



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE  
ENFÂSE EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**Trabalho de Conclusão de Residência:**

“Os outros também têm problemas”

A percepção dos usuários acerca de uma prática de acolhimento  
em saúde mental na atenção básica em saúde

**João Paulo Pinheiro**

**Orientadora: Emanuele Luiz Proença**

**2014**

Ministério da Saúde  
Grupo Hospitalar Conceição  
Residência Integrada em Saúde  
Ênfase em Saúde da Família e Comunidade

**“OS OUTROS TAMBÉM TÊM PROBLEMAS”  
A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS ACERCA DE UMA PRÁTICA DE  
ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

**Pesquisador:**

João Paulo Pinheiro

Psicólogo– Residente da Residência Integrada em Saúde - Grupo Hospitalar Conceição.

**Orientador metodológico:**

Emanuele Luiz Proença

Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva, atua na Unidade de Saúde Costa e Silva, do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

Artigo produzido como requisito parcial para conclusão do Programa de Residência Integrada em Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição e obtenção do título de aperfeiçoamento especializado em Saúde da Família e Comunidade.

**Instituição de Origem:** Grupo Hospitalar Conceição (GHC) – Residência Integrada em Saúde (RIS) – Serviço de Saúde Comunitária (SSC).

**Setor/Unidade de Saúde onde será realizada a pesquisa:**

Unidade de Saúde Jardim Itu. - Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

Porto Alegre, Dezembro de 2014.

## “Os outros também têm problemas”

### A percepção dos usuários acerca de uma prática de acolhimento em saúde mental na atenção básica em saúde

**João Paulo Pinheiro**

**Emanuele Luiz Proença**

#### **Resumo**

A atenção básica em saúde tem demonstrado grande potencial para o cuidado em saúde mental. Contudo, ainda existem problemas a serem superados, entre eles, o desenvolvimento e qualificação de dispositivos de cuidado alternativos à medicalização do sofrimento psíquico.

O presente estudo investigou a percepção dos usuários acerca do Acolhimento Coletivo em Saúde Mental de uma unidade de atenção básica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e foram sujeitos de pesquisa os usuários de uma unidade de atenção básica em saúde que participaram de um dispositivo de acolhimento coletivo em saúde mental de julho de 2012 a fevereiro de 2013. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas individuais, e as informações obtidas foram trabalhadas a partir da análise de conteúdo.

Foi possível averiguar que entre os entrevistados há o predomínio de concepções centradas na individualização, na patologização e medicalização do sofrimento, que são reforçadas pela forma como a equipe acolhe as demandas e oferece o cuidado. Ainda assim, dispositivo de acolhimento em questão mostrou-se potente em gerar demanda de grupalidade e coletivização das questões em saúde mental. Apesar de ter sido considerado insuficiente em seus benefícios pelos usuários, entendeu-se que essa avaliação do dispositivo de acolhimento precisa ser tomada em um contexto mais amplo, do funcionamento da equipe e da cultura técnica em que esta está inserida. Concluiu-se que o dispositivo em questão precisa potencializar sua capacidade de corresponsabilizar equipe, usuários, comunidade e rede de saúde e

intersetorial, promovendo um cuidado voltado à promoção de autonomia e cidadania, assim como à consolidação da Reforma Psiquiátrica e Sanitária.

**Palavras-chave:** Atenção Básica em Saúde, Saúde Mental, Acolhimento.

## **Introdução**

O presente estudo investigou a percepção dos usuários acerca de uma prática coletiva de acolhimento em saúde mental em uma unidade de atenção básica em saúde, que compõe o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e atende cerca de 10.500 habitantes da região Noroeste de Porto Alegre. Essa prática, de caráter multiprofissional e coletivo, é realizada na unidade em questão desde o ano de 2009, tendo surgido como alternativa à lista de espera para uma escuta psicológica individual, ainda que o encaminhamento para essa lista possa ser uma das possibilidades de continuidade do cuidado acordadas com os usuários a partir do acolhimento. Existem outros encaminhamentos possíveis, como a participação em oficinas e grupos da unidade, da associação de moradores ou de outros serviços da rede de saúde, acompanhamento individual e/ou familiar com outros profissionais da unidade e da rede e encaminhamentos intersetoriais (para serviços relacionados à educação, trabalho, justiça, etc.), entre outros.

O grupo de acolhimento em saúde mental tem duração de dois encontros, cada qual de duas horas, para os quais a inscrição é mensal, e dos quais participam usuários adultos em sofrimento psíquico encaminhados pela própria equipe ou por demanda espontânea. Esse acolhimento coletivo fora inicialmente coordenado por um médico e um estagiário de psicologia, sendo esse último substituído por residentes de psicologia. Atualmente, é coordenado por uma enfermeira e a psicóloga da unidade, ou algum dos residentes dessa categoria profissional.

A relevância de produzir conhecimento sobre práticas em saúde mental no contexto de atenção básica está relacionada com o que colocam Correia,

Barros e Colvero (2011) sobre o fato de que, por mais que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) venham contribuindo para promover a desospitalização do sofrimento psíquico, oferecendo alternativas territoriais de cuidado, em conformidade com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental, esses serviços não são suficientes para a cobertura da demanda de saúde mental nas diversas realidades brasileiras. Dentro da proposta de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e tendo a atenção básica como principal responsável pela acessibilidade ao sistema, torna-se imprescindível que esse nível de atenção desenvolva dispositivos não apenas para a assistência direta, mas para a articulação intersetorial e entre os demais níveis no que concerne ao cuidado em saúde mental.

No que diz respeito ao cuidado em saúde mental na atenção básica, essa orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006). Esses princípios apontam para a centralidade do papel desse nível de atenção não apenas em relação ao processo de Reforma Sanitária em nosso país, mas também na viabilidade da proposta da Reforma Psiquiátrica. Todo sujeito que tem seu primeiro contato com o sistema de saúde através de uma equipe de saúde da família (ESF) ou unidade básica deve ser visto a partir do princípio da integralidade e, portanto, dentro também de seus aspectos de saúde mental. A atenção básica tem o papel de fazer e acompanhar os encaminhamentos necessários, a partir do princípio da coordenação do cuidado, acionando outros dispositivos da rede de saúde (incluindo a rede de saúde mental). Contudo, a partir dos princípios de vínculo e responsabilização pelo cuidado dos usuários, a serem exercidos ao longo do tempo e a partir de um território, a atenção básica possui características privilegiadas para o cuidado longitudinal, levando em consideração o contexto de vida dos sujeitos, e para a absorção e resolução da maior parte da demanda em saúde mental. Conforme Silveira e Vieira (2009), a idéia de território presente na atenção básica favorece princípios caros à Reforma Psiquiátrica como territorialidade e responsabilização pela demanda, assim como possibilita um novo sentido e ordenamento nas ações em saúde mental dentro desse contexto, deslocando-

se do modelo das psicoterapias tradicionais para um modelo onde o usuário é visto como sujeito-social, participante de redes sociais e em interação com um ambiente ecológico.

Uma vez que a configuração do SUS traz como atribuição da atenção básica não somente o acolhimento como o cuidado em saúde mental, e já existem esforços para dar conta dessa demanda, faz-se necessária a avaliação das práticas de acolhimento em saúde mental na atenção básica, como forma de averiguar até que ponto, uma vez estabelecidas essas práticas, essas de fato dão conta das necessidades dos usuários. Segundo Furtado (2011), a prática da pesquisa avaliativa em saúde deve contemplar a necessidade de incluir diferentes pontos de vista e valores no processo avaliativo, viabilizar e ampliar a utilização dos resultados da avaliação, considerar o inevitável caráter político da pesquisa em geral e da pesquisa avaliativa em particular e capacitar os diferentes envolvidos com o programa ou serviço avaliado.

O autor faz um apelo particular para a necessidade de, mais do que acumular informações, atentar para como as forças políticas envolvidas podem reverberar como supremacia de um grupo sobre o outro. No presente estudo, por questões de viabilidade não será possível dar voz a todos os implicados, mas na observância do que aponta Furtado sobre o caráter político da avaliação e na perspectiva da utilidade da investigação para o próprio serviço, optou-se por privilegiar a visão do usuário sobre o acolhimento em saúde mental, entendendo-o como a parte menos ouvida sobre o cuidado que lhe é oferecido. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo investigar a percepção de usuários acerca de um dispositivo de acolhimento coletivo em saúde mental de uma unidade de atenção básica. O Objetivo geral foi aprofundado em três objetivos específicos, que são: 1) Investigar as expectativas dos usuários acerca do dispositivo acolhimento coletivo em saúde mental; 2) Investigar a percepção dos usuários acerca do que se pôde produzir como cuidado nesse dispositivo; 3) Investigar a percepção dos usuários acerca do que se pôde produzir como cuidado a partir dos encaminhamentos gerados no dispositivo.

## **Opções Metodológicas**

O estudo foi desenvolvido em uma unidade de atenção básica que, como as demais unidades do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, constitui-se como campo de formação para residentes da ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Residência Integrada em Saúde e do Programa de Residência em Medicina da Família e Comunidade. Sendo este o campo onde o pesquisador esteve inserido durante os dois anos de residência, esse teve oportunidade de participar da coordenação de algumas edições do dispositivo de acolhimento em questão, o que agregará informações vivenciais na discussão das informações obtidas.

Foram sujeitos participantes da pesquisa seis usuários que fizeram parte do acolhimento em saúde mental entre os meses de julho de 2012 e fevereiro de 2013. Procurou-se privilegiar experiências de diferentes edições. Os usuários de uma mesma edição foram escolhidos a partir de sorteio, sendo que apenas dois usuários participaram da mesma edição do acolhimento coletivo. Os participantes entrevistados, quatro mulheres e dois homens, entre os 46 e os 68 anos, estarão aqui identificados por nomes fictícios. São eles: José (68), Maria (59), Cássia (50), Vera (49), Ronaldo (49) e Manoela (46). Fora solicitada previamente aos participantes sua autorização para coleta de dados, através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido a pesquisa aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa.

Trata-se de um estudo qualitativo, centrado na percepção dos usuários sobre o serviço em questão. Conforme apontam Nogueira-Martins e Bógus (2004), existem três aspectos principais que caracterizam a pesquisa qualitativa. O primeiro é de caráter epistemológico, relacionado à visão de mundo implícita na pesquisa, que está centrada em uma compreensão subjetiva da experiência humana, permeada por significados, representações sociais, simbolismos, experiências de vida e analogias. O segundo aspecto reflete o primeiro, no sentido do tipo de dado que se objetiva coletar, ricos em descrições de pessoas, situações, acontecimentos e vivências. O terceiro aspecto está relacionado ao método de análise, que busca a compreensão e o significado, e não evidências.

Nesse sentido, diferentemente da pesquisa quantitativa, a abordagem qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda, não estando preocupada com generalizações populacionais, princípios e leis. Ainda assim, seus achados podem ser utilizados para a compreensão de fenômenos semelhantes ou que tenham relação com o fenômeno estudado.

A produção das informações se deu por meio de entrevistas semi-estruturadas feitas individualmente. A entrevista semi-estruturada, segundo Boni e Quaresma (2005), combina perguntas abertas e fechadas, de forma a permitir ao informante discorrer sobre o tema proposto. Dessa forma, ainda que o pesquisador deva seguir um conjunto de questões pré-definidas<sup>[01]</sup>, ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal, tendo a possibilidade de realizar perguntas adicionais que direcionem a entrevista para o assunto que lhe interessa e elucidem afirmações pouco claras feitas pelo pesquisado. Buscando contemplar o objetivo geral e os objetivos específicos da investigação proposta, as quatro questões que nortearam a entrevista semi-estruturada nesse estudo foram: 1) *Como o senhor(a) chegou ao grupo?*; 2) *Como foi participar do grupo?*; 3) *Surgiu alguma idéia no grupo de alguma atividade ou atendimento para o senhor(a)?*; 4) *O senhor(a) consegue perceber algum benefício ou melhora que acha ter tido a ver com ir ao grupo?*

Após a etapa de produção das informações, para interpretação destas fora utilizada a análise temática (MINAYO, 1994), método de análise baseado no referencial de Bardin (1979), como melhor forma de compreender as falas apreendidas no estudo no seu contexto social, partindo do referencial teórico adotado.

### **Informações obtidas**

A partir da entrevista semi-estruturada, foi possível identificar na fala dos seis usuários entrevistados cinco núcleos temáticos. São esses: a) *manifestações de adoecimento/sofrimento e de saúde mental*, b) *recursos terapêuticos*, c) *experiência de estar no acolhimento coletivo*, d) *continuidade do cuidado a partir do acolhimento coletivo*, e) *efeitos do acolhimento coletivo*.

## Manifestações de adoecimento/sofrimento e de saúde mental

A identificação do adoecimento ou sofrimento mental pelos usuários, que os levaram a buscar atendimento na unidade e que compartilharam no grupo de acolhimento,<sup>[02]</sup> se deu através de comportamentos ou sensações que lhes acometiam, ou a outras pessoas, e que lhes causava sofrimento ou que acreditavam ser anormais.

*(...) tinham pessoas que tavam falando lá que tinham sim problemas. Eram problemas assim já: 'Ai, não posso sair sozinha'. Ou então: Não sei o que, 'não acredito em homem nenhum'. Então tá, essas são pessoas que têm problemas, e não é bem o meu caso, eu não tenho esse tipo de problema. Meu problema é assim... eu tá angustiado, nervoso, sempre agitado, né? (José)*

Nas falas de Cássia, Maria e Vera, essas sensações e comportamentos estão associados a um diagnóstico psiquiátrico específico, atribuído anteriormente ao acolhimento.

*(...) chegou um ponto ano passado que eu tava assim numa crise tão grande em relação ao TOC, tava muito mal mesmo, muita ansiedade, ansiedade, ansiedade, irritabilidade. Eu não dava conta das minhas coisas, do meu serviço de casa. Eu era toda atrapalhada. Eu me sentia assim uma inútil e o TOC é assim ó: tu vai acumulando as coisas, vai te dando um pavor. Pra mim é assim, né? E tu vai ficando numa ansiedade, numa coisa, que vai perdendo o controle, até emocional (...)* (Cássia)

Problemas circunstanciais vitais foram relacionados ao adoecimento/sofrimento e à saúde mental pela maioria dos entrevistados. Dentro desse tema, conflitos ou perdas familiares se mostraram os mais comuns.

*Sim, na época, quando aconteceu a minha depressão, meu esposo tinha me deixado, me deixado por outra pessoa. Aí eu nunca esperava aquilo. Um*

*casamento de 41 anos, de uma hora pra outra, né? Saber que o esposo não tá aqui, tá lá na casa da outra. (Maria)*

José e Ronaldo trazem ainda dificuldades relacionadas a emprego ou renda como fatores que exercem influência sobre sua saúde mental.

*Eu trabalhava de segurança. É uma coisa que a gente estressa! Bah! Faz 10 anos que eu trabalho nisso. Eu trabalhei também 10 anos em banco, sempre em contato com público. Uma coisa assim muito... Me tornou uma pessoa agitada assim, muito... (Ronaldo)*

Algumas falas ainda apontaram relação entre morbidades de outra ordem com o adoecimento/sofrimento mental.

*(...) tu leva um baque quando tu descobre que tem hipertensão. Por causa da minha mãe, eu tenho um trauma com essa doença. Ela sofreu muito. (Cássia)*

### Recursos terapêuticos

Todos os entrevistados referiram como recurso terapêutico a escuta ou atendimento individual, a ser realizada pelo psicólogo ou pelo profissional médico, em especial o psiquiatra.

*(...) tem que perguntar pra cada um "tem interesse em continuar no grupo ou quer conversar sozinho, porque não quer na frente dos outros falar, como é que tu prefere?" Porque quem vem, no caso, é gente como essas pessoas ali, duas ou três, elas precisavam disso, elas já tinham consultado com psicólogo, então tavam precisando, e aquela coisa, de repente não tinham dinheiro pra pagar, então, vem aqui, né? (José)*

Nas falas de Cássia e Maria, a escuta é parte complementar [O3]do tratamento, que na verdade consiste centralmente no uso de medicação.

*(...) eu teria que ir pra terapia, pra conversar, pra ver se eu tenho realmente TOC, né? Pro médico saber da minha situação pra ver se eu necessito da medicação. (Cássia)*

Na fala de Manoela e Ronaldo, a escuta individual aparece como uma alternativa à ausência de atividade grupal.

*Até de repente individual, que fosse, não precisava ser em grupo. Eu esperava que continuasse mais porque eu acredito que eu teria mais progresso, tanto eu como ela quanto qualquer outra. (Manoela)*

O uso de medicação psicotrópica é colocado como recurso terapêutico por cinco dos seis entrevistados. Fora reconhecido como estratégia central de tratamento, se não a única, tanto por entrevistados que referem algum transtorno mental, como Cássia e Maria, como por aqueles que não referem diagnóstico, como José e Vera. Vera, que faz uso de antidepressivo e benzodiazepínico receitados por uma particular, reconhece estar dependente de bromazepan.

*Pro negócio do nervosismo... bom, procurei um médico, Dra. Edite, parece que foi, e ela me deu pra eu tomar um antidepressivo... (...)Não sei se faz o efeito de um calmante, mas eu sei que eu melhorei um pouco com o antidepressivo. Eu explodia muito fácil. (José)*

*Eu vou lá na minha médica, eu mando nela! Eu mando. "Me dá", eu digo pra ela, "me dá porque eu quero". (...) Eu to com três receita em casa. Uma eu já usei pra comprar, porque eu só consigo dormir com bromazepan. Eu fiquei quase uma semana sem bromazepan (suspiro). Criatura, que horror pra dormir. É que o bromazepan vicia e eu me vicieei em bromazepan. Não consigo mais dormir sem o bromazepan. (Vera)*

*Questões de nervos, de depressão, graças a Deus, eu to tomando os meus remédios e a coisa tá comigo agora só. Só tomar o remedinho e deu. (Maria)*

O diálogo e busca de reconciliação com familiares foi trazido como recurso para alívio de problemas relacionados à saúde mental por duas entrevistadas, Manoela e Maria.

*Mas aí a gente chegou à conclusão... ele voltou, me pediu perdão, e eu fui dando, né? Pensando em tudo que a gente já passou na vida. Nós temos três filhos. (...) Então a gente tem muita coisa em comum, né? Então não é assim destruir um casamento de 42 anos por causa de uma aventura, né?*  
(Maria)

O próprio espaço de acolhimento coletivo em saúde mental surgiu como recurso terapêutico nas falas de Maria, Manoela e Ronaldo.

*Foi muito bom participar do grupo. Foi bom porque, assim ó, eu consegui falar. Até no primeiro dia eu falei que talvez eu não conseguisse falar porque eu não sou muito de falar, mas aí eu comecei a falar e desembuchei tudo. Consegui falar bastante, desabafei bastante, chorei bastante, e a minha colega que tava no grupo também, bastante importante, me ajudou também...*  
(Manoela)

A participação em grupos ligados ao serviço de saúde foi referida como recurso terapêutico válido por Manoela e Ronaldo através do desejo por um grupo semelhante ao acolhimento coletivo em saúde mental, mas com mais encontros, ou pela continuidade do grupo formado no acolhimento.

*Se eu pudesse uma sessão tipo tu e umas 4 pessoas comigo, de quinze em quinze dias, pra mim seria... bah, se me dissessem "no mês de dezembro vai começar tal dia", bah, isso aí seria ótimo, né? Aí seguindo uma rotina certinha, né cara? Depois pára, e se tu não tem um acompanhamento, até se tu não tem até um embasamento bom, tu já espiroqueia, né meu? É bem importante esse tipo de coisa.* (Ronaldo)

Nas falas de Maria, Vera e Cássia, os grupos são apostas terapêuticas possíveis, ainda que, na prática, a participação não se estabeleça ou não chegue a haver tentativa.

*Até me apresentava no grupo, me integrava, dizia "meu nome é Maria<sup>[04]</sup>, to aqui por isso, por aquilo, por aquilo outro". Ia uma ou duas vezes e... Mas aí tu diz assim: "Mas porque que tu não ia?" Eu não sentia graça naquilo ali. Entendeu? Pra mim não tinha entusiasmo nenhum em estar ali. Parece que eu tava meio perdida ali no meio de toda aquela gente ali. (Maria)*

José traz a experiência de grupo na Igreja como um recurso importante.

*Uma coisa que funciona, eu fiz o encontro de casais com Cristo, né? (...) Aí tu te abre: "Ah, eu gosto assim." "Ah, quando eu casei, minha mulher fazia assim, agora não faz". Ah, e aí a mulher já fala também, e tal. Quer dizer, tu desabafa e aprende alguma coisa. Tu vai ver que de fato todos os casais tem um certo tipo de problema. O teu problema não é tão grave assim, ou então é grave, mas comparando com os outros tu vai te corrigir. Aquilo foi muito bom, sabe? E é dois dias aquilo lá. Tu fica fechado lá dentro. (José)*

Maria e Vera valorizam nas falas as atividades relacionadas à promoção de saúde, ligadas ou não a grupos.

*(...) eu acho que todo o entretenimento é uma base pra tu não te preocupar muito com os problemas. Então, se tu te enterte ali com o crochê, com o tricô, é uma terapia. Tudo que tu for fazer com prazer é uma terapia. Até tu ir mexer num jardim. Vai ali no jardim... Planta... (Maria)*

Maria ainda enfatiza os recursos pessoais, de força de vontade, como pontos-chave na recuperação.

*O paciente tem que querer, a pessoa tem que se ajudar. Se a pessoa não se ajudar, é claro que tudo é um complemento, tudo ajuda, mas o paciente em si tem que se ajudar, se não ele cai no poço. (Maria)*

### Experiência de estar no acolhimento coletivo

Dentre as limitações encontradas pelos usuários entrevistados em relação à experiência de participar do acolhimento, quatro relataram algum constrangimento em colocar suas questões diante de outras pessoas, inclusive por serem do bairro, e em alguns casos por conhecerem essas pessoas, em outros por desconhecerem.[O5]

*Por que assim, ó, no acolhimento é o seguinte: se eu viesse com um problema pessoal meu, por exemplo, de casal, como veio eu e o meu marido, eu não faria o acolhimento. (...) todo mundo ali ouvindo o que a pessoa tá falando, coisas bem pessoais, né? E outra coisa assim, como eu sei que é da comunidade, ah, eu acho ruim, assim, se tivesse alguém que eu conhecesse do bairro eu não faria também... (Cássia)*

Cássia chega a dizer que a presença de outros usuários no acolhimento causa um desgaste e uma demora desnecessários.

*É, se fosse como eu to aqui hoje contigo, eu venho e digo: "Eu tenho TOC". Tá, tu vai fazer algumas perguntas, e tá resolvido. "Eu vou te encaminhar", coisa assim. A coisa tinha que ser mais objetiva, por que tu ficar ouvindo o problema dos outros se torna cansativo. (Cássia)*

Outra limitação do dispositivo identificada pelos usuários foi o número de dois encontros do acolhimento coletivo. Os entrevistados tenderam a expressar que foram poucos encontros.

*(...) quer ver, ó: Com mais encontros pra falar, tu vai te abrindo mais e vai perdendo a timidez, tu vai te abrindo e daqui a pouco tu vê que o cara falou de um problema dele lá que o meu é fichinha, então eu vou falar do meu também. Então tu te abre mais e vai conhecendo as pessoas. (José)*

[O6]Ronaldo ainda trouxe que o espaço de tempo de quinze dias entre um encontro e outro poderia ser menor.

[07]*Como eu falei pra ti, poderia ter tido mais tempo, né? Porque foi quinze dias... Podia ser umas duas vezes por semana esse tipo de coisa, porque eu acho que não tem importância. Se tu deixa muito tempo afastado, esse tipo de debate vai se distanciando, a pessoa esquece, né? Aí não procura... Só vai pensar na hora que tá lá, pra explicar o que que tá acontecendo, se voltou de novo a mesma coisa, se melhorou alguma coisa, entendeu? (Ronaldo)*

Cássia foi a única a avaliar que o acolhimento poderia ser feito em um encontro.

*É, eu acho que eu não precisava.... Eu disse naquele dia: em duas vezes eu acho que foi até cansativo. (Cássia)*

Ainda em relação às limitações do dispositivo, todos, com exceção de Cássia, identificaram como limitação o número de participantes reduzido, como ilustra a fala de Maria.

*(...) eu achei até que ia ser mais, né? Por causa que era um coisa que se expandia mais. Quer dizer que cada um dava uma idéia, criava muito mais assunto, né? Como eram poucas pessoas, né? Se eu te disser que foi três ou quatro... Então quer dizer que os assuntos não era tão alongado. Cada um contava ali o que podia, o que queria. Eu procurei ser o mais sincera possível, né? Mas eu achei que poderia ter mais gente, né? Pra gente se sentir mais assim, aconchegante, sei lá. (Maria)*

Em relação às potencialidades da experiência de participar do acolhimento coletivo, os usuários colocaram, em sua maioria, que pode ser interessante escutar os demais, na maioria dos casos por perceberem que

esses também têm problemas e por algumas vezes avaliarem que esses problemas são mais graves que os seus, o que parece trazer algum alívio.

*É bom ouvir os problemas dos outros também, né? Aí tu sabe que não é só tu que tem problema, que os outros também tem, todo mundo tem problema, né?* (José)

*É legal a gente conversar com as pessoas. Eu tenho um problema, mas a outra tem outro diferente. A gente vê: “Bah, o meu problema é ruim, mas o dela às vezes é pior. Ela tá tentando superar. Porque eu não posso fazer o mesmo com o meu?” Tu entende? Combater um com o outro, assim.* (Ronaldo)

[O8]

Manoela ressalta que ouvir os demais lhe ajudou a comunicar suas questões.

*A gente não consegue explicar exatamente o que a gente está sentindo. No momento que tu ouve os outros primeiro, tu não vai ser a primeira, e tem uma idéia mais ou menos de como é que tu fala, como é que tu explica aquele problema, porque normalmente tem alguma semelhança, alguma coisinha assim que é semelhante do teu problema também.* (Manoela)

Outra potencialidade da experiência no dispositivo sublinhada por quatro dos usuários foi a postura e habilidade dos profissionais coordenadores e a boa condução dos encontros.

*Muito boa, bah. A guria muito prestativa. Perguntas excelentes ela fazia. Coisas que a gente, assim, não atinava na hora, né? E elas lembravam pra gente daquilo. Eu achei bem inteligente as perguntas delas, os assuntos que elas traziam, que incentivavam a gente também a falar dos nossos. Gostei.* (Maria)

Continuidade do cuidado a partir do acolhimento

Os entrevistados referiram dificuldade em dar seguimento ao cuidado a partir do acolhimento. Cássia, Manoela e Maria evitaram as idéias de continuidade relativas a espaços coletivos, ainda que tenham dado seguimento a estratégias individuais ou medicamentosas.

*Acompanhamento com os clínicos daqui, de atividade, o grupo de mães... Não, grupo de mulheres, isso, que tem umas atividades ali, elas fazem brechó...(...) Primeiro que a primeira vez que me chamaram pro grupo eu achei que não ia resolver. Sabe? Eu fiquei com medo por que, assim, eu não sou muito do lar, prendada, como se diz, então eu tenho um certo receio de participar desse tipo de coisa porque eu não sei costurar, não sei pregar um botão, tipo assim, entendeu? (Manoela)*

José avaliou que o encaminhamento para entrevista individual era desnecessário. Vera e Ronaldo sugerem não ter tido projeto ou que esse projeto de continuidade não foi cumprido pela equipe.

*É, o que me disseram pra mim foi o seguinte: que teria mais uma, não sei, agora não me lembro se mandaram eu procurar o grupo ou qualquer coisa assim, e teria então depois uma reunião particular, uma entrevista, como é? Um... Atendimento. Se eu gostaria de participar, de fazer, e eu não sei se ficaram de me chamar, ou como que é que foi, eu sei que eu não vim outra hora. Aí morreu, eu não vim mais também, não...(...) Eu não sei. O que é que eu vou fazer lá? Já ali já falei o que eu tinha que falar, e o meu caso não é tão crítico assim, de procurar, precisar de um psicólogo, né? (José)*

*Terminei e depois eu achei que ia ter mais. Disseram: "Não, a gente vai retornar depois novamente". Depois não chamaram mais, né? (Ronaldo)*

As formas de continuidade de cuidado que se mostraram possíveis a partir do acolhimento estão ligadas ao atendimento ambulatorial, da psicologia, no caso de Maria, e da medicina no caso de Cássia, e de ambos apenas no caso de Manoela.

*(...) ele me encaminhou pra um médico que tava me atendendo na época que eu tava, que eu descobri que eu era hipertensa, nesse mesmo período, e eu disse assim: "Doutor Cláudio, então o senhor me prescreve a medicação" e ele disse: "Não, não vou te prescrever, vou botar no teu prontuário, que é pra ele te dar a receita da medicação". (...) Aí foi quando eu comecei a me medicar, né? Para o TOC. (Cássia)*

*Eu me lembro que eram duas que participavam do grupo, duas coordenadoras, uma é enfermeira, a outra era psicóloga. Elas que me encaminharam, me sugeriram a psicóloga. (...) A gente conversou, teve todos os assuntos possíveis ali, né? E eu ia toda semana, depois ela passou pra de 15 em 15 dias. Acho que eu me tratei com ela uns três meses, e aí depois ela me deu alta. (...) Ela é muito querida, sabe? Coisas que eu tinha dificuldade de falar eu falava com ela. Me ajudou... (Maria)*

#### Efeitos do acolhimento coletivo

Mais da metade dos usuários referiu que os efeitos terapêuticos conseguidos a partir de sua passagem pelo acolhimento coletivo em saúde mental, e das formas de continuidade do cuidado pensadas a partir desse, foram insuficientes.

*A gente sempre tira proveito de alguma coisa, como experiência, que eu participei, vi que os outros tem problemas, que meu problema não é tão grave assim como o dos outros, mais assim, ó: "Vou participar pra ver se esses problemas que a gente tem em casa, se eu vou perdoar minha mulher, perdoar, não, como é, tolerar ela em casa". Porque eu tava até a fim de me separar e, então, tem essa função, né? Só que pra mim não resolveu. Não era o meu caso, né? (José)*

Ronaldo referiu que o benefício obtido foi transitório, o que está ligado à transitoriedade do próprio grupo. Maria parece incerta em relação a ter tido benefícios relacionados ao acolhimento.

*Uma melhora, mas é uma coisa assim, às vezes tem aquela melhora de momento. Uma melhora que qualquer coisinha já começa de novo. Tinha que ter uma seqüência, um tipo de acompanhamento mais, mais intenso. (Ronaldo)*

*Foi importante porque foi numa época muito difícil, né? E era uma coisa que forçava eu sair de casa, quase forçava, porque eu marcava aquele compromisso.(...) Pra mim não foi ruim não. Claro que foi bom. Só que eu não enxergo o que foi bom, sabe? Eu não consigo visualizar pra mim o que foi bom, o que me trouxe de bom. Essa dificuldade eu tenho. Claro que tenho certeza que foi ótimo pra mim. O momento que eu tava passando ali, conversar com outras pessoas, me integrar com outros problemas e dizer: "Não, não é só eu", né? Mas, pra mim não fez diferença. Impressionante, mas não fez diferença nenhuma. (Maria)*

Os efeitos benéficos que foram identificados pelos usuários como decorrentes do acolhimento coletivo em saúde mental relacionam-se a conhecer pessoas novas, no caso de Vera, o uso de medicação, no caso de Cássia, e na capacidade de comunicar-se e partilhar suas inquietações, no caso de Manoela. Os efeitos transitórios identificados por Ronaldo referem-se ao alívio de sua sensação de agitação.

*Eu gostei, conheci outras pessoas. Eu adoro conhecer pessoas. O Gastão é um cara super legal. (...) Conheci pessoas, mais nada. Eu sou bem sincera. (Vera)*

*Quando me perguntavam o que eu tinha, muitas vezes eu dizia que não tinha nada, e na verdade eu não tava nada bem, não tava me sentindo bem, e não falava, mas a partir dali eu comecei a falar, comecei a praticar falar. (Manoela)*

*(...) eu pensar, pensar que só os problemas que eu tenho que ninguém tem, mas tem outros diferentes, né? Aí eu comecei a relevar, a ficar mais calmo. Isso me deixou mais, não fiquei mais tão agitado, não sei se porque eu ouvi mais o pessoal falando, né? (Ronaldo)*

## **Discussão**

Os usuários que passaram pelo acolhimento coletivo em saúde mental em questão atribuíram ao escopo das manifestações de adoecimento e sofrimento fenômenos bastante distintos, que vão desde a percepção ou suspeita de uma anormalidade medicável, uma doença a ser tratada, até a percepção de que os problemas de vida, de cada um dos indivíduos presentes, podem ser tematizados como questões de saúde mental. Contudo, há certa hegemonia da referência a categorias diagnósticas, permeando ou acompanhando as percepções de sofrimento.

Os recursos terapêuticos identificados pelos usuários novamente são diversos, indo desde o cuidado ambulatorial individual e medicamentoso até intervenções coletivas, incluindo atividades de promoção de saúde. Contudo, os primeiros recursos são predominantes em relação aos últimos.

A análise desses dois temas ilustra a força ainda vigente de um discurso acerca do adoecimento e do sofrimento mental que teve início em nosso país na segunda metade do século XIX e que aproxima o sofrimento da idéia de anormalidade e de doença, a ser tratada por um especialista, a ser medicada e controlada por métodos específicos. Naquela época, em conformidade com o que acontecia na Europa desde o século XVIII, surgiram no Brasil os primeiros hospícios, onde os “loucos” deveriam ser depositados e passariam a ser considerados doentes mentais, perigosos para si mesmo e para a sociedade, tendo sua vida e seus hábitos controlados por médicos (PROENÇA, 2012). Esse processo de internação permitiu que a loucura se tornasse objeto da medicina, assim como tornou possível a consolidação da psiquiatria enquanto ciência, lançando raízes profundas na forma como nossa sociedade entende o adoecimento e o sofrimento mentais, concepções essas que os pouco mais de vinte anos de Reforma Psiquiátrica em nosso país ainda não conseguiram sobrepujar.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, e a rede substitutiva gerada a partir dessa, preconiza que os sujeitos possam ter tratamento dentro do território em

que habitam, sem o rompimento de seus laços sociais e afetivos e preservando seus direitos de cidadão. A reforma se propõe a dar resposta à necessidade identificada por Franco Basaglia de colocar a doença entre parênteses para que se possa tratar e lidar com os sujeitos concretos que sofrem e experimentam o sofrimento (*apud* LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Contudo, superada em parte a questão do enclausuramento do sujeito considerado doente, ainda não se pôde superar a proliferação de “manicômios subjetivos”, da disseminação de uma noção de normalidade que habita as subjetividades e da patologização crescente da vida subjetiva, que dentre outros tantos fatores, mitiga a conquista de cidadania dos usuários da rede substitutiva e do SUS. As classificações de adoecimento propostas pela psiquiatria se popularizaram e passaram a dizer respeito ao todo =dos sujeitos, referindo-se a cada vez mais pessoas e estendendo-se não apenas àquele que seria tachado de “louco”, (ou, na versão psiquiátrica, esquizofrênico), mas também aos “deprimidos”, aos “ansiosos”, aos “desatentos e hiperativos”, e assim por diante, de forma que muitos de nós possamos ser taxados individualmente de anormais antes que possamos pensar em um adoecimento social, da cultura, do nosso modo de lidar com a diferença e de garantir, ou não, os direitos dos cidadãos.

Como coloca Baremlitt (2012), os inúmeros recursos com os quais nossa civilização define e gerencia a problemática da loucura não estão, de modo algum, separados do resto da parafernália de produção-reprodução-controle-eliminação-reabilitação de formas de subjetividade possíveis. Dessa maneira, Baremlitt. denuncia, a partir de sua leitura de Lourau e Castel, a tendência da cultura dominante em difundir a indiferença, o frenético alastramento de valores capitalistas desmobilizadores e dessolidarizantes, diversos tipos de individualismo e o engajamento impensado das pessoas na manutenção de um sistema que historicamente vem gerando a exaltação de alguns, a mediocrização de outros e a exclusão, precariedade e vulnerabilidade de quase todos.<sup>[09]</sup>

A esse respeito, o dispositivo em questão, o acolhimento coletivo em saúde mental, mostrou-se ser um paradigma e um mirante, uma promessa de

outra perspectiva de compor essa sociedade e, a partir desse novo lugar, lidar com o sofrimento. Os usuários expressaram constrangimento, muitas vezes apenas inicial, em expor suas questões, ao que parece entendidas como “anormalidades” individuais. Contudo, a experiência de estar no acolhimento coletivo suscitou a percepção de que “os outros também tem problemas”, semelhantes ou não, considerados mais ou menos graves, e, nesse sentido, borrou a fronteira entre os sofrimentos individualizados e considerados comportamento desviante. Esse fenômeno diz respeito à potencialidade desse dispositivo de produzir grupalidade em apenas dois encontros, entendendo-se aqui a grupalidade na forma como a coloca Benevides (2012), não como o surgimento, aos moldes da idéia de indivíduo, de uma nova unidade e de uma totalidade, de uma espécie de organismo com mecanismos e estrutura próprios que existe compartilhando determinado tempo e espaço, mas sim a grupalidade galgada em uma subjetividade múltipla, provisória e transversal aos sujeitos ao mesmo tempo em que experienciada particularmente por cada um. Benevides entende o grupo como dispositivo, ou seja, um catalisador existencial a partir do encontro, capaz de produzir focos mutantes de criação e acentuar a polivocidade dos componentes de subjetivação, de forma a irromper em devires que nos descoloquem do lugar intimista e privatista em que fomos colocados como indivíduos.

Ainda que não se possa dizer que todos os usuários valorizaram o formato coletivo do acolhimento, fora identificada pela maioria desses a necessidade de continuidade e intensificação do processo, de mais encontros, de mais usuários, como se aquele fosse o espaço entendido como o disparador das mudanças e afetações necessárias. Nesse sentido, o acolhimento coletivo, a partir da coordenação avaliada como acolhedora e habilidosa, da premissa do partilhar as experiências pessoais de cada um e refletir conjuntamente sobre como elas se encontram e desencontram, parece disparar entre parte dos usuários uma demanda por grupalidade maior do que aquela que pode dar conta enquanto dispositivo de acolhimento. Esse não deveria ser necessariamente um problema, uma vez que o papel do acolhimento coletivo seria justamente o de, para além de acolher essa e outras demandas trazidas

pelos usuários, fazê-las circular através dos demais dispositivos do serviço e da rede.

Todavia, nesse ponto a promessa de uma saúde mental coletiva, baseada na idéia de valorização da subjetividade como construção transversal de formas de ser e na promoção de autonomia, esbarra em uma descontinuidade do processo de cuidado, escuta, vínculo. Os usuários referiram dificuldades em dar continuidade ao cuidado a partir do acolhimento coletivo. Não somente os usuários, mas a própria equipe, demonstrou maior facilidade em aderir a formas de cuidado centradas na medicalização e ambulatorização do sofrimento. Quando outras estratégias foram colocadas como possíveis, parece haver uma tendência a serem ofuscadas pelas anteriores, mais práticas, talvez mais rápidas, envolvendo menos (re)investimento de diferentes atores, tanto da equipe como da comunidade e da rede intersetorial. Independentemente da estratégia adotada, seria interessante que, para além do momento de acolhimento coletivo, os projetos terapêuticos pudessem ser acompanhados e repensados coletivamente, por usuário e equipe, ao longo do seu processo de implantação, o que, na experiência do pesquisador em relação ao campo da pesquisa, nem sempre foi possível.

Correira, Barros e Colveiro (2011) identificam certa fragilidade e irregularidade na maneira como as equipes de atenção básica têm abordado a saúde mental, a partir de uma concepção flexneriana de saúde, biologicista e centrada nos especialismos. Nesse sentido, o “corpo” biológico, passível de procedimentos padronizados, é mais facilmente identificado como objeto de intervenção do que a “mente”, ou a subjetividade. Esse processo favorece um “não-lugar” da saúde mental junto às equipes de atenção básica, que tendem a inferir que o lugar do sofrimento psíquico é junto ao psicólogo ou ao psiquiatra, ou em outro nível de atenção, em especial quando esse sofrimento se aproxima da noção de “doença mental”. A medicalização do sofrimento, nesse sentido, responde à demanda das equipes de oferecer um tratamento a partir desse não-lugar e compatível com a referida visão de saúde mental, ou de uma suposta ausência dessa. Curiosamente, por outro lado, as equipes realizam uma série de atividades com impacto positivo sobre a saúde mental dos

usuários, sem muitas vezes relacionarem-se esses efeitos com uma sensibilidade ou aptidão para com a temática da saúde mental, que persiste identificada com o adoecimento diagnosticável e com o cuidado especializado.

Na equipe em questão, ainda que existam um debate sobre a prática do acolhimento bastante presente e uma sala destinada ao acolhimento dos usuários que chegam à unidade, que é realizado por membros da equipe das diversas categorias profissionais, o acolhimento dos aspectos relativos à saúde mental precisou ganhar um outro lugar e um outro tempo (sendo a falta de tempo justamente uma das justificativas de alguns membros da equipe para não acolher o sofrimento). Contudo, para além do entendimento de acolhimento como um setor do processo de trabalho, Mehry (1994) aponta para a necessidade de reflexão sobre como são as práticas profissionais nos diferentes momentos de relação com os usuários, pois entende que o acolhimento consiste em uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários, buscando a resolução de suas demandas a partir de uma relação de respeito a sua autonomia, ao mesmo tempo em que pela responsabilização e pelo vínculo. Nessa perspectiva, acolher integralmente os sujeitos diz menos respeito à delimitação de espaços e tempo onde possam circular certas demandas e mais ao estabelecimento de redes e vínculos a partir de uma disponibilidade para a escuta e diálogo ao longo do tempo. Dessa forma, o acolhimento de questões relativas à saúde mental não pode se esgotar apenas a partir do próprio dispositivo de acolhimento coletivo em saúde mental.

Essas falhas no processo amplo de acolhimento das demandas trazidas pelos usuários, em parte responsáveis pela dificuldade na continuidade do cuidado, são refletidas pela avaliação que os usuários fizeram dos efeitos benéficos possíveis a partir do acolhimento. A insuficiência relacionada a esses efeitos, contudo, precisa ser avaliada dentro de um contexto mais amplo, que engloba os entraves a uma saúde mental coletiva que se apresentam pontualmente na assistência ao usuário nessa unidade, mas que remontam ao panorama cultural mais amplo discutido aqui, que envolve a centralidade no indivíduo e na idéia de doença mental, o enfraquecimento dos laços solidários

e da própria noção de comunidade, as influências capitalistas de apreço a produtividade e à lógica de mercado, que pesam sobre usuários, equipe, gestores, etc. Nesse sentido, os triunfos e fracassos relacionados a esse dispositivo precisam ser pensados não apenas na resposta a demandas tomadas como pontualmente clínicas, mas também na sua potencialidade, na “promessa” antes referida, de interrogar a forma como entendemos a subjetividade, a saúde e a doença mental em nossa sociedade.

### **Considerações Finais**

A proposição inicial desse estudo, de investigar a percepção dos usuários sobre um dispositivo de acolhimento em saúde mental em específico, mostrou-se, mais do que uma tarefa pontual, um ponto de partida interessante para um processo avaliativo amplo, que diz respeito desde ao serviço em que esse dispositivo está inserido até à forma como nossa sociedade vem pensando o sofrimento e o adoecimento mental. Mostrou-se necessário interrogar, dentro desse contexto de reprodução de individualismos e de patologização do sofrimento e da diferença, qual a função do fazer em saúde. Em especial, para além do dispositivo, tornou-se necessário questionar como a atenção básica em saúde, herdeira não apenas de idéias manicomiais mais de uma noção biologicista de saúde, tem sido capaz de compor a rede substitutiva em saúde mental e propiciar um cuidado vinculado ao território.

A experiência local que abordamos aqui parece servir de amostragem de um fenômeno de larga escala, em que apesar dos avanços, ainda se faz necessária uma atualização não apenas dos pressupostos teóricos e técnicos, mas do próprio propósito da atuação na saúde e na saúde mental, se ainda é possível essa divisão. A esse respeito, Soares e Camargo Jr. (2007) entendem que a autonomia merece ser resgatada como valor fundamental à saúde, à cidadania e à própria vida e essencial dentro de um projeto de sociedade democrática e responsável. Afirmam que a autonomia não se dá de forma absoluta e pressupõe um processo contínuo de construção, a partir de uma rede maleável de dependências, que se vê reduzida no adoecimento e que precisa se estender não apenas ao campo dos serviços de saúde, mas da

política e da vida como um todo. Na perspectiva da construção de autonomia, acolher questões relativas à saúde mental diz respeito, portanto, a um processo e, não a um evento, e a uma ampliação de sensações e vivências, e não apenas à eliminação da sensação de sofrimento. Diz respeito a estimular novos encontros e novas dependências, e não reafirmar os caminhos já percorridos pelos usuários.

É inegável que existam demandas colocadas por esses de se arrefecer o sofrimento, de se “normalizar” o “anormal”, de se reabilitar indivíduos para que retomem sua “vida funcional” na escola, no trabalho, em casa. O ambulatório, em seu sentido mais tradicional, e a medicação, muitas vezes sozinha, atendem a essa demanda, e muitos usuários ficam agradecidos por isso. Dentro de uma visão clínica restrita, temos nas prescrições uma possibilidade de “cura” e a justificativa para a existência do profissional de saúde enquanto detentor do saber ou especialista.

Contudo, se a nossa perspectiva não é a normalidade, mas a autonomia, se não é a adaptação, mas a construção de cidadania, precisamos tomar cuidado para não tomar o propósito de nosso fazer de forma equivocada, perpetuando formas de dependência rígidas e restritas, tanto no que diz respeito ao uso de um fármaco quanto na redução de um sujeito a um diagnóstico ou a um determinado imperativo de identidade e de relação com os demais.

Dessa forma, não se trata de não acolher as demandas de ambulatorização e medicalização do sofrimento, mas de manter a perspectiva de ampliação dessa demanda, de mostrar que há espaço para a singularidade e para oferta de formas distintas de cuidado, inclusive daquelas formas que têm sido ofuscadas pelos especialismos, como o afeto, o vínculo, a produção de novos encontros e dependências. Promover um acolhimento que produza autonomia passa também por sustentar formas de acolher a singularidade da vida dos sujeitos, de seu contexto familiar, de trabalho, de vida em sociedade e de relação com seu corpo. Questões que não respondem ao uso de medicação e que muitas vezes nem mesmo o solicitam, e por isso são mais desafiadoras e complexas, gerando demandas de escuta, de reflexão sobre coisas da vida, de

troca com o outro, às vezes por mais tempo e com mais pessoas, como colocaram alguns usuários entrevistados.

Nessa perspectiva, o dispositivo de acolhimento coletivo em saúde mental precisa se aprimorar, junto à equipe, usuários, comunidade e rede na sua aposta na produção de encontros e dependências maleáveis. É preciso que esse possa trazer elementos para que a equipe repense o lugar que tem dado à saúde mental nas suas formas de cuidar. Faz-se necessário que a percepção que os usuários entrevistados apresentaram de que “os outros também têm problemas” possa se perpetuar enquanto gérmen de uma noção de grupalidade e de coletividade para além das fronteiras do dispositivo, recolocando a questão do pertencimento ao território e as possibilidades de existência em comunidade que esse oferece. O acolhimento coletivo em saúde mental precisa convocar a equipe, os usuários, a comunidade e a rede da saúde e intersetorial a acolherem juntos, fazendo valer princípios da atenção básica caros à Reforma Psiquiátrica como o da coordenação do cuidado, assim como o da responsabilização, do vínculo, da longitudinalidade e do cuidado em território (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Através desse processo, será possível não somente responder melhor às diversas demandas clínicas dos usuários, mas tomar essas como indissociáveis da produção de sua autonomia e de um projeto de saúde voltado para a construção de cidadania. Trata-se, em suma, de dar mais um pequeno passo para que se consolidem, apesar dos amplos entraves no nível socioeconômico, político e cultural, a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária em nosso país.

## Referências

BAREMBLITT, G. Apresentação. **Saúde e Loucura**, São Paulo, n.4, p.3-19, 2012.

BARROS, R. D. B. Grupo e produção. **Saúde e Loucura**, São Paulo, n.4, p.3-19, 2012.

BONI, Valdete; QUARESMA S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n.1(3), p. 68-80, janeiro/julho 2005. Disponível em:<  
<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

CAMPOS, R. O., GAMA, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.), **Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**, 2 ed., São Paulo: Hucitec, 2010, p. 210-231.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 45, n.6, p.1501-1506, 2011.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n.1, p.165-181, 2001.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, W. S. C. et al (Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**, São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2006, p.615-634.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994, p.117-159.

MINAYO, M. C. S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n.2, p.44-57, set/dez 2004.

PROENÇA, E. L. **Qorpo-Santo: pelos (des)caminhos da loucura no Brasil do século XIX**. 2012. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. 2012.

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.

SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO JUNIOR, K. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 21, p. 65-78, 2007.