos. In R. A. Medronho (Ed.), *Epidemiologia*. São Paulo, SP: Atheneu.
- Costa, I. I. (2014). *Sofrimento humano, crise psíquica e cuidado*. Brasília, DF: EDUnB.
- Declaração de Alma Ata. (1978). *Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde*, 6-12 de setembro 1978, Alma-Ata, USSR. Recuperado de http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaoaude/Dec_Alma-Ata.htm
- Dilthey, W. (2002) *Psicologia e Compreensão. Ideias para uma psicologia descritiva e analítica*. Lisboa, Portugal: Edições 70 (Original publicado em 1894).
- Dilthey, W. (2010). *A construção do mundo histórico nas ciências humanas*. São Paulo: Unesp. (Trabalho original publicado em 1970)
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical Model: A challenge for Biomedicine. *Science New Series*, 196 (4286), 129-136.
- Faria, N. J. (2017) Noções de cuidado na atenção básica à saúde e Gestalt-terapia. In N. J. Faria & A. F. Holanda (Eds.), *Saúde Mental, Sofrimento e Cuidado – fenomenologia do adoecer e do cuidar* (pp. 15-31). Juruá Editora: Curitiba.
- Faria, N.J., & Holanda, A.F. (2017) (Orgs). *Saúde Mental. Sofrimento e Cuidado. Fenomenologia do Cuidar e do Adoecer*. Curitiba: Juruá Editora
- Feijoo, A. M. L. C., & Goto, T. A. (2016). É Possível a Fenomenologia de Husserl como Método de Pesquisa em Psicologia?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), e32421. Epub June 22, 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e3241>
- Fleitlich B. W., & Goodman, R. (2000). Epidemiologia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl. II), 2-6.
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia*. Lisboa: Fim de Século.
- Giorgi, A. (2006). Difficulties encountered in the application of the phenomenological method in the social sciences. *Análise Psicológica*, 3(XXIV), 353-361.
- Goldstein, R. A., Barcellos, C., Magalhães, M. A. F. M., Gracie, R., & Viacava, F. (2013). A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 45-56.
- Gomes, W. B. (1997). A entrevista Fenomenológica e o Estudo da Experiência Consciente. *Psicologia USP*, 8(2), 305-336.
- Gorenstein, C., & Wang, Y. P (2016). Fundamentos de Mensuração em Saúde Mental. C. Gorenstein, Y. P. Wang, & I. Hungerbühler (Eds.), *Instrumentos de avaliação em Saúde Mental* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed, E-Pub.
- Holanda, A. F. (2003). Fundamentação Fenomenológica da Pesquisa do Vivido. In I. I. Costa, A. F. Holanda, & M. I. Tafuri (Eds.), *Ética, Linguagem e Sofrimento*. Brasília, DF: Abrafipp.
- Monken, M., & Barcellos, C. (2005). Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 898-906.
- Nonino, F. O. L., & Carvalho, E. C. (2008). A utilização do mapeamento cruzado na pesquisa enfermagem: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(6), 872-877.
- Pessoa, V. M., Rigotto, R. M., Carneiro, F. F., & Teixeira, A. C. A. (2013). Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(8), 2253-2262
- Rouquayrol, M. Z. (2012) Contribuição da epidemiologia. G. W. S. Campos (Ed.), *Tratado de saúde coletiva* (2ª ed. rev.). São Paulo, SP: Hucitec.
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.
- Vasconcellos, L. C. F., & Ribeiro, F. S. N. (1997). Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador: o planejamento segundo bases operacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(2), 269-275.