



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Manuela Rodrigues Müller

Competência Cultural no Matriciamento em Saúde Mental

Rio de Janeiro
2019

Manuela Rodrigues Müller

Competência Cultural no Matriciamento em Saúde Mental

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rossano Cabral

Coorientador: Prof. Dr. Francisco Ortega

Rio de Janeiro
2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M958 Müller, Manuela Rodrigues
Competência cultural no matriciamento em saúde mental / Manuela Rodrigues Müller – 2019.
187 f.

Orientador: Rossano Cabral
Coorientador: Francisco Ortega

Tese (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde mental– Teses. 2. Competência cultural – Teses. 3. Atenção primária à saúde – Teses. 4. Diversidade cultural – Teses 5. Serviços de saúde mental – Teses. 6. Pesquisa qualitativa – Teses. I. Cabral, Rossano. II. Ortega, Francisco. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 616.89-008.47:316.7(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Manuela Rodrigues Müller

Competência Cultural no Matriciamento em Saúde Mental

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 02 de abril de 2019.

Orientador: Prof. Dr. Rossano Cabral
Instituto de Medicina Social – UERJ

Coorientador: Prof. Dr. Francisco Ortega
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Ana Elisa Bastos Figueiredo
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Octavio Andres Ramon Bonet
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Eduardo Levcovitz
Instituto de Medicina Social - UERJ

Rio de Janeiro
2019

DEDICATÓRIA

A Augusto Müller, por me ensinar a buscar as palavras.
A Yolanda Camejo e Meir Abecassis, por me ensinarem a fazer avessos com elas. Todos *in
memoriam*.

AGRADECIMENTOS

Eu já quis ser azul, ou linha reta. Andando por aí, encontrei azulejos e arestas que me fizeram querer ser lagarto colorido de caquinhos.

A Rossano e Francisco, obrigada por tantos caquinhos ora espalhados, ora encaixados, mas, sobretudo, pela parceria generosa.

À banca, pela leitura e pela ajuda na construção desse projeto e, em especial, à professora Ana Elisa Bastos Figueiredo.

Aos profissionais e gestores, que gentilmente compartilharam comigo suas experiências e saberes.

Aos pacientes e seus familiares, por compartilharem comigo suas dores, mas também suas alegrias e invenções de viver.

Aos amigos queridos, de trabalhos, de pesquisas, de globalidades, da vida. Os que já vem há anos me acompanhando na construção do dia a dia e que me deram apoio para chegar até aqui – Fatima Giovaninni, Fernando Sobhie, Munira Proença, Sergio Zaidhaft, Silvana Ferreira, Silvia Alexim. Aos que me ajudaram aqui – Alice Menezes, Angela Figueiredo, Arbel Griner, Celina Ragoni, Cristiana Serra, Eduardo Zaidhaft, Isadora Ramos, Leandro Wenceslau, Marina Valle, Paula Colodetti, Sonia Lemos, Tatiana Soares, Vitor Lobato. E aos que estão sempre “perto” - Adriana Esteves, Ana Cristina Duarte, Coletivo ASSADIS, Leonardo Val de Casas, Thaíssa Travassos, Marina Saiani (por abrir janelas para meus livros), Alfredo Luz e Flavia Yared (por me mostrarem as cidades do Rio).

A todas as equipes com as quais já trabalhei, mas, especialmente, Bianca Bruno, Bianca Dantas, Edna Araújo, Marina Araújo, Rosimar Merodio.

À família amada, boa de papo, de gargalhadas e de batalhas. Especialmente, à Maria Lucia, Raquel, Jacqueline, Maúcha, Miriam Paixão, Patrícia Santana, Sônia e Violeta, mulheres maravilhosas que cuidaram para que eu pudesse sair. E, ao Júlio, por todo o apoio concreto-telepático. Ao Rodrigo, chão onde me deito para ver o céu, e Benjamin, meu companheirinho de nuvens e aventuras.

Se digo que a cidade para qual tende a minha viagem é descontínua no espaço e no tempo, ora mais rala, ora mais densa, você não deve crer que pode parar de procurá-la. Pode ser que enquanto falamos ela esteja aflorando dispersa dentro dos confins do seu império...

Marco Polo a Kublai Khan, em *Cidades Invisíveis*, de *Italo Calvino*.

RESUMO

MÜLLER, Manuela Rodrigues. **Competência Cultural no Matriciamento em Saúde Mental**. 2019. 187 f. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O Matriciamento ou cuidado colaborativo, adotado no Brasil e defendido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), permite a detecção precoce dos transtornos mentais, o tratamento e a continuidade de cuidado na comunidade. Incorporar um olhar sobre a cultura pode ser útil para lidar com os desafios suscitados nos encontros clínicos. Pretendeu-se, então, observar se e como a diversidade cultural e as configurações culturais específicas dos serviços e de suas comunidades são reconhecidas como impasses e/ou potencialidades ao planejamento terapêutico negociado entre profissionais de saúde da família e matriciadores de saúde mental. Para tanto, realizou-se pesquisa qualitativa, entrevistando-se profissionais de saúde da família e matriciadores, por meio de entrevistas episódicas, analisadas segundo referencial da Análise do Discurso. Embora os profissionais percebam os condicionantes socioculturais relacionados aos casos clínicos e às interações com usuários, comunidade e entre profissionais, a noção de competência cultural se mostrou insuficiente para uma compreensão ampliada e crítica da diversidade cultural, demonstrando a necessidade de estimular o debate em torno da dimensão sociocultural, a partir das particularidades das reformas sanitária e psiquiátrica brasileiras.

Palavras-chave: Competência cultural. Saúde mental. Matriciamento. Atenção primária em saúde. Diversidade cultural

ABSTRACT

MÜLLER, Manuela Rodrigues. **Cultural Competence in Mental Health Collaborative Care**. 2019. 187 f. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

The collaborative care, adopted in Brazil, and defended by the World Health Organization (WHO) allows the early detection of mental disorders, treatment and continuity of care in the community. Incorporating a culture outlook can be helpful in dealing with the challenges raised in clinical encounters. It was then sought to observe if and how cultural diversity, materialized by the specific cultural configurations of services and their communities are recognized as obstacles and / or potentialities for the therapeutic planning negotiated between family health professionals and mental health supporters. For that, a qualitative research was conducted, interviewing family health professionals and mental health supporters through episodic interviews, analyzed according to the discourse analysis framework. Although professionals observe sociocultural determinants related to clinical cases and interactions with users, community and professionals, the notion of cultural competence has proved insufficient for a broad and critical understanding of cultural diversity, demonstrating the need to stimulate the debate around of the socio-cultural dimension, considering the particularities of the Brazilian sanitary and psychiatric reforms.

Keywords: Cultural competence. Mental Health. Collaborative care. Primary health care. Cultural diversity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Foto 1 -	Estação de trem Maracanã.....	33
Quadro 1 -	Fundamentos essenciais da competência cultural.....	41
Foto 2 -	Via pública, região Méier.....	55
Foto 3 -	Vista de comunidade, região Centro.....	71
Foto 4 -	Via pública, região Méier.....	96
Figura 1 -	Guias para análise e núcleos discursivos significantes Médicos.....	119
Figura 2 -	Guias para análise e núcleos discursivos significantes Matriciadores.....	122
Figura 3 -	Guias para análise e núcleos discursivos significantes Médicos	125
Figura 4 -	Guias para análise e núcleos discursivos significantes Matriciadores	129
Figura 5 -	Guias para análise e núcleos discursivos significantes Médicos	137
Figura 6 -	Guias para análise e núcleos discursivos significantes Matriciadores	147
Figura 7 -	Guias para análise e núcleos discursivos significantes Médicos	152
Figura 8 -	Guias para análise e núcleos discursivos significantes Matriciadores.....	157
Foto 5 -	Via pública, região Méier.....	163
Quadro 2 -	Componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa.....	184
Quadro 3 -	Diretrizes indicadas no processo de humanização do SUS.....	187

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Análise do Discurso
AP	Área de Planejamento
APA	Associação de Psiquiatria Norte-Americana
APS	Atenção Primária em Saúde
CA	Clínica Ampliada
CC	Competência Cultural
CDSS	Comissão de Determinantes Sociais da Saúde
CE	Competência Estrutural
CF	Clínica da Família
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ER	Equipe de Referência
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MCP	Medicina Centrada na Pessoa
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OS	Organização social
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RP	Região de Planejamento
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SISREG	Sistema de Regulação
SM	Saúde Mental
SMG	Saúde Mental Global
SMS -RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
WHO/WONCA	Organização Mundial de Médicos de Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 COMPETÊNCIA CULTURAL	34
1.1 Limites e Críticas	44
1.2 Competência Cultural no Brasil	49
2 DIVERSIDADE CULTURAL NA SAÚDE MENTAL – VARIAÇÕES E VICISSITUDES EM TERRAS BRASILEIRAS	56
2.1 Noção de cultura: variações sobre diferentes temas	56
2.2 Sobre a Saúde Coletiva no Brasil.....	61
2.3 Institucionalização da RPB	65
3 LÓGICAS DO CUIDADO: AS FRONTEIRAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL	72
3.1 A Saúde da Família	72
3.2 Os princípios na prática	75
3.3 Método Clínico Centrado na Pessoa.....	76
3.4 Clínica Ampliada.....	79
3.5 O caso da Saúde Mental	83
3.6 Matriciamento ou Apoio Matricial – Saúde Mental na Atenção Primária	86
3.7 Atividades do Matriciamento.....	89
3.8 Apreendendo pessoa e contexto em tempos de interação.....	93
4 RESULTADOS – DESCRIÇÃO DO CAMPO E ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS	97
4.1 Relação da pesquisadora com os entrevistados e com a experiência de observar	97
4.2 Descrição das unidades e dinâmica das entrevistas	101
4.2.1 <u>Primeira Unidade (A)</u>	102
4.2.2 <u>Segunda Unidade (B)</u>	109
4.3 Comparando para diferenciar	114
4.4 Análise das Entrevistas	116
4.4.1 <u>Descrição dos entrevistados</u>	117
4.4.2 <u>Guias para análise (categorias conceituais)</u>	118
4.4.3 <u>Instrumentos de Competência Cultural para aplicação nas práticas de cuidado</u>	124
4.4.4 <u>Relatos de caso de saúde mental</u>	133
4.4.5 <u>Abordagem planejada nas reuniões de matriciamento</u>	151
4.5 Em direção a um fechamento.....	159
CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
REFERÊNCIAS	168
ANEXO A - TÓPICOS NORTEADORES DA ENTREVISTA	181
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	182

ANEXO C - COMPONENTES DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA	184
ANEXO D - DIRETRIZES INDICADAS NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO SUS	187

INTRODUÇÃO

O interesse pelo doutorado e pelo tema da competência cultural vem sendo gestado há muitos anos, a partir de uma montagem com peças da minha vida pessoal e do trabalho.

Sou uma “brasileira” típica. Nasci em Caracas, filha de um mato-grossense e de uma carioca, filhos de um cuiabano de “chapa e cruz” e de uma recém campo-grandense, portuguesa de Lavos e, do outro lado, do pernambucano mais carioca que já nasceu e de uma suburbana de Tenerife e Salamanca. Casada com um marroquino de Belém, tenho um filho meio pantaneirinho, meio judeu. Crescer assim, com muitos lugares para ir e com muitas conversas para entender, me trouxeram até aqui.

A medicina que fui fazer era para ter a possibilidade de ajudar em qualquer lugar, para ser uma médica sem fronteiras. E a saúde mental que aprendi era para estar ao lado dos que não tinham onde ir. Mas a medicina, que eu achei que me levaria a qualquer lugar, não foi suficiente para dar movimento aos pacientes com os quais convivi (e ainda convivo). Foram seus questionamentos, recusas e invenções que alargaram as possibilidades e que permitiram o andar juntos.

Ajudar e estar ao lado não são simples. Ajudar quem? Por que? Como? Quem define o que, quanto e quando? Assim, se no mestrado pensei uma estratégia de cuidar - ao mesmo tempo, pública e singular - para ir ao encontro dos que não conseguiam chegar ao tratamento, no doutorado, voltei um passo atrás. Dediquei-me a entender por que não conseguiam chegar, ou antes, não queriam. Tentei transformar as minhas experiências de fronteira em questão e em um estudo. Não foi nada fácil. Acho que agora poderia começar de novo.

Assim, pretendo contextualizar o cenário assistencial a que a pesquisa se refere, o campo de estudos que pode trazer elementos críticos para a apropriação do tema e análise dos resultados da pesquisa e, finalmente, a trajetória metodológica adotada para a discussão desenvolvida ao longo da tese.

Das novas práticas de cuidado

No Brasil, foi elaborada uma estratégia de colaboração nas práticas de saúde, denominada Apoio Matricial ou Matriciamento (ATHIÉ, FORTES e DELGADO, 2013), que tem sido indicada para a articulação entre a Atenção Primária em Saúde (APS) e a atenção especializada.

Encontros regulares entre as equipes de saúde e os especialistas foram planejados como espaços de troca, onde casos clínicos são discutidos, assim como as alternativas de manejo, considerando as especificidades individuais dos pacientes, do território e da rede de serviços disponíveis para o agenciamento das situações. Pretende-se a transformação da lógica do referenciamento e contra referenciamento à medida em que o apoio matricial se dá. Esse apoio tem como objetivo a construção conjunta de um plano terapêutico a partir de uma atividade colaborativa interdisciplinar entre um profissional especializado e a equipe de referência (ATHIÉ, FORTES e DELGADO, 2013; FORTES et al, 2014).

Embora o apoio matricial já fosse indicado, desde 2003, como a principal diretriz para assistência em saúde mental na atenção básica, foi somente a partir de 2008, após o lançamento da portaria 154/2008 instituindo os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (Brasil, 2008), que se fortaleceu como dispositivo clínico e organizacional (WENCESLAU e ORTEGA, 2015). Os NASFs são constituídos por diferentes especialistas, incluindo profissionais de saúde mental (ATHIÉ, FORTES e DELGADO, 2013; FORTES et al, 2014).

Essa estratégia adotada no Brasil também tem sido defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Mundial de Médicos de Família (WHO e WONCA, 2008). Entre os benefícios desse arranjo, defende-se que a APS pode se ocupar da identificação precoce do sofrimento psíquico, do tratamento de transtornos mentais comuns e do manejo de pacientes psiquiátricos estáveis, referenciando para outros níveis quando necessário, bem como atendendo às necessidades de saúde mental de pessoas com problemas de saúde física, além de garantir continuidade de cuidado.

Entre as razões e benefícios para essa conformação destacam-se: a elevada carga de doença dos transtornos mentais; a conexão entre problemas de saúde física e mental; a lacuna terapêutica importante dos transtornos mentais; a melhoria no acesso aos cuidados; a promoção dos direitos humanos; a disponibilidade e o custo-efetividade; e os bons resultados clínicos (WENCESLAU e ORTEGA, 2015).

De forma geral, entende-se que a prática interdisciplinar desenvolvida nesses encontros permite um diálogo entre os profissionais de saúde e, conseqüentemente, uma aproximação dos usuários e de suas realidades, questionando o olhar acerca do fenômeno saúde-doença baseado na medicalização e objetificação do doente (ATHIÉ, FORTES e DELGADO, 2013; FORTES et al, 2014; TORRE e AMARANTE, 2001; MULLER, 2010).

A interface entre saúde mental e saúde da família é relativamente recente na saúde coletiva brasileira e, embora entendida como potencialmente positiva, no que diz respeito ao

acesso e à qualidade de cuidado para os pacientes e comunidades atendidas, ainda requer mais estudos (WENCESLAU e ORTEGA, 2015).

A experiência de saúde-adoecimento-busca por cuidado como uma construção dialógica pode se expressar de modo proeminente na interface do matriciamento, assim como os fatores necessários para o seu desenvolvimento. Em especial, três de seus aspectos constituintes, quais sejam, os fatores dependentes do paciente: sua história de vida, seu entorno, sua cultura e de sua comunidade, sua experiência prévia com os serviços e profissionais de saúde. Os fatores relativos aos profissionais de saúde são: formação, experiência profissional, como entendem seu trabalho, como lidam com os pacientes e familiares sob sua responsabilidade. Os fatores relacionados ao meio em que o encontro clínico se dá são: se proporciona condições ou limitações para a negociação terapêutica, se atenua ou potencializa condições de desigualdade.

Assim, as implicações clínicas e para o trabalho em saúde do processo saúde-doença-busca por cuidado também se tornam evidentes diante do encontro diário com pessoas que descrevem suas vivências em outros termos, inserem-nas em lógicas culturais diversas do modelo biomédico e lançam mão de estratégias de enfrentamento inesperadas (a partir de uma perspectiva biomédica). E, além do óbvio impacto no manejo dos casos, por exemplo, na baixa adesão ao projeto terapêutico, ainda há o risco de negligência de aspectos significativos do processo adoecimento-busca de tratamento, relacionados a fatores socioeconômicos e culturais, bem como, atualização do contexto de exclusão, violência (estrutural) e iniquidades no acesso aos serviços e ao cuidado de qualidade (KIRMAYER, 2012; KIRMAYER, ROUSSEAU e GUZDER, 2014).

Referencial teórico

Há, no Brasil, um debate incipiente em torno do *silenciamento da cultura* (NUNES, 2009, p. 38) que se dá nas práticas de saúde mental e se expressa pelo não reconhecimento da diversidade nos contextos interativos ou por sua recusa, quando seu reconhecimento implica em conflito, pela confusão com outros fenômenos sociais, ou por meio de “reificação ou caricatura da mesma” (NUNES, 2009).

Na Atenção Primária à Saúde, a noção utilizada para a transmissão do debate em torno da construção dialógica da experiência do adoecimento e do cuidado é a Competência Cultural. Todavia, observamos poucas referências na literatura nacional para o termo Competência Cultural (CC).

Encontramos, no Tratado de Medicina de Família e Comunidade (2012), referência para a formação de profissionais de saúde da área de Saúde da Família no Brasil, um capítulo específico para o tema da CC (TARGA e OLIVEIRA, 2012). Nesse texto, Targa e Oliveira (2012) definem a CC como a habilidade dos profissionais de saúde e serviços de adequarem os cuidados em saúde prestados em relação à grande diversidade de necessidades das pessoas e dos grupos acompanhados.

Além disso, apontam para o fato de o Brasil ser um país grande, com grande diversidade cultural. Então, torna-se fundamental que os profissionais adquiram conhecimentos, habilidades e sensibilidade intercultural para o exercício de suas atividades. Outros pontos positivos na adoção desse instrumental teórico seriam: adequação a subgrupos populacionais, com melhora na comunicação e relação entre equipe e usuários; melhora no processo de negociação terapêutica com impacto sobre a adesão ao tratamento; e, por fim, redução no atrito com outros modos de cuidar frequentemente mobilizados pelos pacientes e seus familiares (TARGA e OLIVEIRA, 2012).

A tradição da antropologia médica (norte-americana) forneceu os elementos estruturantes do debate da noção de Competência Cultural (TAYLOR, 2003; KLEINMAN e BENSON, 2006; KIRMAYER, 2012). Entre as observações realizadas por essa corrente, está o reconhecimento do caráter processual das relações estabelecidas entre profissionais de saúde e paciente, expresso como um diálogo instituído com o usuário e seu entorno, incluídos num contexto mais abrangente (KIRMAYER, ROUSSEAU e GUZDER, 2014).

Na antropologia médica, o processo saúde-doença-busca de cuidado é atravessado por significados socialmente construídos e pelas estruturas sociais mais amplas que conformam as sociedades¹. Assim, a cultura forneceria modelos de e para interpretar os comportamentos humanos, inclusive os associados ao processo saúde-doença-busca de cuidado. Cada grupo coletivamente organizado estabelece um conjunto de conhecimentos, práticas e instituições conhecidas como sistemas de atenção à saúde (COSTA e GUALDA, 2010; LANGDON e WIIK, 2010).

¹A origem da antropologia médica está associada ao desenvolvimento da etnomedicina nos Estados Unidos. Os autores seminais dessa corrente (Rivers e Ackerknecht) entendiam que, para compreender o sistema médico de uma cultura, era importante examiná-lo a partir de seu contexto sociocultural. Todavia, a noção de cultura que orientava o trabalho desses autores era a de um sistema fixo e homogêneo. Só a partir da década de 1960, sob influência da antropologia interpretativa de Geertz, é que a cultura passa a ser vista como uma construção simbólica dinâmica em que os atores sociais dão sentido e organizam sua existência. Nesse enfoque, a doença é entendida como experiência que se dá imersa num processo sociocultural, se analisando duas questões: como as pessoas explicam o adoecimento e a busca de cuidado; e os efeitos biológicos e psicológicos no organismo humano (COSTA e GUALDA, 2010).

O sistema de atenção à saúde reúne todos os elementos relacionados à saúde numa sociedade, tais como o corpo de conhecimento, técnicas diagnósticas e terapêuticas, os agentes envolvidos na aplicação dessas técnicas e os padrões de comportamento relacionados ao processo saúde-doença-busca de cuidado nessas comunidades. As instituições e as relações de poder também configuram os sistemas de atenção à saúde. E, em sociedades complexas, ou seja, aquelas formadas por diferentes grupos com variações intra e intergrupais, há vários sistemas de saúde atuando concomitantemente e as pessoas procuram diferentes sistemas de atenção ao longo do processo de busca de cuidado (LANGDON e WIIK, 2010).

Esse sistema é amparado por esquemas de símbolos que se expressam através de práticas, interações e instituições; todos condizentes com a cultura geral do grupo, que por sua vez, servem para definir, classificar e explicar os fenômenos percebidos e classificados como doença. (...) Consequentemente, a maneira através da qual um determinado grupo social pensa e se organiza, para manter a saúde e enfrentar episódios de doença, não está dissociado da visão de mundo e da experiência geral que esse tem a respeito dos demais aspectos e dimensões sócio-culturalmente informados. Será somente a partir da compreensão dessa totalidade que serão apreendidos os conhecimentos e práticas atrelados à saúde dos sujeitos formadores de uma sociedade portadora de um sistema, ou cabedal, cultural próprio (LANGDON e WIIK, 2010, p. 178).

Trata-se então de um modelo conceitual e analítico e não de uma realidade (consciente) para os grupos sociais. Como ferramenta, ajuda a compreender e a sistematizar diversos elementos vivenciados no cotidiano de forma fragmentada e muitas vezes subjetiva. A partir dessa nova perspectiva, os sistemas médicos são sempre conjuntos complexos de conhecimento e prática, meios de expressão ideológica e simbólica e, assim, inseparáveis de interesses sócio-políticos, bem como dos processos transformadores de mudança cultural (GREENE, 1998).

Entre as dimensões que moldam a variedade de estratégias de cuidado, duas são importantes para a pesquisa ora apresentada. A dimensão simbólica, ou o sistema cultural de saúde, é conformada pelos conhecimentos e percepções que reconhecem, explicam e definem o adoecimento e se baseiam na visão de mundo dos grupos sociais. A dimensão social (também cultural), ou sistema social da saúde, é composta pelas instituições relacionadas à saúde, as organizações dos profissionais e seus papéis, padrões de interação e relações de poder (LANGDON e WIIK, 2010).

No universo de cada grupo social, os especialistas têm papel específico a desempenhar frente ao tratamento de determinada doença, e os pacientes têm certas expectativas sobre como tal papel será desempenhado, quais doenças o especialista pode curar, assim como uma ideia geral acerca dos métodos terapêuticos que serão empregados (LANGDON e WIIK, 2010; p. 179).

Na abordagem dos sistemas de atenção à saúde, a biomedicina também é percebida como um sistema cultural e, portanto, passível de análise antropológica como outros. Os conhecimentos biomédicos podem ser relativizados e o adoecimento pode ser compreendido como uma experiência em que os processos simbólicos articulam o contexto social e a realidade psicobiológica do paciente, na percepção da doença pelo paciente (*illness*), pelo profissional (*disease*) e a interação/negociação (*sickness*) que permeia o processo de legitimação social do episódio (GREENE, 1998; LANGDON, 2014).

Uma consequência das análises que consideram os diferentes sistemas de atenção à saúde em atividade concomitante é a possibilidade de observação dos aspectos políticos, econômicos e ideológicos que regulam tais sistemas. É o que Greene (1998) chamou de intermedicalidade. Tal noção visa ressaltar os aspectos contextuais que moldam a convivência de distintos sistemas de atenção, bem como as estratégias de poder em jogo nessas interações. Uma particularidade central nesse debate é a observação de que a realidade social negociada entre os agentes pressupõe agência social ou sujeitos politicamente ativos, que, em seu intercâmbio, geram sistemas médicos híbridos².

Por outro lado, a tradição da antropologia da saúde latino-americana, a partir de um posicionamento crítico em relação às tradições norte-americanas e francesas³, desenvolveu outros temas e categorias. Considera-se, então, que o dever da antropologia é lidar “com fenômenos complexos e relacionais, sejam eles numa tribo ou numa megacidade” (MINAYO, 1998, p.34), entre eles a própria noção de saúde.

(...) entender a saúde como objeto de interesse da sociedade, ou seja, *como o conjunto de ações e movimentos que ela promove para se manter saudável*, vai retirá-la, conceitualmente, da tutela médica, para ampliar suas fronteiras. E aí se incluem tanto a medicina e a saúde pública assim como todos os temas de relevância que recobrem o universo de uma sociedade saudável. Ou seja, serão seu objeto de reflexão teórico-prática as condições de vida que interferem nas condições de saúde; as políticas públicas e sociais do setor e intersetoriais; os vários sistemas terapêuticos, incluindo-se a atenção em todos os níveis; e por fim, os valores e

² Greene (1998) notou a incorporação criativa de tecnologias biomédicas por xamãs peruanos. Nesse trabalho, ele observou que o xamã demonstrou reconhecimento e compreensão de sua situação social intermediária e, subvertendo o uso de um instrumento médico (agulha), pôde atualizar o xamanismo – como sistema médico produzido ativamente.

³ Langdon (2014) indica que o enfoque da antropologia médica na cultura foi substituído, no Brasil e na América Latina, por outras noções, tais como prática, interação, experiência e sua relação com o ator que realiza as ações - agente, pessoa, sujeito. Tal virada estaria associada a uma perspectiva crítica aos estudos antropológicos que entendiam as crenças e outros aspectos culturais locais como primitivos e como obstáculos a comportamentos mais saudáveis, além de não reconhecer a estrutura socioeconômica na determinação dos processos saúde-doença. No Brasil, deu-se maior ênfase à *fabricação social do corpo e à construção da pessoa em contextos sociais diferentes* (p. 1023), refletindo preocupações com o urbanismo, expansão do capitalismo e modernidade. Os aspectos relacionais do adoecimento, entendido como experiência físico-moral, são centrais no debate brasileiro.

crenças que dão suporte aos limites da tolerância e vulnerabilidade da sociedade frente ao que afeta sua saúde individual e coletivamente (MINAYO, 1998, p. 35).

As várias formas de cuidado que operam atualmente em uma dada sociedade têm raízes culturais – de cunho religioso, étnico, político, científico –, configurando-se em formas distintas da biomedicina. Embora essas diferenças existam, elas costumam ser registradas e analisadas por meio de representações sociais e ideológicas, e muito menos no nível das práticas sociais (dos grupos sociais que as utilizam), reforçando uma concepção dominante de antagonismos e não de articulações interativas e negociadas entre as diferentes formas de atenção (MENÉNDEZ, 2003).

Desse modo, o que se observa é que, sob a chancela da perspectiva biomédica, uma série de atividades assistenciais é negada, ignorada ou marginalizada, apesar de serem frequentemente utilizadas por diferentes setores da população. Entre os elementos que ajudam a entender esse processo de marginalização, tem-se o caráter negativo atribuído à cultura, relacionada a saberes e a comportamentos folclóricos, atrasados, intervenientes nos resultados das intervenções (biomédicas) de saúde (MENÉNDEZ, 2003; VELIZ-ROJAS, BIANCHETTI-SAAVEDRA e SILVA-FERNÁNDEZ, 2019). Eventualmente, tais saberes são incluídos no planejamento das ações de saúde, nas estratégias de cuidado primários ou em contextos de expansão de cobertura de baixo custo e para populações marginais (MENÉNDEZ, 2003).

Atentos a tais incorporações limitadas, os sistemas de saúde e as instituições formadoras de profissionais de saúde têm envidado esforços para promover uma perspectiva positivada das particularidades socioculturais das comunidades acompanhadas⁴. Além das noções de Competência Cultural e Competência Estrutural, fortemente difundidas em países anglo-saxões, há, nos países latino-americanos (ou ibero-americanos), uma concepção que tem permeado o debate: a da interculturalidade.

Como em outras correntes já descritas, parte-se do entendimento de que a diversidade cultural dos contextos em que o cuidado em saúde se dá implica a incorporação de modelos teóricos integrativos, que possibilitem sua compreensão para proporcionar atenção de qualidade e relevante às comunidades a quem se direcionam tais ações. Para tanto, propõem um posicionamento teórico que problematize os conceitos de cultura e relativismo cultural, que instigue um movimento de *descolonização* em relação ao modelo biomédico dominante (VELIZ-ROJAS, BIANCHETTI-SAAVEDRA e SILVA-FERNÁNDEZ, 2019).

⁴ Um exemplo do caso brasileiro seria a noção de território. O modo como se dá sua apreensão será discutido mais à frente e articulado na análise dos resultados, tomando a revisão de Furtado et al (2016) como contraponto.

A perspectiva intercultural aponta para a natureza existencial dos laços sociais que precisam ser reconceituados, devido à diversidade étnica e cultural da sociedade cada vez mais evidente na contemporaneidade⁵. Surgiu na América Latina, na década de 1970, desenvolvendo-se durante os anos 1980 e 1990. Seus proponentes procuraram defender e empoderar grupos étnicos e questionar as relações de dominação que excluía, subordinavam e discriminavam esses atores sociais (MENÉNDEZ, 2016).

A interculturalidade é definida como um modelo integral para abordar a diversidade cultural, uma estratégia sociopolítica que se expressa em ações para o reconhecimento positivo da diversidade, sustentando as particularidades dos contextos socioculturais em questão. Desse modo, visa reconhecer e transformar um arcabouço estrutural que deu origem às desigualdades políticas, socioeconômicas e culturais, contribuindo para a solução de conflitos entre culturas (VELIZ-ROJAS, BIANCHETTI-SAAVEDRA e SILVA-FERNÁNDEZ, 2019).

Essa perspectiva visa unir e articular conhecimentos, uma vez que os problemas de saúde nunca são isolados, mas sim, manifestações da dinâmica social. Para tanto, propõe que diferentes disciplinas (psicologia, antropologia, sociologia, filosofia) deem aporte aos currículos de formação de profissionais de saúde de modo transdisciplinar, a fim de estimular um pensamento complexo, crítico e criativo. Esse apoio pode se dar tanto em cenários convencionais de ensino (sala de aula) quanto em cenários práticos, para gerar oportunidades de articulação e integração do conhecimento formal como conhecimento pessoal, desde que sejam estabelecidos espaços de reflexão sobre essas experiências individual e coletivamente (VELIZ-ROJAS, BIANCHETTI-SAAVEDRA e SILVA-FERNÁNDEZ, 2019).

Menéndez esclarece que

Várias iniciativas de saúde intercultural diferentes e por vezes divergentes surgiram como resultado desse processo, algumas das quais tinham um objetivo comum: a possibilidade de integrar a biomedicina à medicina tradicional baseada em relações "paralelas", em oposição à dominação e hegemonia / subordinação. Os interessados em promover essa integração procuraram "reabilitar" técnica e culturalmente a medicina tradicional, como parte de um processo mais amplo de fortalecimento dos povos indígenas, e melhorar a qualidade das relações entre profissionais de saúde e pacientes indígenas; não apenas para alcançar maior eficácia clínica, mas também

⁵ Veliz-Rojas, Bianchetti-Saavedra e Silva-Fernández (2019) entendem que o processo de globalização acentuou fenômenos sociais, tais como migrações, a diversidade cultural, os diferentes grupos étnicos e choque entre a cultura organizacional dos sistemas médicos ocidentais e de outros sistemas de atenção à saúde, implicando no fato de que as estratégias e as ações em saúde não podem estar sujeitas a uma visão simplista e estática da saúde e de sua relação com a sociedade. Além da interculturalidade, trazem à tona a noção de transculturalidade como possibilidade interativa. Nessa noção, há uma transcendência da interação entre diferentes culturas, ultrapassando as fronteiras, para alcançar seus interstícios, e dando origem a um novo espaço cultural em comum. Nesse sentido, tal ideia se aproxima da possibilidade de *tradução* discutida por Hall (1997), mas coloca um outro problema para o debate, que é precisamente o não enfrentamento das variáveis e conflitos postos nos encontros entre culturas (GUILHERME e DIETZ, 2014).

para reduzir a rejeição de cuidados biomédicos por povos indígenas e aumentar a demanda por serviços de saúde entre essa população, particularmente a atenção primária à saúde (MENÉNDEZ, 2016, p. 110)

Mais ainda, ele enfatiza que os processos interculturais são permanentes e históricos, fazem parte da vida cotidiana e se dão sempre que as sociedades interagem. Então, defende que a incorporação da interculturalidade nos processos de saúde-doença-prevenção-cuidados deve acessar e analisar os processos interculturais que operam na vida cotidiana (MENÉNDEZ, 2016).

Nesse sentido, é que ele entende que as práticas de auto-atenção são centrais para o desenvolvimento da interculturalidade, pois se reproduzem continuamente nos comportamentos e cotidiano dos diferentes grupos sociais, especialmente entre as famílias, e dão lugar aos processos de incorporação das distintas lógicas de cuidado, valorizando verdadeiramente o papel dos atores sociais nessas trocas. Deste modo, revelam as inconsistências que permeiam os modelos (teóricos) de saúde (MENÉNDEZ, 2016).

Guilherme e Dietz (2014), em seu trabalho de revisão acerca dos conceitos de interculturalidade e multiculturalismo⁶, observam que as competências interculturais não podem ser reduzidas a meras "receitas" de comportamento adequado em contextos interculturais, nem devem ser fundamentadas e delimitadas a partir de competências intraculturais. Propõem, então, que as disposições para práticas culturalmente sensíveis devem ser articuladas de modo relacional e contextual, que não pressuponha habilidades específicas definidas a priori, mas sim, a falta de competência, ou seja, a consciência da diversidade e autoreflexividade, em vez de um modelo profissional de conhecimento e experiência.

Problema de pesquisa

O silenciamento da cultura limita a interpretação e a incorporação dos fatores socioculturais na dinâmica de adoecimento e busca de tratamento, bem como das práticas concretas nas quais se baseiam o imaginário social sobre o adoecimento mental. Assim, deixa-se de problematizar a relevância das interações sociais de poder e simbólicas e os serviços e profissionais de saúde podem eles mesmos atualizar relações desiguais, como por exemplo,

⁶ Também localizam o debate e a urgência da interculturalidade no contexto da globalização e da renovação de antigos problemas relacionados aos (des)encontros culturais e de relações de poder. Os autores notam que, no caso da América Latina (AL), o grande desafio ainda presente é a diversidade cultural original, que sobreviveu à segregação colonial e a assimilação e homogeneização nacional que se deram após os processos de independência. A abordagem majoritária tem sido a utilização de estratégias reconhecidamente multiculturalistas, tais como "ação afirmativa" e "discriminação positiva", visando o "empoderamento" de minorias étnicas durante seu processo de autoidentificação e emancipação (GUILHERME e DIETZ, 2014).

quando inibem a participação, ou minimizam a importância, de agentes e práticas relevantes para o cotidiano dos usuários tais como vizinhos, companheiros e guias religiosos, uso de medidas terapêuticas alternativas (NUNES, 2009).

A apreensão da noção de Competência Cultural por profissionais de saúde, no cenário da Atenção Primária à Saúde, pode dar pistas sobre a formação dos profissionais e facilitação no cotidiano dos serviços para práticas de saúde culturalmente sensíveis.

Contudo, além da aplicação mais direta aos cenários assistenciais brasileiros, as perguntas e reflexões suscitadas por esse estudo podem dialogar com outras perspectivas mais abrangentes.

Uma delas seria a apreensão da diversidade cultural no discurso da saúde mental e coletiva, buscando compreender como se constituiu ou como tem se refletido na elaboração de políticas públicas mais inclusivas. Ou, mais ainda, como tem transmitido (ou questionado) a ideia de identidade nacional brasileira.

A formação de instituições (tais como a adoção de uma única língua ou a criação de um padrão educacional universal) está atrelada à formação de uma cultura nacional. As culturas nacionais estão entre as principais fontes da identidade cultural e, como tal, são construídas e transformadas discursivamente (HALL, 1997).

Além disso, as formas como um país se define podem ter profundas implicações para a posição social e a integração dos grupos sociais que o compõem e dependem das histórias locais de migração, definições de cidadania e construções sociais das identidades. Entender como esses processos se configuram é muito importante para entender as repercussões e limitações das políticas públicas e os debates acadêmicos e públicos que as permeiam (KIRMAYER, ROUSSEAU e GUZDER, 2014).

Tal debate se tornou urgente, hajam vistas as contradições colocadas pela globalização e seus efeitos no campo da saúde. Todavia, como alerta Minayo (2013), antigos parâmetros teóricos constituintes das ciências sociais, e conseqüentemente das ciências sociais em saúde, tornaram-se insuficientes para refletir sobre os fenômenos sociais, incluindo as práticas de saúde. A autora enumera, entre diversos fatores, o crescimento de movimentos sociais de expansão dos direitos de segmentos sociais específicos⁷ (mulheres, homossexuais, grupos étnicos etc).

Sobre esse movimento transformador, inclusive das fronteiras disciplinares, que traz novas soluções, mas também o retorno de velhos desafios, a autora argumenta:

⁷ Embora Minayo (2013) reconheça que esses movimentos se dão sobretudo no mundo ocidental, ela nomeia esse fenômeno como movimento cultural global.

A interação entre conhecimento gerado e os artefatos construídos é um capítulo fundamental nas profundas transformações contemporâneas. Por exemplo, a globalização da economia, da cultura e das comunicações veio colocar novas questões para as ciências sociais e humanas, criadas dentro da lógica do Estado Nação e da sociedade industrial. (...) e quanto ao subcampo das ciências sociais e humanas em interação com a saúde coletiva, tanto vamos encontrar a dificuldade de delinear fronteiras como produções que podem ser encaixadas, na categorização disciplinar (MINAYO, 2013, p. 23).

Mais ainda, contrapor tais tensões em diferentes arenas, como, por exemplo, na interface entre a saúde mental brasileira e a saúde mental global (SMG), permitiria a exploração do debate produzido pela SMG. Assim, seria possível subsidiar um diálogo crítico com esse campo de modo a lançar nova luz sobre a produção científica brasileira em saúde mental, bem como sobre as ações de cuidado construídas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) (MENEZES et al, 2018).

Menezes et al (2018) indicam que a SMG, com o objetivo de melhorar o acesso, assegurar a equidade do cuidado em saúde mental e garantir os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais tem se consolidado como espaço de pesquisa e de proposições de intervenções. Entre as propostas, há claramente a indicação de acompanhamento das pessoas na comunidade, de preferência por profissionais e serviços de atenção primária, próximos às características locais e escalonáveis.

Todavia, o debate suscitado pelas propostas da SMG tem renovado antigas questões ainda importantes, como, por exemplo, a relação entre universal e singular, entre global e local. Uma crítica recorrente ao discurso da SMG é a configuração eminentemente biomédica e de saúde pública para o campo. Para ilustrar, a própria questão do diagnóstico dos transtornos mentais se coloca. A referência mais constante para as pesquisas sob chancela da SMG e para os organismos internacionais de saúde (OMS) é o manual classificatório para transtornos mentais, elaborado pela Associação de Psiquiatria Norte-Americana (APA). A partir do questionamento das categorias diagnósticas como construtos sociais e, por isso, contextuais (e não universais), os críticos da SMG denunciam a preponderância da lógica biomédica nas propostas de intervenção e o conseqüente reducionismo (KOHRT e MENDENHALL, 2015).

Kohrt e Mendenhall (2015) apontam que uma questão importante da SMG, bem como de suas leituras críticas, é a *lacuna da experiência*. Tanto as estratégias universalizantes dos partidários da SMG quanto os críticos do movimento apresentam-se muito distantes da experiência real das pessoas que experimentam transtorno mental. Nesse sentido, incorporar uma sensibilidade antropológica às investigações auxiliaria na redução dessa *lacuna* e poderia

se refletir no planejamento e na implementação das ações e serviços de saúde e, em última instância, na maior equidade de acesso.

É assim que, apesar da cautela na apreensão dos termos e propostas da Saúde Global (inclusive da SMG), devido aos diferentes atores e interesses que conformam esses campos, comparar as configurações complexas, contradições e tensões não só revela as ambiguidades globais, mas também as locais (FASSIN, 2012).

Objetivos

Objetivo Geral

Investigar a percepção de médicos de família e matriciadores de saúde mental acerca da diversidade cultural, presente nos cenários de cuidado, e seus efeitos sobre as práticas assistenciais.

Objetivos Específicos

Investigar o conhecimento teórico e prático das ferramentas para uma prática de saúde culturalmente sensível e qual o uso das mesmas entre médicos de família e matriciadores.

Metodologia

Esta tese trata de estudo qualitativo, transversal e comparativo, em que se aplicaram entrevistas individuais, do tipo episódicas (FLICK, 2009, 2013), com médicos da família e matriciadores de saúde mental, oriundos de duas Unidades de Saúde de Família do município do Rio de Janeiro, localizadas na zona norte da cidade, área conhecida como Méier ou área programática 3.2 (AP 3.2). As unidades incluídas na pesquisa foram sugeridas a partir de discussão com a responsável pela supervisão do matriciamento em saúde mental na referida área e esclarecimento quanto aos objetivos do estudo e características dos serviços.

Participantes

Os critérios de inclusão foram:

a) Aceitar participar do estudo; b) Ser membro da equipe da Clínica da Família (CF) selecionada para o estudo há no mínimo 12 meses; c) Ser matriciador de saúde mental da equipe do NASF da CF selecionada.

E os critérios de exclusão foram:

a) Ausência por férias ou qualquer outro tipo de afastamento durante o período de realização da coleta de dados da pesquisa; b) Não se dispor a participar do estudo.

Procedimento para coleta dos dados

A coleta de dados incluiu dois instrumentos:

1) observação do cotidiano dos serviços, em diário de pesquisa, por ocasião das visitas para entrevistas. Tal diário serviu como complemento para a análise das entrevistas episódicas e para contextualização do campo. Foram observados aspectos relacionados à estrutura do serviço, relação com a entrevistadora, localização das unidades, aspectos particulares da região. Não foram observadas intervenções de cuidado que implicassem a relação profissional-usuário.

2) entrevistas narrativas⁸ de tipo episódico com os médicos e matriciadores das CF, desenvolvidas por meio de um guia de questões norteadoras, que foram gravadas em áudio e transcritas, com a anuência de cada entrevistado e respeitando os princípios éticos postulados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O roteiro de entrevista com as questões norteadoras consistiu de duas partes: uma primeira, estruturada para caracterização dos sujeitos entrevistados (nome, idade, sexo, naturalidade, formação, tempo de trabalho na CF); e a segunda, do tipo narrativa episódica, com perguntas disparadoras, visando estimular o entrevistado a falar sobre seu entendimento acerca da noção de competência cultural, seus instrumentos para aplicação nas práticas de saúde e nos encontros de matriciamento, bem como, relatos de casos de saúde mental acompanhados pelos profissionais entrevistados (vide Anexo A).

As entrevistas narrativas do tipo episódico permitem que o entrevistado apresente suas experiências contextualmente. Os episódios (no caso da presente pesquisa, os relatos de casos) são vistos como objeto dessas narrativas e como uma forma de acessar as experiências relevantes dos sujeitos em estudo. As rotinas e os acontecimentos cotidianos podem ser analisados sem que os entrevistados se sintam constrangidos pelo domínio teórico do tema e a entrevista se constitui num diálogo mais aberto (em comparação à Entrevista Narrativa convencional). Além disso, ao associar as narrativas com sequências de perguntas e respostas,

⁸ As falas dos entrevistados são apresentadas neste texto com uma formatação específica, a fim de diferenciá-las do restante do texto e lhes garantir centralidade.

esse método concretiza a triangulação de diferentes abordagens como base de coleta de dados (FLICK, 2009).

Pressupõe-se que as experiências de um sujeito sobre um determinado tema sejam guardadas e recordadas nas formas de conhecimento narrativo-episódico e semântico. O conhecimento episódico se aproxima mais das experiências, associando-se a eventos e a circunstâncias concretas, enquanto que o conhecimento semântico se caracteriza por suposições, abstrações e generalizações. O desenvolvimento da situação em seu contexto é a unidade principal de análise, seguido pela apreciação dos conceitos e de suas relações entre si. Nas entrevistas episódicas, o conhecimento narrativo-episódico é avaliado pelos relatos e o conhecimento semântico, por questões teóricas propositais. O objetivo é estabelecer o vínculo entre as formas de conhecimento que os dois tipos de dados podem tornar acessíveis (FLICK, 2009).

A entrevista episódica torna os processos de construção de realidades mais facilmente acessíveis do que as abordagens estruturadas, que visam conceitos abstratos e respostas em sentido absoluto. Ainda assim, limita-se à análise do conhecimento cotidiano de determinados objetos e tópicos vivenciados pelos entrevistados. A forma de apresentação da situação e a seleção de outras situações são escolhidas pelo entrevistado de acordo com aspectos subjetivos, facilitando a apresentação de experiências de modo geral e comparativo, ao mesmo tempo que permite que essas situações e episódios sejam relatados em sua especificidade. Assim, a entrevista permite combinar narrativas contextualizadas e argumentações situadas, favorecendo um conhecimento das normas e padrões nem sempre explícitas (FLICK, 2009).

É central nesse tipo de entrevista que o processo seja explicado ao entrevistado antes do início. Assim, se apresenta o formato da entrevista, constituída por tópicos (conceituais) e narrativas de situações (ou episódios) vivenciados pelos entrevistados e relacionados ao tema em investigação (FLICK, 2009, 2013).

Entre as qualidades desse método, há a possibilidade de pesquisa com foco em diferenças específicas de grupo nas experiências e conhecimento cotidiano, considerando-se a construção social da realidade. Entre suas limitações, observa-se que algumas pessoas têm mais dificuldade que outras quanto ao processo narrativo. Além disso, o entrevistador precisa estar familiarizado com a técnica – especialmente para estimular o entrevistado e avaliar quando há necessidade de aprofundar certos trechos. Por fim, como acontece em outras formas de entrevista, não permite o acesso a atividades e interações, que só podem ser reconstruídas a partir das perspectivas dos participantes (FLICK, 2009).

Foram entrevistados 11 profissionais, entre eles, sete médicos de família (7) e quatro matriciadores em saúde mental (4). Idealmente, pretendia-se selecionar profissionais com mais de 1 ano de trabalho nas referidas unidades. Mas, numa das unidades (unidade B), observou-se dificuldade de fixação dos médicos. Quando questionados sobre sua escolha em trabalhar numa CF, eles relataram estar em dúvida se ficariam e por quanto tempo. Embora todos gostassem da unidade, mostraram-se preocupados com o futuro laborativo e financeiro e argumentaram que o funcionamento das CF se relacionava a decisões políticas na esfera municipal muito dependentes da “cabeça do prefeito”.

Todavia, todos os médicos entrevistados na Unidade B tinham tido experiência no internato de saúde da família e alguns tiveram outras experiências bastante interessantes (saúde indígena e estágio internacional pelo programa Ciência Sem Fronteiras). Além disso, a própria questão da fixação dos profissionais e os relatos das dificuldades percebidas por esses médicos possibilitaram a articulação com outros achados durante a observação do campo e reflexões não esperadas a princípio (discussão detalhada no Capítulo 4, de Análise dos Resultados).

As questões buscaram apreender o entendimento dos profissionais de saúde acerca das definições, usos e efeitos da noção de Competência Cultural e dos instrumentos para práticas de saúde mental culturalmente sensíveis em comparação à literatura própria ao debate em CC (descritos no Capítulo 1 - Competência Cultural).

Para complementar os resultados das perguntas ditas mais conceituais, os profissionais de saúde foram solicitados a relatar casos de saúde mental ou experiências de trabalho, em que tenham identificado aspectos socioculturais relevantes para a condução ou desfecho dos mesmos. Além de possibilitar que as narrativas das vivências cotidianas ganhassem status de conhecimento e permitissem, em algum momento, uma elaboração mais sistematizada desse saber empírico (por parte dos profissionais), tal estratégia metodológica viabilizou a comparação entre o discurso e a prática dos profissionais.

Todavia, a respeito do desenho de pesquisa e do método para coleta dos dados, duas questões se colocaram após a entrada em campo e sua publicização é fundamental.

A primeira diz respeito à escolha do método de coleta de dados. Certamente, um trabalho etnográfico traria muito mais elementos para o debate em torno da apreensão da diversidade cultural pelos profissionais de saúde. Mas o tempo e a complexidade logística para sua realização pareceram inviáveis no momento do planejamento do desenho de pesquisa.

A outra questão foi a não inclusão de enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no estudo. A delimitação inicial da questão se dava em torno da dificuldade de adesão ao tratamento, negociada tradicionalmente em consultas médicas. Todavia, à medida que as entrevistas se realizavam, o que se percebeu é que, na Estratégia de Saúde da Família, são inúmeros os fatores (sutis) que se encadeiam para viabilizar a entrada e a permanência dos usuários em acompanhamento, entre eles, as relações entre os profissionais e a inserção dos ACS nas equipes.

São duas limitações importantes do estudo, que refletem as dificuldades pessoais da pesquisadora, que se tornaram evidentes à medida que o trabalho de pesquisa progrediu. Isso indica também a necessidade de problematizar ainda os efeitos reducionistas da lógica biomédica⁹.

Forma de Análise dos dados

Após transcrição das entrevistas, procedeu-se à análise das mesmas por meio de Análise do Discurso. Considerando que o discurso é uma prática social, construído num contexto histórico-social, entende-se que tal tipo de análise se aproximaria de uma visão de mundo determinada, vinculada aos seus autores, mas especialmente à sociedade em que vivem.

Os dados colhidos por meio das entrevistas foram analisados segundo a técnica de Análise do Discurso (AD) da Escola Francesa de Michel Pêcheux, introduzida no Brasil por Orlandi, nas décadas de 1980 e 1990 (ORLANDI, 2011).

Trata-se de uma abordagem que possibilita a reflexão sobre a linguagem, o sujeito, a história e a ideologia. São três os domínios disciplinares que a constituem: a linguística (e a não transparência da linguagem), o marxismo (pela vertente do materialismo histórico e ideologia) e a psicanálise (que desloca a noção de homem para sujeito e incorpora a noção de inconsciente). Assim, considera-se que “o sentido não está fixado a priori, como essência das palavras, nem tampouco pode ser qualquer um: há determinação histórica do sentido” (ORLANDI, 2003, p. 56).

A linguagem comporta dois objetos – língua (estrutura), que é social e permite o ato de comunicação; e a fala (acontecimento), que é individual e possibilita a expressão de uma ação. Assim, uma proposição não desvela o todo da linguagem e o falar é entendido como uma atividade ou forma de vida. A ideologia, entendida como crenças e valores, se conforma

⁹ Tais questões retornarão no capítulo 4, dedicado à análise dos resultados.

a partir do estabelecimento nas relações de produção que o indivíduo estabelece de modo a enfrentar suas necessidades. O deslocamento de indivíduo para sujeito se dá por meio da relação com o simbólico, na qual o inconsciente se sobrepõe ao dito planejado. O sujeito discursivo funciona então pelo inconsciente e pela ideologia e “as palavras simples do nosso cotidiano já chegam até nós carregadas de sentidos, que não sabemos como se constituíram e que, no entanto, significam para nós e em nós” (ORLANDI, 2003, p. 83).

O discurso se estabelece pela fala e sempre terá relação com o contexto sócio-histórico em que se dá. Todavia, observa-se que não há necessariamente linearidade na disposição dos elementos de comunicação e não se trata somente da transmissão de informação, pois emissor e receptor constroem concomitantemente o processo de significação e os sujeitos em relação podem limitar seus ditos, produzindo enunciados contingentes.

Assim, a AD trata do sentido do discurso, considerado como uma prática construída e que reúne estrutura e acontecimento, em movimento contínuo de estacionamento e deslocamento de sentido (efeitos de deriva). Nesse sentido, pode-se dizer que o significante é a fala e o sentido é dado por meio da reflexão crítica que ocorre nos efeitos de deriva. Outros elementos importantes na elaboração interpretativa são os gestos e os silêncios que permitem, a seu turno, problematizar noções como linearidade e literalidade, voltadas para o conteúdo dos ditos, e negligentes com o contexto, posição e relação estabelecida entre os sujeitos (ORLANDI, 2008)

As entrevistas possibilitaram disparar o sujeito discursivo de forma a analisar os ditos, considerando suas subjetividades, crenças/valores, o contexto no qual estavam inseridos e que pude vivenciar temporariamente. Sem ter a pretensão de estabelecer proposições definitivas, nem ter acesso a todo o conteúdo relativo ao tema das entrevistas, entende-se que a contribuição da AD é a explicitação do modo como o discurso produz sentidos, um exercício permanente de reflexão e, assim, uma relação menos ingênua com a linguagem (ORLANDI, 2003).

Os passos na realização da AD são: ordenação do material empírico (observações e entrevistas); estabelecimento dos eixos conceituais e formações discursivas do material recolhido - em que se resgatam os aspectos singulares no conjunto de entrevistas (núcleos significantes) e os deslizamentos de sentido; articulação entre os achados, a interpretação e as considerações do pesquisador em contraposição à literatura.

Aspectos éticos

Em respeito à Resolução 466/2012, referente aos aspectos éticos em pesquisa, as entrevistas foram realizadas individualmente, de acordo com a disponibilidade de cada entrevistado, conduzidas somente pela pesquisadora responsável, com duração entre 30 minutos e 01 (uma) hora, tendo sido gravadas para fins de transcrição. Nenhum dos entrevistados foi identificado nos textos transcritos, nem no texto final e as fitas e material gravado serão destruídos ao final do processo de doutoramento.

O projeto foi submetido aos Comitês de Ética do Instituto de Medicina Social – UERJ (CAEE 79336117.2.0000.5260) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP - SMS-RJ, CAEE 79336117.2.3001.5279), após contato e autorização dos responsáveis técnicos das unidades de saúde eleitas para o estudo, para análise e aprovação de modo a proteger os profissionais de saúde participantes, bem como os serviços de saúde a que estão vinculados.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa são confidenciais¹⁰ e não serão divulgados em nível individual. Os resultados se tornarão públicos nos meios acadêmicos e científicos de forma consolidada e sem qualquer identificação individual ou das instituições participantes, de modo a minimizar o risco de exposição e visando assegurar o sigilo da participação dos entrevistados. O material utilizado para a coleta, transcrição e análise das entrevistas ficará sob guarda, em sigilo, da pesquisadora.

Os benefícios do estudo poderão ser a reflexão dos profissionais sobre o próprio processo de trabalho, estimulando a educação permanente na unidade estudada e contribuição para o conhecimento da área de Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, tão importante e tão caro para consolidação das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Além disso, os benefícios envolvem a construção de um diálogo com o campo da SMG e com as ciências sociais na saúde coletiva e saúde mental, de modo a questionar as bases sobre as quais se assentam o debate em torno de universalidade e singularidade.

Estrutura da Tese

A estrutura da tese, ao longo de seus capítulos, foi planejada para dar corpo aos questionamentos relativos ao tema. À medida que o trabalho de campo progrediu, foram possíveis novas observações e novas problematizações. Além dos capítulos de Introdução e

¹⁰ O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado consta no Anexo B.

Considerações Finais, outros quatro compõem a tese. O primeiro definirá a noção de Competência Cultural, segundo revisão de literatura sobre o tema (Capítulo 1). Em seguida, apresenta-se o uso da dimensão sociocultural na saúde mental brasileira (Capítulo 2). Já no Capítulo 3, é analisado o modo como os princípios clínicos norteiam as práticas de cuidado da saúde da família e saúde mental. Finalmente, no Capítulo 4 são apresentados os resultados da pesquisa e sua análise em contraposição à contextualização teórica realizada.

Infelizmente, ou felizmente, esse percurso não esgota a discussão. Ainda há muito o que pensar e procurar.

Foto 1 - Estação de trem Maracanã



Fonte: A autora, 2019

1 COMPETÊNCIA CULTURAL

O desenvolvimento da noção de Competência Cultural (CC) se relacionou ao enfrentamento das iniquidades em saúde (KIRMAYER, 2012; KIRMAYER, ROUSSEAU e GUZDER, 2016; KIRMAYER, BENNEGADI e KASTRUP, 2016). Ao longo de sua consolidação, diferentes aspectos foram se apresentando e avaliando conceituações diversas. As definições de CC evoluíram em função dos interesses e necessidades observados nos serviços de saúde e nos contextos acadêmicos (Georgetown University¹¹, 2017). Tal diferença no entendimento do conceito engendra nuances e debates quanto à sua aplicação e aos seus limites.

Pode-se dizer que a publicação original de Cross et al (1989), orientada para a adaptação das intervenções oferecidas a crianças negras vítimas de violência, ofereceu uma primeira definição da CC. Nesse trabalho, entendia-se que se tratava de um conjunto de comportamentos, ações e políticas de saúde em que sistemas, serviços e profissionais atuassem de modo congruente para o reconhecimento e inclusão da diversidade cultural em contextos multiculturais de prestação de cuidados em saúde (CROSS et al, 1989; ADAMSON, WARFA e BHUI, 2011).

Também se pode dizer que o conceito de CC despontou à medida que as sociedades multiculturais se tornaram “evidentes¹²”. Observou-se que os serviços de saúde eram necessários para responder a uma série de necessidades das comunidades que atendiam. Mais ainda, seu surgimento se baseia na premissa de que as intervenções culturalmente sensíveis auxiliariam o processo de recuperação. Desse modo, era fundamental que se voltasse para a preparação de uma força de trabalho qualificada para o desenvolvimento da competência cultural nos serviços (ADAMSON, WARFA e BHUI, 2011).

Cross et al (1989) abordaram o papel do racismo na determinação das situações de saúde de minorias. A ideia central do projeto era examinar como o sistema de atenção à saúde poderia lidar com as diferenças culturais e as questões relacionadas ao tratamento, de modo a enfrentar as desigualdades observadas nos atendimentos de saúde de minorias, em comparação à população considerada maioria cultural (caucasianos, no caso americano) (CROSS et al, 1989).

¹¹ Acesso em 24/08/2017

¹² Observa-se, na bibliografia utilizada por Cross *et al* (1989), inúmeros trabalhos publicados por cientistas sociais e sanitaristas discutindo a situação de saúde de minorias nos EUA (negros, indígenas, latinos, mulheres). Sugeriam que, além do interesse clínico específico, haveria influência dos movimentos sociais conformando o desenvolvimento desse conceito. Talvez se possa dizer que um tipo específico de movimento social, próprio dos países anglo-saxões, tenha desempenhado papel importante no desenvolvimento desse conceito.

Desde o princípio, os autores desse trabalho explicitam não se tratar de um documento do tipo manual, não sendo, portanto, um compêndio de estratégias ou abordagens de intervenção específicas. Eles entendem que o documento poderia ser utilizado em conjunto com capacitações e consultorias aos profissionais de saúde, serviços e sistemas (CROSS et al, 1989).

A escolha pelos termos cultura e competência, para a construção da noção de Competência Cultural, é alicerçada nos entendimentos de que cultura implicaria um padrão integrado de comportamento humano que inclui pensamentos, comunicações, ações, costumes, crenças, valores e instituições de um grupo racial, étnico, religioso ou social. Já o termo competência implicaria a capacidade de reconhecer a diversidade cultural das comunidades atendidas e fornecer ferramentas aos alunos e profissionais de saúde para atuar com sensibilidade cultural em sua prática¹³.

Assim, um sistema de cuidado culturalmente competente reconheceria e incorporaria - em todos os níveis - a importância da cultura, a avaliação das relações interculturais, a vigilância das dinâmicas que resultam das diferenças culturais, a expansão do conhecimento cultural e a adaptação dos serviços para atender às necessidades culturais (CROSS et al, 1989).

Os autores indicam que a formação de profissionais de saúde, no que se refere aos aspectos culturais, vinha sendo problemática pelo menos de duas maneiras. Haveria uma escassez de profissionais representantes de minorias trabalhando nos serviços. Além disso, os currículos existentes abordavam inadequadamente as necessidades das comunidades minoritárias, refletindo a falta de conhecimento transcultural à época, pois, até aquele momento, a prática transcultural não havia sido institucionalizada na maioria das escolas médicas norte-americanas (CROSS et al, 1989).

¹³ O movimento em prol do Ensino Baseado em Competências (EBC) surgiu em meados do séc. XX. Com a crescente evidência de que os modelos tradicionais de educação profissional orientados para o conhecimento não vinham atendendo às demandas da prática diária, ganhou força recentemente. Tradicionalmente, os objetivos do conhecimento tendem a enfatizar o processo de aprendizado, independentemente dos resultados, mas o EBC assume a posição oposta: os resultados guiam os currículos e organização das práticas de ensino e avaliação. Quatro grandes temas são valorizados no EBC: foco nos resultados, ênfase nas habilidades, redução do treinamento baseado no tempo e ser aluno-centrada. Sua aplicação não é livre de tensões. Embora se reconheçam qualidades, tais como, treinamento flexível individualizado, padrões transparentes e maior responsabilidade pública, várias críticas têm sido elencadas. Em primeiro lugar, a análise funcional de papéis ocupacionais é problemática, pois é difícil identificar uma gama de competências que cubram todas as funções de trabalho e representem adequadamente os tipos de conhecimento relevantes para a competência identificada. Mais ainda, a avaliação de competências não é de forma alguma livre de valor. Por fim, a abordagem de competência se baseia numa visão comportamentalista, que tenta dividir as funções de trabalho em pequenas tarefas distintas, ignorando as conexões entre tarefas individuais e o significado subjacente a cada tarefa, além de limitar o entendimento da natureza complexa das situações no mundo real (LEUNG, 2002; DIWAKAR, 2002; FRANK et al, 2010).

O desenvolvimento da CC, como outros tipos de competências, ocorre ao longo do tempo por meio de experiência, treinamento, orientação e auto-avaliação. Para tanto, atitudes, políticas e práticas devem se somar coerentemente em direção à maior competência cultural de todo o sistema. As atitudes podem ser cultivadas por meio de treinamento, modelagem e experiência. A política evolui por meio de pesquisa, estabelecimento de metas e defesa de direitos. A prática cresce com informação, capacitação e desenvolvimento de novas alternativas (CROSS et al, 1989).

A evolução de práticas culturalmente sensíveis estaria relacionada à capacidade de reconhecimento da diversidade cultural e à observação de que a diversidade moldaria o processo de busca de ajuda. Embora todas as pessoas compartilhem necessidades básicas comuns, existem grandes diferenças em como pessoas de várias culturas lidam com essas necessidades. E essas diferenças são tão importantes quanto as semelhanças. É fundamental não só reconhecer os diferentes padrões de busca por cuidado, mas também o modo de comunicar, de definir e de avaliar a saúde e as redes de apoio, tais como a família.

Para que os profissionais sejam capazes de notar as diferenças, devem, anteriormente, perceber o papel da cultura nas próprias vidas e sua influência sobre como agem e pensam, desenvolvendo consciência acerca de seus próprios etnocentrismos. Só então as complexidades das interações interculturais podem ser totalmente consideradas (CROSS et al, 1989). Esse processo foi denominado pelos autores como "dinâmica da diferença" e deve ser entendido no nível das práticas. Intervenções transculturais produtivas seriam mais frequentes quando há um esforço consciente para entender o significado do comportamento de um paciente dentro de seu contexto cultural.

Nesse sentido, o conhecimento específico sobre a cultura do paciente é muito importante para o processo de cuidado, pois possibilita que símbolos significativos sejam reconhecidos, assim como o modo como a saúde é definida e como as redes de suporte primárias se configuram. Cross et al (1989) defendem que, tendo em vista que a diversidade entre os grupos é muito grande, mais importante do que procurar conhecimento vasto sobre uma população, é saber onde ou como obter as informações detalhadas necessárias para uso em casos específicos.

Assim, indicam alguns princípios e valores para a constituição de práticas culturalmente sensíveis (CROSS et al, 1989), entre eles:

- A família, conforme definida em cada contexto cultural, é o principal sistema de apoio e ponto de intervenção preferido;

- Indivíduos e famílias fazem escolhas diferentes baseadas em particularidades culturais; essas escolhas devem ser consideradas pelos profissionais e serviços;
- As interações interculturais são dinâmicas e devem ser reconhecidas;
- O sistema deve validar e, em alguns casos, incorporar o conhecimento cultural na prática e na formulação de políticas;
- A competência cultural envolve incluir apoio informal e fortalecer as redes sociais dentro das comunidades, por exemplo, vizinhos, igrejas, líderes espirituais, curandeiros etc;
- A competência cultural valoriza a ideia de autodeterminação da comunidade. Somente quando uma comunidade reconhece um problema, é que ela assume a responsabilidade por criar soluções adequadas.

Alguns recursos e características também foram elencados para o desenvolvimento da CC. Os que dizem respeito aos profissionais são: atitude de interesse; disponibilidade para a defesa de direitos (advocacy); desejo de trabalhar com pacientes de diferentes contextos; conhecimento acerca dos aspectos culturais, sociais e das relações de poder presentes numa comunidade; habilidade de comunicação e negociação de conflitos; e capacidade de diferenciar sintomatologia e sofrimento relacionado ao padrão cultural. Essas habilidades e esse conhecimento seriam adquiridos por meio de treinamento e experiência. Os atributos pessoais podem ser desenvolvidos através da exposição aos aspectos positivos das culturas minoritárias (CROSS et al, 1989).

As famílias também são consideradas recursos importantes. Como usuárias dos serviços, desempenham um papel no desenvolvimento da competência cultural do sistema, por serem fonte de informação e defesa dos pacientes e de seus contextos culturais. Além disso, mudanças institucionais e políticas no nível dos serviços e do sistema de saúde são fundamentais para a incorporação de informações e adaptações das práticas assistenciais que sejam culturalmente informadas (CROSS et al, 1989).

A prestação de serviços efetivos e culturalmente sensíveis exige adaptação para atender às necessidades do grupo ou indivíduo minoritário. As formas possíveis de adaptar os serviços são variadas, mas requerem flexibilidade, criatividade e atenção para não criar respostas estereotipadas. Os serviços devem ser adaptados para atender às necessidades do grupo e do paciente com base na identidade, grau de assimilação e diversificação interna (CROSS et al, 1989).

Desde os primeiros debates em torno das disparidades em saúde conformadas pela diversidade cultural, a formação em CC se consolidou nos Estado Unidos como um curso nas graduações das profissões de saúde e nos programas de residência (em especial, nos de Saúde da Família e Psiquiatria). Aggarwal et al (2016) indicam que o treinamento de competência cultural se tornou um fato social¹⁴ naquele país, com o objetivo de desenvolver um comportamento ético por parte dos profissionais. Isso, contudo, não evitou que fossem implementados modelos diversos de formação e indicação de instrumentos para ampliar a sensibilidade cultural, desde a incorporação de datas festivas nos serviços às populações atendidas até a contratação de intérpretes.

Alguns autores entendem que as variações em torno das capacitações profissionais e dos instrumentos de aferição da sensibilidade cultural poderiam estar associadas aos interesses que motivaram o debate em torno da CC¹⁵ (GREGG e SAHA, 2006; SAHA, BEACH e COOPER, 2006; KIRMAYER, 2012; WATT et al, 2016). A discussão sobre a sensibilidade cultural se expandiu a partir do final dos anos 1980 e circulou em 3 percursos. Na primeira variante, preocupou-se com populações a quem os cuidados transculturais eram aplicados (imigrantes e grupos minoritários), particularmente os mais afetados pelas disparidades raciais na qualidade dos cuidados de saúde. Uma segunda corrente incluiu questões relativas aos determinantes sociais da saúde. Finalmente, o escopo da CC se espalhou para além do domínio interpessoal do cuidado transcultural, a fim de incluir os sistemas e comunidades de saúde.

É importante notar que a proposição de cuidado transcultural começa a surgir no final dos anos 1970 e início dos anos 1980 (KLEINMAN e BENSON, 2006a; SAHA, BEACH e COOPER, 2008). Entre os pressupostos considerados fundamentais em um cuidado transcultural, apontaram-se: respeitar a legitimidade das crenças de saúde dos pacientes e reconhecer seu papel na prestação efetiva de cuidados de saúde (mudando de um paradigma em que as queixas dos pacientes eram avaliadas como doenças orgânicas para o de um acontecimento em um contexto de biopsicossocial); investigar as explicações dos pacientes sobre a doença e suas causas percebidas (modelo explicativo da doença do paciente); explicar

¹⁴ Considerando a definição de Durkheim, que entendia os fatos sociais como tipos de conhecimento e comportamento com poder coercitivo sobre os indivíduos (AGGARWAL et al, 2016).

¹⁵ Existe uma literatura relacionada à CC próxima ao modelo explanatório proposto por Kleinman e voltada para o acompanhamento de migrantes e refugiados. Por outro lado, o trabalho de Cross et al (1989) afirma enfaticamente que a CC se aplica ao cuidado de populações discriminadas já residentes nas regiões sob responsabilidade dos serviços de saúde. Talvez, haja mesmo correntes diversas que tenham surgido simultaneamente em diferentes contextos e privilegiando perspectivas distintas, mas tais distinções ficam pouco evidentes na literatura.

a compreensão do clínico sobre a doença e suas causas percebidas (modelo explicativo da doença pelo clínico) em linguagem acessível aos pacientes; e negociar um entendimento dentro do qual um plano de tratamento seguro, eficaz e mutuamente aceitável poderia ser implementado.

Essencialmente, esta abordagem individualizada implicava que os clínicos lidassem com a experiência da doença a partir da perspectiva dos pacientes, ajudando-lhes a perceber a perspectiva dos médicos e a negociação de um plano comum (SAHA, BEACH e COOPER, 2008).

Desse modo, possivelmente, a grande ênfase dada aos aspectos relacionais entre profissionais de saúde e pacientes na literatura esteja referida a tal abordagem. Os programas de treinamento para a competência cultural do médico (CC) defendem que a comunicação é um aspecto central para um encontro bem-sucedido. Quando as diferenças culturais não são reconhecidas, observa-se uma barreira para a comunicação eficaz, com insatisfação do paciente, baixa adesão e piores resultados de saúde. Um médico culturalmente competente deveria ter a capacidade de reconhecer e conciliar as diferenças socioculturais (TEAL e STREET, 2009).

Teal e Street (2009) apontam que o cuidado culturalmente competente valoriza a distribuição equitativa de cuidados de qualidade entre grupos diversos e desfavorecidos. O encontro médico é também um momento importante em que as disparidades de saúde podem se originar ou se perpetuar. O aumento da sensibilidade cultural dos profissionais pode ajudar a reduzir tais disparidades.

Entre as estratégias indicadas por esses autores, há técnicas de comunicação dirigidas ao reconhecimento das potenciais diferenças culturais; avaliação do modelo explicativo do paciente para a doença e o tratamento; avaliação do contexto social que pode influenciar a capacidade de cuidar de si mesmo; determinação dos aspectos do tratamento em que paciente e profissional de saúde podem ser consensuais ou mais flexíveis; desenvolvimento de alternativas terapêuticas que reflitam as necessidades e preferências dos pacientes; inclusão de outros membros da família; e disposição para trabalhar com curandeiros ou tratamentos alternativos (TEAL e STREET, 2009).

Esse entendimento da CC como uma ferramenta de comunicação pode ser inscrito no reconhecimento de que, embora a conscientização e o respeito pelas diferentes tradições culturais sejam relevantes, a familiaridade com todas as perspectivas culturais que um profissional de saúde pode encontrar na prática clínica é impraticável. Além disso, a visualização de pacientes como membros de grupos étnicos ou culturais, e não como

indivíduos com experiências e perspectivas únicas, pode levar os profissionais a estereotipar os pacientes e fazer suposições inadequadas sobre suas crenças e comportamentos.

Em termos políticos, tal reducionismo pode ilustrar as questões que Giordano (2014) indica em seu debate acerca do discurso do reconhecimento no multiculturalismo. Tal discurso se pauta pela defesa da tolerância e inclusão, e, assim, por uma tentativa de tornar o mundo social inteligível para o Estado, sendo que o ato de reconhecimento pode ser uma forma de revelar a estranheza do outro e pode funcionar para se apropriar e reduzir a diferença. Nesse sentido, desvela uma prática política baseada em assimetrias de poder e estruturas de subordinação com impacto na vida dos cidadãos.

Mais ainda, se, por um lado, a diferença precisa ser traduzida em categorias de identidade que o Estado possa conhecer, administrar e, até certo ponto, proteger, por outro, o reconhecimento também é impulsionado pelo desejo de igualdade e pode configurar uma relação com a diferença para superá-la e assim reduzi-la à semelhança. Os processos de tradução¹⁶ são fundamentais para as complexas interações entre serviços de saúde, agências burocráticas e recursos comunitários (por exemplo, religiosos) e podem reconhecer a incomensurabilidade da diferença ou tentar domesticá-la em categorias familiares (GIORDANO, 2014).

A valorização dos aspectos relacionais da CC parece ter ocorrido em paralelo ao desenvolvimento da abordagem em saúde centrada na pessoa (SAHA, BEACH e COOPER, 2008). Aparentemente, muitos dos princípios do cuidado transcultural da CC eram os mesmos para os cuidados centrados na pessoa. Estes incluíam: o respeito pelos pacientes como indivíduos; engajamento dos pacientes como parceiros; comunicação eficaz de modelos de doença e metas de tratamento; e consideração do contexto sociocultural e das consequências da experiência de doença do paciente.

Apesar da confluência e do interesse de muitos estudiosos em dar valor aos aspectos culturais na prática centrada na pessoa, Kirmayer, Bennegadi e Kastrup (2016) alertam para a insuficiência da adoção dessa abordagem na investigação do contexto cultural e social do paciente. Argumentam que não é possível esgotar aspectos relacionados ao funcionamento social, relacionados aos determinantes sociais e políticos que atravessam as comunidades e as

¹⁶ O trabalho de Giordano (2014) apresenta e discute uma experiência etnográfica num serviço etnopsiquiátrico para imigrantes na Itália. Ela usa o termo “tradução” num sentido literal, quando se refere às dificuldades concretas no atendimento de pacientes estrangeiros. No entanto, utiliza esta noção também num sentido figurado, quando discute a questão da impossibilidade de apreensão total da diferença nas relações humanas. Ao longo da presente pesquisa, a questão da tradução será retomada para problematizar práticas de cuidado em saúde mental culturalmente sensíveis em contexto brasileiro.

populações com um recorte individual. Na maior parte do tempo, essas influências atuam de modo silencioso e se configuram como dados naturalizados da realidade social.

Além disso, a própria definição de pessoa, central para essa abordagem, em si é uma construção cultural e há variações importantes no que cada um considera relevante ou no que constitui sua identidade e/ou no que é indicativo de saúde. Essas variações não são apenas esquemas conceituais abstratos, mas se fundamentam em experiências corporais e estruturas culturais amplas. Assim, profissionais de saúde não podem assumir que haja uma compreensão completamente compartilhada do que está em jogo em um episódio ou experiência de doença. É importante que a investigação seja sistemática e orientada pela teoria social (KIRMAYER, BENNEGADI e KASTRUP, 2016).

Delphin-Rittmon, Hyman, Flanagan e Davidson (2013) propõem um conjunto de estratégias para incrementar o nível de responsividade cultural nos sistemas de saúde, baseado no que consideram ser as características fundamentais da CC.

Quadro 1 - Fundamentos essenciais da competência cultural (baseado em Delphin-Rittmon, Hyman, Flanagan e Davidson, 2013).

Estratégia	Atividades específicas
Fornecer apoio e responsabilização a nível da gestão do sistema de saúde	A. Assegurar o alinhamento político e financeiro; B. Divulgar normas e diretrizes de competência cultural em todo o sistema; C. Instituir estratégias de responsabilização para garantir mudança multicultural.
Promover a participação e as parcerias dos pacientes, da comunidade e de outras partes interessadas	A. Promover a participação das partes interessadas e parcerias em grupos consultivos, grupos de trabalho e comitês de planejamento de programas; B. Contratar colegas e membros da comunidade como funcionários; C. Desenvolver relacionamentos e parcerias com a comunidade.
Conduzir avaliações de competência cultural	A. Conduzir avaliações de satisfação do paciente; B. Conduzir avaliações de desfechos em saúde com base em gênero de raça/etnia, como um meio para identificar desigualdades de saúde e competência cultural.
Desenvolver planos de ação de competência cultural graduais e realistas	A. Convocar um grupo de trabalho composto por profissionais de diversos níveis (por exemplo, gestão e assistência), pacientes, representantes da comunidade, dentre outros, para desenvolver e supervisionar a

	<p>implementação do plano de ação de competência cultural;</p> <p>B. Envolver-se em planejamento baseado em pontos fortes;</p> <p>C. Seleção de metas realistas.</p>
Garantir a competência linguística	<p>A. Sinalizar e divulgar informações sobre a disponibilidade de intérpretes treinados, pessoal bilíngue /bicultural e outros serviços de apoio linguístico;</p> <p>B. Utilizar tecnologias inovadoras, como a telemedicina ou o telefone de texto.</p>
Diversificar, desenvolver e reter uma força de trabalho em competências culturais	<p>A. Desenvolver estratégias formais de seleção de profissionais;</p> <p>B. Convidar membros da comunidade, pares (peer mentors);</p> <p>C. Instituir educação e treinamento em competências culturais de forma contínua para o pessoal de todos os níveis da agência.</p>
Desenvolver uma estratégia de sistema para gerenciar críticas e queixas de profissionais e pacientes	<p>A. Designar um serviço de ouvidoria para discutir informalmente as queixas com funcionários e pacientes à medida que surjam;</p> <p>B. Criar uma estrutura formal para tratar de reclamações que envolvam profissionais;</p> <p>C. Contratar pessoal bilíngue /bicultural para ajudar no processo de relato e de resolução de reclamações</p>

No caso da Saúde Mental, em especial, entende-se que o aumento da CC na prestação de cuidado possa reduzir as disparidades, mas se observa carência de meios claros de operacionalização que possam direcionar a pesquisa e a prática (HERNANDEZ et al, 2009).

Assim, Hernandez et al (2009) revisaram a literatura de modo a identificar e descrever fatores mensuráveis associados à CC nos serviços de saúde mental e as relações que se estabelecem entre esses fatores. Esse trabalho levou à redefinição da CC nos serviços de saúde mental, como o grau de compatibilidade entre as características culturais e linguísticas de uma comunidade e o modo pelo qual as políticas, estruturas e processos de trabalho, próprios aos serviços locais de saúde mental, procuraram tornar esses serviços disponíveis, acessíveis e utilizados.

Quatro aspectos foram considerados importantes: contexto, características culturais das populações locais, infraestrutura organizacional e suporte direto do serviço (HERNANDEZ et al, 2009). A seguir, alguns deles serão detalhados de modo a consubstanciar discussão posterior.

No caso do contexto, as equipes e serviços de saúde devem atentar para o fato de que as organizações funcionam dentro de ambientes comunitários, municipais, estaduais e nacionais mais amplos e que interferem na assistência direta à comunidade local. As respostas dos indivíduos aos problemas de saúde mental também ocorrem dentro de uma estrutura social mais ampla, sendo influenciados por escolhas familiares, pela interação entre redes sociais e por fatores contextuais e organizacionais. Tudo isso afeta a maneira pela qual indivíduos entram em contato com os serviços (HERNANDEZ et al, 2009).

As características culturais das populações locais, a seu turno, influenciam as estratégias de busca de acompanhamento em saúde mental, refletindo fenômenos tais quais os modos como se identificam os problemas, como se definem as escolhas de tratamento ou dos terapeutas. Assim, os serviços de saúde mental culturalmente competentes devem estar atentos e receptivos a essas características culturais e seus efeitos e considerá-los em conjunto aos fatores contextuais, incluindo o status socioeconômico (HERNANDEZ et al, 2009).

No que diz respeito à infraestrutura (Hernandez et al, 2009), alguns fatores dialogam diretamente com as características dos serviços de saúde brasileiros, por isso são detalhados a seguir:

- Planejamento e avaliação: coleta sistemática de dados de uma comunidade-alvo é muito importante para o planejamento e a avaliação. Ferramentas comuns incluem a avaliação das necessidades da comunidade e o processo de auto-avaliação de um serviço sobre os níveis de competência cultural, construídas em parceria com as comunidades de modo a coletar dados que reflitam a relação entre o contexto e os serviços oferecidos.
- Recursos humanos: educação continuada em termos de CC e trabalho em parceria com agentes da comunidade.
- Ofertas terapêuticas: serviços culturalmente competentes adaptam as ofertas terapêuticas em resposta às necessidades e práticas da comunidade. Os apoios informais são considerados relevantes e podem incluir familiares, amigos, curandeiros, organizações religiosas e outras instituições locais.

Kirmayer, Groleau e Rousseau (2014), em sua apresentação do Serviço de Consulta Cultural (SCC), relatam que se optou pela criação de um modelo próprio de organização de serviço de saúde mental culturalmente sensível, de caráter ambulatorial, para referência dos casos detectados pelos médicos de família. Além das atividades de acolhimento, diagnóstico e

planejamento terapêutico, elaboradas em conjunto com a equipe de referência, há uma clara preocupação com a transmissão da experiência e do conhecimento¹⁷.

1.1 Limites e Críticas

A discussão em torno da CC progrediu e adquiriu diferentes feições. Assim, é possível encontrarmos estudos preocupados com a delimitação dos elementos que constituem a CC para operacionalizar sua aplicação e avaliação (HERNANDEZ et al, 2009), mas também pesquisas que discutem se é possível, como transmitir sensibilidade cultural a profissionais de saúde em formação (BULLON, 2013).

De um modo geral, entre as publicações, há um consenso aparente de que profissionais, serviços e sistemas de saúde com maior sensibilidade cultural permitem diminuir as disparidades em saúde. Assim, as tentativas de disponibilizar práticas culturalmente sensíveis são enaltecidas, indicando como aspectos positivos a habilidade de reconhecer, valorar e responder às necessidades das comunidades atendidas (HERNANDEZ et al, 2009).

Poderia ser dito que, enquanto há uma valorização dos aspectos individuais dos pacientes (origem étnica, por exemplo) e dos profissionais (habilidade de comunicação) em estudos publicados por autores norte-americanos (BETANCOURT, GREEN e ANANEH-FIREMPONG, 2003; HERNANDEZ et al, 2009; DELPHIN-RITTMON, 2013), nos estudos publicados por britânicos, haveria uma tendência à inclusão dos aspectos estruturais e sociais concernentes ao sistema de saúde (ADAMSON, WARFA e BHUI, 2011).

As observações que se seguem, elaboradas por autores provenientes da antropologia médica e da psiquiatria transcultural acerca da noção de CC, permitem entrever as limitações conceituais e as repercussões práticas na clínica, a partir do modo como são examinadas internacionalmente (TAYLOR, 2003; KIRMAYER, 2012; KLEINMAN e BENSON, 2006b).

A primeira limitação, talvez a mais importante, diz respeito à incorporação ingênua do conceito de cultura no campo da saúde. De modo geral, é entendida como sinônimo de etnia,

¹⁷ O SCC funciona como uma estratégia de apoio aos serviços e aos profissionais de saúde que se encontram na linha de frente da assistência em Montreal – Canadá. Tal configuração foi pensada para lidar com as especificidades do contexto: constantes fluxos migratórios, sistema de saúde, experiência acumulada pelo Serviço de Psiquiatria Transcultural da Universidade McGill, entre outros. As atividades desenvolvidas pelo SCC se dão de modo colaborativo e se organizam em três dimensões: processos de trabalho entre as equipes responsáveis, na atenção primária, ou por outros clínicos e a equipe do SCC, para viabilizar elaboração em conjunto dos casos; bancos de dados para recursos comunitários, intérpretes, bibliografia sobre saúde mental e cultura; website com informações sobre atividades de educação em saúde mental intercultural, referências bibliográficas, informações para os pacientes (em diversos idiomas), informação sobre os recursos comunitários (KIRMAYER, GROLEAU e ROUSSEAU, 2014).

nacionalidade e idioma e, como tal, poderia ser reduzida a uma habilidade técnica em que os profissionais de saúde poderiam ser treinados. Assim, se resumiria à capacitação para o que fazer ou não quando lidamos com pacientes de uma certa origem étnica (TAYLOR, 2003; KLEINMAN e BENSON, 2006b; KIRMAYER, BENNEGADI e KASTRUP, 2016).

Além de expressar uma tendência geral ao etnocentrismo, o caso específico das práticas de saúde desvela ainda um segundo aspecto muito importante: profissionais e serviços de saúde tendem a se referir à cultura do paciente ou da comunidade, excluindo da mesa de negociação as perspectivas e práticas dos profissionais e serviços. Profissionais, serviços, cursos de graduação e pós-graduação constituem um campo comum, o da Biomedicina, mas não reconhecem esse pertencimento como parte de uma cultura específica (TAYLOR, 2003; KIRMAYER, BENNEGADI e KASTRUP, 2016). Assim, deixam de atender para os limites da abordagem que considera o corpo humano universal e passível de intervenção por meio de abordagens padronizadas de diagnóstico e tratamento. Há ainda o risco de atualizar a transmissão de preconceito, estigma e de iniquidades de saúde entre minorias e grupos desvalorizados, quando os tratam como os “outros” (TAYLOR, 2003; KLEINMAN e BENSON, 2006b; LOCK e NGUYEN, 2010).

Nessa direção, Nunes (2009) discute a questão do *silenciamento da cultura* nas práticas de saúde mental brasileiras. Esse silenciamento se expressa pelo não reconhecimento da diversidade nos contextos interativos ou por sua recusa, quando seu reconhecimento implica em conflito, pela confusão com outros fenômenos sociais ou por meio de “reificação ou caricatura da mesma”. Aliás, esse processo de caricaturar o comportamento ou expressão do paciente também é citado por outros autores (FERNANDEZ, 2014; TARGA e OLIVEIRA, 2012). Targa e Oliveira (2014) também observam o fenômeno do *silenciamento* e o associam ao modo como os cursos de graduação da área de saúde transmitem as noções de determinantes sociais e culturais da saúde, refletindo uma visão empobrecida do contexto histórico-social e da cultura.

Esse *silenciamento* limita a interpretação e a incorporação dos fatores socioculturais na dinâmica de adoecimento e busca de tratamento, bem como das práticas concretas nas quais se baseia o imaginário social sobre o adoecimento mental. Assim, deixa-se de problematizar a relevância das interações sociais, de poder e simbólicas e os serviços e profissionais de saúde podem eles mesmos atualizar relações desiguais (NUNES, 2009).

Para retomar a discussão em torno do conceito de CC, apresenta-se a terceira linha de observação elencada. Essa linha diz respeito à sua supervalorização, onde características e necessidades dos pacientes/familiares seriam automaticamente interpretadas como inerentes à

sua origem e contexto, impedindo uma compreensão mais prática ou diversa do caso (KLEINMAN e BENSON, 2006b). Por exemplo, no caso de pessoas que frequentam uma certa religião terem suas queixas automaticamente traduzidas como uma variação dos ritos e vivências espirituais, deixando de serem vistas e atendidas em sua totalidade.

Por fim, como Kleinman e Benson (2006b) apontam, uma abordagem baseada em CC sem um arcabouço reflexivo, por outro lado, poderia gerar como efeito colateral, nos pacientes e em seus familiares, uma sensação de invasão ou até contribuir para o sentimento de isolamento e estigmatização, pois reforçaria o lugar do diferente dentro do sistema de saúde (KLEINMAN e BENSON, 2006b). É nesse sentido que Kirmayer, Rousseau e Guzder (2014) defendem que adaptar culturalmente as intervenções de cuidado, seja no nível técnico, seja na pessoa do profissional ou de todo o serviço, tem efeito quando se consideram as dinâmicas social e política entre aquela parcela populacional e a sociedade vista de modo mais amplo.

O movimento crítico desencadeado pelo debate em torno da CC permitiu o desenvolvimento de outras noções atentas ao impacto da insensibilidade cultural nas práticas de saúde. Desse modo, configuraram-se alternativas à competência cultural, avançando para abordagens que incluíssem as relações de poder implicadas no debate em torno da diversidade cultural, bem como as que introduziram mais incisivamente os aspectos socioeconômicos estruturais (FORONDA et al, 2016; METZL e HANSEN, 2013). Elas são descritas a seguir.

A humildade cultural critica a noção de CC essencialmente por sua presunção de aquisição duradoura e finita de conhecimento e competência acerca da diversidade cultural e por não questionar a desigualdade de poder existente na relação médico-paciente. Entende-se que a noção de humildade é importante pelo reconhecimento dos desequilíbrios de poder na dinâmica médico-paciente, a partir da perspectiva do paciente, permitindo, portanto, o desenvolvimento de parcerias benéficas e não paternalistas com as comunidades em nome de indivíduos e populações definidas (TERVALON e MURRAY-GARCÍA, 1998).

O termo humildade cultural tem sido utilizado em uma variedade de contextos, em respeito às diferenças étnicas, raciais e até mesmo as que se referem à preferência sexual, status social, relações interprofissionais e relacionamento médico-paciente. Os seguintes atributos foram associados a uma prática caracterizada por humildade cultural: abertura (à diversidade), autoconsciência (da própria trajetória cultural e posição nas relações), ausência

de ego (*egoless*)¹⁸, interações de apoio (intervenções que reconheçam diferenças e necessidades especiais de cada caso) e autorreflexão e crítica (sobre os encontros clínicos e seus efeitos) (FORONDA et al, 2016). A humildade cultural também é compreendida como um processo contínuo a ser desenvolvido individualmente pelos profissionais de saúde e estimulado pelos serviços e sistemas de saúde (TERVALON e MURRAY-GARCÍA, 1998, FORONDA et al, 2016).

Segurança cultural se trata de uma perspectiva derivada do trabalho das enfermeiras maoris na Nova Zelândia, que enfatiza a abordagem de questões de poder, representatividade e discriminação como complementos essenciais para a competência cultural dos profissionais (BRASCOUPÉ e WATERS, 2009; KIRMAYER, 2013).

A Segurança Cultural expressa uma abordagem à saúde que reconhece as condições atuais dos povos aborígenes como resultantes de sua história de colonização e de assimilação (BRASCOUPÉ e WATERS, 2009). Defende que, para prestar atendimento de qualidade a pessoas de diferentes etnias e culturas, o profissional de saúde deve atuar dentro dos valores e normas culturais do paciente, não somente pela aquisição de conhecimento sobre os pacientes (como na CC), mas transferindo o poder de definição dos critérios de qualidade dos cuidados de saúde para os pacientes de acordo com suas normas étnicas, culturais e individuais (BRASCOUPÉ e WATERS, 2009).

A introdução do conceito de segurança cultural no debate sobre cuidados de saúde transculturais foi significativa: questionou o conceito de competência cultural e, ao introduzir a noção de segurança, alargou o debate, concentrando-se menos nos benefícios da sensibilidade cultural e mais sobre os riscos associados à sua ausência. Além disso, enfatiza explicitamente a *tolerância ao não saber* e as incertezas como um enquadramento profissional e uma postura ética diante do outro (KIRMAYER, 2013).

A ideia de Competência Estrutural (CE) tem salientado a importância de uma mudança na educação médica. Diferentemente da CC, focada na identificação do viés clínico e na melhoria da comunicação nos encontros clínicos, a CE encorajaria os clínicos a reconhecer como as condições sociais, econômicas e políticas produzem desigualdades em saúde (METZL e HANSEN, 2013; 2018). Assim, prioriza as influências observadas em instâncias superiores em relação às interações individuais e propõe capacitar os profissionais de saúde em cinco componentes principais: reconhecer as estruturas que moldam as

¹⁸ Os autores indicam que um profissional *egoless* é aquele menos autocentrado, autorreferente, o que representaria uma qualidade para o estabelecimento de uma relação médico-paciente mais equilibrada (FORONDA et al, 2016).

interações clínicas; desenvolver uma linguagem extra-clínica; rearticular formulações “culturais” em termos estruturais; observar e planejar intervenções estruturais; e, finalmente, desenvolver humildade estrutural (METZL e HANSEN, 2013).

O primeiro ponto, que trata de abordar o estigma e a desigualdade em contextos clínicos, requer que os profissionais de saúde reconheçam as estruturas sociais que configuram e engendram as suposições subjacentes do estigma. De um modo geral, essas estruturas são invisíveis ou pouco abordadas na educação médica. Evidenciar as forças estruturais na formação profissional é um primeiro passo no processo de validação das influências das redes interpessoais, dos fatores ambientais e das forças políticas/socioeconômicas que permeiam os encontros clínicos. Além disso, representaria uma tentativa modesta de integrar o conhecimento sobre doenças e corpos e a análise de sistemas sociais, permitindo incluir a noção de estigma nos debates dos processos saúde-doença (METZL e HANSEN, 2013).

O segundo e o terceiro componentes da CE enfatizam a fluência nos entendimentos disciplinares e interdisciplinares da estrutura social, no que se refere aos fenômenos relacionados à saúde-doença-busca por cuidado, em contextos locais. A ideia é promover a capacidade de reformular apresentações clínicas ditas “culturais”, em termos e conceitos da literatura interdisciplinar, que considerem o entrelaçamento dos diferentes níveis da estrutura social (METZL e HANSEN, 2013).

O quarto ponto da CE busca reconhecer que as estruturas que moldam a saúde e a doença não são atemporais, nem imutáveis, mas refletem decisões políticas, jurídicas e econômicas em contextos específicos. Poderiam, assim, ser passíveis de intervenção. Este elemento permitiria a problematização e a aplicação no mundo real de intervenções estruturais (METZL e HANSEN, 2013).

A esse respeito especificamente, Kirmayer, Kronick e Rousseau (2018) entendem que, sem ações específicas, a CE corre o risco de ser um exercício acadêmico e propõem a defesa de direitos (*advocacy*) como uma forma crucial de traduzir a compreensão sobre os determinantes sociais da saúde em práticas estruturalmente competentes.

O componente final da CE é a habilidade para reconhecer as limitações da competência estrutural. É ser capaz de desenvolver uma consciência crítica da educação e do conhecimento médico. Por isso, o termo humildade é adotado¹⁹. É aceitar que existe uma

¹⁹ A ideia de humildade na proposta da Competência Estrutural se associa a uma crítica à CC, apresentada por alguns educadores médicos, partindo do filósofo Emmanuel Levinas. Eles indicam que o Outro sempre está além da compreensão do “eu”. Assim, médicos que assumem que sua interpretação do relato de um paciente é

complexidade em jogo nos processos assistenciais. Desenvolver habilidades em competência estrutural é o início de uma interlocução em que os profissionais de saúde reconhecem não deter todo o saber ou poder (METZL e HANSEN, 2013).

Metzl e Hansen (2013) insistem que essa abordagem não elimina a importância da comunicação interpessoal nas interações clínicas, especialmente quando formas de diferença cultural, linguística, econômica ou de outros tipos são evidentes. No entanto, indicam que a (bio)medicina enfocou o encontro clínico como principal espaço da prática assistencial (e dos efeitos políticos) por muito tempo. Negligenciar as formas pelas quais os indivíduos são expostos e moldados por fatores estruturais deixa os profissionais despreparados para lidar com a complexidade dos processos saúde-doença.

Segurança, Humildade Cultural e Competência Estrutural têm em comum a crítica à pretensão da CC de “ensinar” profissionais de saúde a reconhecerem as particularidades culturais de seus pacientes no diagnóstico e no planejamento terapêutico.

Além disso, apontam aspectos importantes no que se refere às relações de poder na interação profissional de saúde e paciente, mas também nos campos de saberes e práticas de cuidado (biomedicina versus sistemas tradicionais). Do mesmo modo, ajudam a pensar em como essas relações reproduzem trajetórias histórico-políticas, originadas nos períodos de colonização e nos novos processos de migração e de dependência econômica. As três abordagens defendem ainda o estabelecimento não só de relações mais equilibradas entre pacientes, comunidade e profissionais de saúde, mas reforçam o papel do ativismo na criação de possibilidades para geração e manutenção de maior equilíbrio.

Por fim, comportam uma base teórico-prática interessante para a expansão da compreensão do processo saúde-doença-busca de cuidado que considere não somente fatores biológicos individuais, mas também as relações histórico-sócio-culturais e como estas interagem e se influenciam.

1.2 Competência Cultural no Brasil

Foi realizada uma busca inicial, na base LILACS, dos termos Competência Cultural ou Diversidade Cultural e Saúde da Família ou Saúde Mental, ao final do 1º semestre de 2017, para avaliar se esses termos eram discutidos em contexto brasileiro. Observamos

poucas referências naquele momento. Além desses artigos, textos de referência para APS dos tratados de Medicina de Família e Comunidade foram lidos.

De um modo geral, os trabalhos encontrados, referidos à Atenção Primária ou Saúde da Família, incluíam a noção de CC junto aos determinantes socioculturais da saúde (KNAUTH, OLIVEIRA e CASTRO, 2004); como índice para avaliação da qualidade da assistência (AGUIAR e MARTINS, 2012; OLIVEIRA e PEREIRA, 2013; PRATES et al, 2017); como direção para capacitação profissional (TARGA e OLIVEIRA, 2012; ASSIS et al, 2017); e, por fim, como mote para reflexão sobre os paradigmas envolvidos na transformação da assistência – em articulação com a lógica das práticas de cuidado centrada na pessoa (TARGA, 2010)²⁰.

Na Atenção Primária à Saúde, a noção de CC pode ser considerada um instrumento para reconhecimento da construção dialógica da experiência do adoecimento e do cuidado. Encontramos no Tratado de Medicina de Família e Comunidade (2012), referência para a formação de profissionais de saúde da área de Saúde da Família no Brasil, um capítulo específico para o tema da CC (TARGA e OLIVEIRA, 2012). Nesse texto, Targa e Oliveira (2012) definem que se trata de uma habilidade dos profissionais de saúde e serviços de adequarem os cuidados em saúde prestados em relação à grande diversidade de necessidades das pessoas e grupos acompanhados.

Além disso, apontam para o fato de o Brasil ser um país grande, com diversidade cultural. Então, torna-se fundamental que os profissionais adquiram conhecimentos, habilidades e sensibilidade intercultural para o exercício de suas atividades. Outros pontos positivos na adoção desse instrumental teórico seriam: adequação a subgrupos populacionais, com melhoria na comunicação e na relação entre equipe e usuários; melhora no processo de negociação terapêutica, com impacto sobre a adesão ao tratamento; e, por fim, redução no atrito com outros modos de cuidar frequentemente mobilizados pelos pacientes e seus familiares (TARGA e OLIVEIRA, 2012).

Assis et al (2017) descrevem uma experiência prática, relacionada à formação de profissionais de saúde, que permite vislumbrar as possibilidades da CC no cenário da APS no Brasil. A partir da observação de uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), acerca da dificuldade de acesso a imigrantes haitianos, a equipe supôs que os obstáculos se tratavam

²⁰ Ortega e Wenceslau (2019) sugerem que a inclusão dos agentes comunitários de saúde (ACS) e da terapia comunitária (TC) são dois exemplos, na atenção à saúde mental na ESF, que consideram a diversidade de sistemas simbólicos e terapêuticos, valorizam a cultura e os recursos locais e, conseqüentemente, favorecem a constituição e o fortalecimento das redes locais de apoio. Nesse sentido, configurariam estratégias de sensibilização cultural próprias do contexto brasileiro.

provavelmente das barreiras linguísticas (crioulo/francês x português) e geográfica (distância entre residência dos imigrantes e unidade de saúde), bem como pela desconfiança dos imigrantes nas tentativas de aproximação por parte das ACS.

Assim, a equipe, em conjunto com o programa de internato médico da Universidade José do Rosário Vellano (Unifenas), elaborou uma estratégia de abordagem que se estruturou em quatro fases: interlocução com o centro de ajuda a imigrantes e refugiados; busca ativa e visitas domiciliares realizadas pelas ACS e internos de medicina; aplicação de questionário para avaliação da situação de saúde; apresentação e discussão dos resultados à comunidade de imigrantes haitianos, aos profissionais de saúde e à comunidade acadêmica. Na fase de interlocução, houve discussão do caso junto ao centro de acolhimento a imigrantes, o que trouxe informações importantes sobre abordagem a imigrantes, diferenças culturais e de linguagem (ASSIS et al, 2017).

Entre os achados dessa pesquisa, o perfil sociocultural dos pacientes e o histórico das relações com os serviços de saúde no Haiti foram importantes para entender a resistência dessa população às visitas e ao atendimento na unidade de saúde (ASSIS et al, 2017). Além da aproximação e provável melhora nos desfechos de saúde dessa população de imigrantes, parece que o próprio modo de trabalho da SF – possibilidade de visitas domiciliares, cadastro de usuários pelas ACS, articulação com outras instituições – viabilizou o reconhecimento e a problematização do planejamento do cuidado culturalmente sensível.

O texto de Knauth, Oliveira e Castro (2004) faz um breve histórico dos estudos antropológicos em saúde e dos achados de pesquisa em saúde pública a respeito do papel da diversidade cultural nas práticas de cuidado. Lança mão especialmente da justificativa de que uma atenção centrada na pessoa implica fundamentalmente considerar o contexto que a constitui e permeia a assistência. Ao final, apresenta a noção de CC, sem, todavia, aprofundar suas estratégias de aplicação ou as discutir.

Há ainda um uso da CC, específico ao contexto da Atenção Primária em Saúde (APS), que é o de indicador de qualidade do cuidado e índice para avaliação dos serviços e sistema (STARFIELD, 2002).

Sobre essa perspectiva, Starfield (2002) demonstra que, na avaliação da APS e da qualidade do cuidado oferecido nessa esfera, é importante delimitar os diferentes estratos de características ou atribuições pertinentes à APS de modo a garantir que sejam planejadas, implementadas e acompanhadas regularmente.

Segundo Starfield (2002), as características exclusivas da APS são: atenção ao primeiro contato; longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção. Os aspectos

derivativos das características exclusivas são: ser centrado na família; dispor de competência cultural; e ser orientado para a comunidade. Por fim, as características que são essenciais, mas não exclusivas da APS são: continuidade da atenção; comunicação profissional-paciente; qualidade clínica da atenção; proteção dos pacientes; formato do prontuário médico.

Um alto nível de alcance das qualidades exclusivas e fundamentais da APS resulta nos atributos ditos derivativos, segundo essa autora (STARFIELD, 2002). No que se refere à CC, ela indica que envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações, que podem não estar evidentes devido a razões diversas, inclusive características culturais especiais. Então, para atingir um bom nível de integralidade é necessário reconhecer e abordar estas necessidades especiais, até mesmo nas fases iniciais de desenho de um programa e dos serviços.

Ela aconselha que sejam determinados os arranjos para identificar a existência de necessidades culturais específicas e verificar como as populações atendidas por essas adequações percebem sua assistência. Ao longo de seu trabalho, ela apresenta diversos instrumentos de avaliação dos atributos da APS e, ao final, disponibiliza um questionário específico para profissionais de saúde, onde observamos questões para investigar a sensibilidade cultural dos profissionais e serviços:

Questão 46. Sua unidade utiliza qualquer dos métodos a seguir para abordar a diversidade cultural em sua população de pacientes?

- A. Treinamento da equipe por instrutores de fora;
- B. Programas em serviço apresentados pela equipe;
- C. Uso de materiais/panfletos culturalmente sensíveis;
- D. Equipe refletindo a diversidade cultural da população atendida;
- E. Tradutores/intérpretes;
- F. Planejamento de serviços que refletem a diversidade cultural;
- G. Outros (especificar)

Questão 47. Sua unidade utiliza qualquer uma das atividades a seguir para abranger as populações nas comunidades que você atende?

- A. Redes com órgãos estaduais e locais envolvidos com grupos culturalmente diversos;
- B. Vinculação com organizações/serviços religiosos;
- C. Envolvimento com grupos de vizinhança/lideranças comunitárias;
- D. Funcionários para busca ativa;
- E. Outros (especificar)

Questão 48. Você considera que sua unidade é acessível às pessoas que não falam inglês (português) muito bem?

Questão 49. Você é capaz de incorporar uma crença especial da família à respeito da atenção à saúde, ou utilizar a medicina popular, como ervas ou remédios caseiros, no plano de tratamento?

Questão 50. Você é capaz de incorporar uma solicitação da família para utilizar um tratamento alternativo, como homeopatia ou acupuntura, no plano de tratamento? (STARFIELD, 2002, pág. 707)

É possível observar, nas perguntas direcionadas a esse tema no referido questionário, um posicionamento ainda limitado para apreensão dos múltiplos âmbitos relacionados à diversidade cultural e seu papel nas práticas de saúde (STARFIELD, 2002). Talvez seja efeito da tendência de avaliar atributos e resultados das práticas e serviços de saúde por meio de fatores passíveis de medição. No caso de aspectos dinâmicos e interativos, como a relação que os sujeitos estabelecem no processo saúde-doença-busca de cuidado, claramente se detectam dificuldades em operacionalizá-los em medidas quantificáveis.

Em estudo de análise de um instrumento de avaliação da APS (PCATool²¹), a partir da perspectiva dos usuários, observou-se que somente duas pesquisas adotaram a dimensão da CC, o que parece ratificar as dificuldades acima descritas (PRATES et al, 2017). Os trabalhos de Aguiar e Martins (2012) e Oliveira e Pereira (2013) tratam da descrição dos atributos da APS, conforme definido por Starfield (2002), sem problematizar instrumentos para operacionalização da CC na APS brasileira ou refletir sobre suas bases e particularidades no contexto brasileiro.

Foram encontrados poucos estudos que articulassem CC e saúde mental no Brasil. Eles estão descritos abaixo.

Medeiros e Lotufo-Neto (2014), a partir do aumento de movimentos migratórios para o Brasil, apontam que a ênfase em pesquisa, capacitação e desenvolvimento de serviços com competência intercultural ainda é pequena. Atentar para essa fragilidade é importante para melhorar o acesso aos cuidados de saúde dos estrangeiros no Brasil - especialmente quando se considera que a prática em saúde mental é fortemente dependente da comunicação.

Gregis e Martini (2006) apresentam uma experiência de acompanhamento de usuários de drogas injetáveis no contexto de um projeto de redução de danos. Para tanto, consideram a noção de competência cultural como instrumento para acessar a população da intervenção e

²¹ O instrumento *Primary Care Assessment Tool (PCATool)* foi elaborado a partir da teoria de avaliação da qualidade de serviços de saúde quanto às seguintes dimensões: estrutura, processo e resultados. Consiste em um questionário estruturado que mede empiricamente os atributos essenciais e derivados da APS, mediante avaliação dos usuários, gestores e profissionais de saúde, tendo sido adaptado e validado em diferentes países: Brasil, Coréia do Sul e Catalunha-Espanha. A OMS adotou tal instrumento e o indica para acompanhamento do desenvolvimento da APS. A componente qualidade da estrutura corresponde às características do serviço; o processo, às ações por parte dos profissionais de saúde e populações; enquanto que os resultados, refletiriam o estado de saúde alcançado pela população (PRATES et al, 2017).

para elaborar estratégias de abordagem mais sensíveis. Interessante notar que os usuários atendidos no programa eram brasileiros excluídos da rede assistencial de saúde pela condição de usuários de drogas e moradores de rua. Além disso, a partir da aproximação entre a equipe e os usuários, os autores defenderam a necessidade de questionar as práticas de saúde tradicionais e proporcionar a ampliação das estratégias de cuidado, incorporando ações intersetoriais e uma perspectiva política.

Yasui, Luzio e Amarante (2016) defendem que a lógica da assistência psicossocial requer que as práticas de cuidado sejam construídas junto à população atendida, considerando, portanto, que os serviços de saúde mental se encontram em uma rede de cuidado e atuam em um território. Logo, a diversidade social e cultural de cada território é um aspecto fundamental para possibilitar o cuidado adequado ao sofrimento psíquico, superando padrões de pensamento excludentes e problematizando a própria definição do adoecimento mental. Embora tal trabalho apresente os princípios da atenção psicossocial, não tematiza sua operacionalização nem nos termos tradicionalmente relacionados a CC, nem a partir do referencial do Território, mais comum ao debate brasileiro.

A orientação para práticas de cuidado sensíveis à diversidade cultural tem crescido nos últimos 40 anos, impulsionada pela crítica ao modelo biomédico (ENGEL, 1977; KLEINMAN, EISENBERG e GOOD, 1978), mas também pelas mudanças sociais mais amplas em torno de questões de inclusão social. Nesse sentido, acompanhar o debate da definição e da operacionalização da CC permite vislumbrar os desdobramentos dos seus referenciais e usos e assim aproveitar para refletir sobre sua entrada e permeabilidade no campo da saúde.

No caso brasileiro, tal introdução parece ainda muito tímida, haja vista a extensão da ESF e a significativa relevância que se dá à atenção à saúde no território. Se, em princípio, a noção de CC parece ser útil para problematizar questões acerca de acesso e de equidade em saúde, no caso da sociedade brasileira, por sua diversidade cultural e pelo processo de constituição da saúde coletiva, ela pode ser insuficiente.

Foto 2 - Via pública, região Méier



Fonte: A autora, 2019.

2 DIVERSIDADE CULTURAL NA SAÚDE MENTAL – VARIAÇÕES E VICISSITUDES EM TERRAS BRASILEIRAS

A discussão em torno da diversidade cultural e de seu papel na saúde mental brasileira ainda não alcançou a devida relevância e tampouco a penetração nas políticas públicas da área (NUNES, 2009).

Alguns fatores podem estar associados ao quadro atual. Para explorá-los, este tópico se estruturará em três tempos. Primeiramente, apresentaremos o modo como a noção de cultura é apreendida na saúde brasileira. Em seguida, o caso da Saúde Coletiva e sua relação com seus saberes estruturantes²² (especialmente a Epidemiologia e as Ciências Sociais); e, finalmente, a Saúde Mental será revista em seus processos de produção de conhecimento e práticas do cuidado.

A seguir, tais aspectos serão brevemente apresentados²³.

2.1 Noção de cultura: variações sobre diferentes temas

Contemporaneamente, a antropologia tem rejeitado a noção de cultura ou das culturas como um sistema fortemente integrado que influencia os indivíduos igualmente em seus valores e perspectivas. Todavia, não se pode negar que há um efeito da cultura – no conhecimento e nas práticas – que auxilia a configurar identidades e sentidos nas vidas das pessoas. Desse modo, moldam aspectos da experiência, como, por exemplo, saúde e doença (KIRMAYER, ROUSSEAU e GUZDER, 2014).

De fato, um conjunto importante de evidências sobre o impacto da cultura no comportamento e na experiência da doença tem sido demonstrado (KIRMAYER, ROUSSEAU e GUZDER, 2014; LANGDON e WIIK, 2010). Processos sociais e culturais moldam os mecanismos da doença, a apresentação sintomatológica e as estratégias de busca por cuidado (KIRMAYER, ROUSSEAU e GUZDER, 2014; LANGDON e WIIK, 2010; COSTA e GUALDA, 2010).

²² Russo e Carrara (2015) indicam que, enquanto conjunto híbrido de saberes e práticas, a Saúde Coletiva se apoia em disciplinas estabelecidas, por exemplo, a Antropologia. Atualmente, a Saúde Coletiva se estrutura nas áreas de Política e Planejamento, Epidemiologia e Ciências Sociais e Saúde. A relação entre esses campos disciplinares molda também a legitimidade do que é investigado e transmitido, bem como a autoridade científica. Na experiência brasileira, além da legitimidade acadêmica ou científica, a legitimidade política é central para o entendimento das disputas e negociações em torno da definição dos objetos de pesquisa e ensino. Ver também VIEIRA-DA-SILVA e PINNEL, 2014; MINAYO et al, 2003.

²³ Tendo em vista o objeto desse trabalho e a amplitude do tema, tais descrições não se propõem a estabelecer relações de causalidade em definitivo, mas elencar algumas variáveis possíveis na conformação dessa omissão.

Nesse sentido, uma certa tentativa de definição de cultura será trabalhada a seguir, de modo a subsidiar a reflexão em torno dos achados dos estudos que articulam ciências biomédicas e antropológicas e, mais especificamente, os resultados da presente pesquisa.

A partir da revisão elaborada por Kirmayer, Rousseau e Guzder (2014), depreendem-se três grandes entendimentos da noção de cultura²⁴:

1. Matriz social de todos os aspectos da biologia humana e da experiência;
2. Modos como os grupos humanos ou comunidades compartilham a história ou a identidade;
3. Cultivo das capacidades criativas coletivas, expressas em grande parte pela linguagem, mas também através da música, das artes e de outras mídias.

No primeiro grupamento, entende-se que a cultura é uma dimensão básica da biologia e da experiência humanas, já que somos seres sociais e as formas como vivemos moldam nossos cérebros e corpos. Essa definição de cultura abrangeria as características do ambiente, construídas e transmitidas por seres humanos, incluindo aspectos materiais, sistemas de conhecimento e instituições, que se baseiam em acordos compartilhados ou convenções sociais. Assim, a cultura envolve não apenas modelos ou representações cognitivas, mas também conhecimento, discurso e prática contextualizados, que podem estar inscritos em padrões de interação e de instituições sociais (KIRMAYER, ROUSSEAU e GUZDER, 2014).

O segundo significado de cultura lida com a “diferença”, em que um grupo ou comunidade se distingue de outros, seja por alguma linhagem compartilhada, origem geográfica ou outras características, tais como idioma e religião. Esse significado de cultura inclui as noções de etnia²⁵, raça²⁶ e religião²⁷ (KIRMAYER, ROUSSEAU e GUZDER, 2014).

Por fim, o terceiro significado de cultura, entendida como cultivo, está relacionado à ideia de que as sociedades evoluem e alcançam, por meio de processos civilizadores, maior

²⁴ Esses autores indicam que a variedade de significados está relacionada a diferentes momentos históricos, refletindo mudanças no conhecimento científico e na dimensão política. Exemplos de algumas dessas mudanças seriam a descoberta da dupla hélice de DNA, do genoma humano e os movimentos sociais do séc. XX – feminismo, antirracismo –, que reconfiguraram o modo de observar e intervir/interagir sobre a realidade social.

²⁵ A etnia reflete a dinâmica da delimitação territorial e do pertencimento, o que levanta importantes questões políticas, especialmente em sociedades historicamente marcadas pela diversidade – nos processos de colonização e migração (KIRMAYER, ROUSSEAU e GUZDER, 2014).

²⁶ A raça é identificada por meio da atribuição de diferenças superficiais na aparência ou segundo origem geográfica. Tais distinções refletem a história dos encontros violentos entre grupos e apoiam ideologias racistas, que continuam a produzir disparidades de saúde importantes em muitas sociedades. Tendo em vista as consequências sociais e psicológicas do racismo e seu impacto na saúde, as identidades racializadas continuam sendo uma questão importante na compreensão das disparidades em saúde e dos problemas enfrentados por indivíduos sujeitos à violência estrutural e à discriminação (KIRMAYER, ROUSSEAU e GUZDER, 2014).

²⁷ Tem sido crescentemente identificada como fonte de discriminação e um marcador de exclusão social para algumas comunidades minoritárias (KIRMAYER, ROUSSEAU e GUZDER, 2014).

sofisticação da linguagem, etiqueta social, ciência e artes. Historicamente, nas sociedades europeias, esse entendimento de cultura justificava sistemas hierárquicos de status e se reproduziu, por meio da colonização, a outros povos e nações, justificando, em última análise, a escravidão e estabelecimento de relações discriminatórias com aqueles considerados subalternos (KIRMAYER, ROUSSEAU e GUZDER, 2014).

Ainda hoje, observam-se efeitos desse terceiro modo de compreensão da cultura. No caso da biomedicina, incluindo psiquiatria e psicologia, os valores de individualismo e de autonomia, enraizados nas tradições culturais ocidentais, têm moldado os sistemas diagnósticos e as intervenções terapêuticas com repercussões importantes para a prática clínica e a situação de saúde das populações (KIRMAYER, ROUSSEAU e GUZDER, 2014).

É necessário um pequeno aparte que servirá posteriormente para a análise dos resultados. Wagner (2017) problematiza a noção de cultura, partindo da terceira definição acima elencada. Cultura como cultivo. Ele indica que, na sociedade ocidental, a cultura é percebida como um processo de refinamento progressivo, que remete a uma noção de controle e de domesticação do homem por si mesmo. O uso antropológico dessa noção de cultura, através de sucessivas metáforizações, engendrou sentidos, tais como moderação dos instintos naturais, domesticação, progresso, produção. Assim:

O verdadeiro cerne de nossa cultura, em sua imagem convencional, é sua ciência, arte e tecnologia, a soma total das conquistas, invenções e descobertas que definem nossa ideia de “civilização”. Essas conquistas são preservadas (em instituições), ensinadas (em outras instituições) e ampliadas (em instituições de pesquisa) mediante um processo cumulativo de refinamento (Wagner, 2017, p. 51).

Mais ainda:

O resultado foi uma sobrecarga do conceito generalizado de cultura, abarrotado com tantas lógicas explanatórias, níveis e sistemas de sobredeterminação heurísticas a ponto de fazê-lo surgir como a própria metáfora da “ordem”. (...) Além disso, já que essa “ordem” de ferro representa ao mesmo tempo nosso meio de compreender a cultura, a mudança ou variação só pode ser abordada negativamente, como uma espécie de entropia, estática ou “ruído” (Wagner, 2017, p. 51).

Nesse sentido, Wagner (2017) alerta que, enquanto a ideia de cultura se restringir ao sentido “sala de ópera²⁸”, os estudos antropológicos serão enviesados na direção de uma autoimagem. Se essa crítica for apropriada aos estudos na interface entre saúde e antropologia, a dificuldade da biomedicina se perceber como um discurso culturalmente situado é confirmada mais uma vez e pode ajudar a entender a violência (sutil) de alguns profissionais de saúde, que não se conformam com os universos sobre as questões de saúde e doença que os pacientes trazem consigo. Mas, mais ainda, traz questões para a exploração dos

²⁸ A metáfora de cultura como “sala de ópera” remete ao entendimento de cultivo e refinamento social, produção e produto em última análise.

modelos explanatórios como tentativa de tradução e de aproximação dos termos “nativos” para termos médicos (KLEINMAN e BENSON, 2006a).

Retornando à questão da definição de cultura, Williams (2006) propõe uma análise dos entendimentos de cultura a partir de diferentes posições epistemológicas²⁹, identificando quatro paradigmas do conhecimento contemporâneo: pós-positivismo, construtivismo, teoria crítica e pós-modernismo.

No pós-positivismo, sugere-se que a realidade é algo que podemos entender e capturar probabilisticamente usando as ferramentas certas, embora se reconheça que a objetividade é uma meta que nunca será alcançada completamente, tendo em vista a influência das teorias e vieses dos pesquisadores. Diferenças individuais dentro do grupo são reconhecidas, mas a cultura se torna conhecida ao se privilegiar as experiências comuns a todos e ao afirmar essas experiências como o núcleo da identidade cultural. Ou seja, esse universo estável de traços, comportamentos e expectativas é algo que pode ser definido, validado e compartilhado com outras pessoas (WILLIAMS, 2006).

No construtivismo, entende-se que a realidade é construída através da interação social e do diálogo. O que se entende como cultura se baseia nas experiências compartilhadas de grupos e está intrinsecamente ligado aos participantes que estão envolvidos na produção de conhecimento. As interações sociais moldam o conhecimento que é local e específico de um contexto particular, mas pode ser conhecido em formas mais sofisticadas por imersão no processo dialético de construção do conhecimento (WILLIAMS, 2006).

Já o paradigma da teoria crítica propõe que a realidade é produzida através de processos sociais e políticos historicamente situados. As circunstâncias sociais são entendidas como reflexos de uma estrutura profundamente enraizada e as pessoas marginalizadas nessas estruturas tendem a perceber os arranjos sociais como dados naturais. Observar a cultura através de uma lente da teoria crítica nos leva a contemplar como o resultado de processos opressivos são engendrados pelas estruturas históricas, políticas e econômicas, que contribuíram para formação de identidade étnica, status de grupo e oportunidades para os indivíduos (WILLIAMS, 2006).

Por fim, a compreensão pós-modernista da cultura é de que todas as identidades culturais são construídas e, portanto, mutáveis, em resposta a diferentes contingências internas e externas. Consequentemente, não há motivos para esperar que os indivíduos sejam

²⁹ A sistematização proposta por Williams (2006) é feita com o objetivo de refletir sobre as práticas culturalmente sensíveis no âmbito da assistência social, especialmente em saúde mental. A autora não pretende com isso estabelecer um enquadramento teórico fixo.

influenciados por combinações únicas de narração pessoal. As narrativas sociais, as ideologias e os significados devem ser associados a qualquer núcleo comum de valores, crenças ou experiências, totalizando uma perspectiva cultural. O indivíduo, e não o grupo, deve ser a unidade de análise. A única cultura que podemos conhecer é aquela derivada de significados internalizados, usados para dar sentido ao mundo (WILLIAMS, 2006).

No caso da SC, Langdon e Wiik (2010) sugerem uma compreensão instrumental do conceito de cultura, apesar do reconhecimento de toda diversidade e complexidade que permeiam o debate epistemológico e metodológico nas diferentes correntes analítico-teóricas. Assim, propõem:

Cultura pode ser entendida como um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social. Trata-se de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas (LANGDON e WIIK, 2010, p. 175).

Ressaltam, então, três aspectos importantes no reconhecimento do significado da atividade sociocultural: a cultura é aprendida, compartilhada e padronizada. Os autores não negam a base biológica que serve de substrato para a atividade sociocultural, mas ressaltam o caráter interativo e experiencial que se dá concretamente nas relações e em contextos específicos. Desse modo, a cultura é internalizada e incorporada e provê uma visão de mundo e uma práxis social (LANGDON e WIIK, 2010).

No caso da “sociedade brasileira³⁰”, há uma diversidade significativa nas visões de mundo e percepções da realidade, conformando uma mistura complexa onde se articulam saúde, cultura e sociedade. Tal complexidade se reflete nos sistemas de atenção à saúde que operam na sociedade brasileira. Pensar a interação entre os diferentes sistemas permite compreender os múltiplos comportamentos, bem como refletir sobre os efeitos dos encontros entre as lógicas que constituem cada sistema (LANGDON e WIIK, 2010).

Nesse sentido, a *lacuna de experiência* dos profissionais e serviços de saúde acerca do sofrimento, limitação e busca de ajuda, relacionados ao adoecimento, como já mencionado anteriormente, tem sido reconhecida como um obstáculo para a saúde pública (KOHRT & MENDENHALL, 2015). Estratégias universalizantes, necessárias quando pensamos em termos de serviços e sistemas de saúde, ou de valorização da subjetividade, importantes no

³⁰ Os autores ressaltam o caráter complexo da sociedade brasileira, formada por distintos grupos étnicos, estratificada por classes sociais, caracterizadas por costumes regionais e religiosos particulares, mas também por variações internas/intergrupais.

cotidiano dos serviços, mas muitas vezes *psicologizantes* e individualizantes, podem se apresentar muito distantes da experiência real das pessoas que adoecem, inclusive de transtornos mentais, tornando-se fundamental que a dimensão sociocultural seja considerada em toda a sua complexidade (FONSECA, 2014).

2.2 Sobre a Saúde Coletiva no Brasil

A saúde coletiva no Brasil é uma área de conhecimento e um espaço de práticas, uma das manifestações históricas do fenômeno correspondente à busca da justiça social. Faz parte de uma escola de pensamento denominada medicina social latino-americana (VIEIRA-DA-SILVA e PINNELL, 2014).

As transformações geradas no Pós-Guerra, tais como industrialização e migração para o meio urbano, foram determinantes para a configuração da medicina social latino-americana (NUNES, 1992). Num primeiro momento, sob influência norte-americana e de agências internacionais, deu-se relevância a elementos das práticas de saúde que aumentassem a produtividade das classes trabalhadoras ou que incluíssem aspectos relevantes ao modelo agroexportador (NUNES, 1992).

No entanto, gradualmente, no contexto de criação dos departamentos de medicina preventiva e social (década de 1960) e das primeiras atividades multiprofissionais voltadas para comunidade, central ao preventivismo comum à época³¹, houve uma aproximação interdisciplinar entre medicina e ciências sociais e a um movimento crítico do modelo biomédico (Nunes, 1992; Nunes, 2006).

Na década de 1970, a “medicina comunitária e preventivista” foi muito criticada como prática pedagógica, mas também como uma tentativa de controlar a comunidade (NUNES, 1992). Ademais, avaliou-se que o modo como as ciências sociais foram incorporadas a medicina latino-americana estava mais voltado para a interação entre profissionais de saúde e populações latino-americanas específicas (indígenas) e se dava pelo viés da etnomedicina e funcionalismo cultural com caráter etnocêntrico e reduzida percepção dos contextos sociais mais amplos em que se davam (NUNES, 1992; QUEIROZ e CANESQUI, 1986).

³¹ A introdução da medicina preventiva no Brasil se deu como parte das iniciativas voltadas para a modernização da medicina. Foi promovido pela OPAS a partir da década de 1950 com financiamento de bolsas de estudo a médicos recém-formados do Brasil para concluir cursos de pós-graduação em saúde pública nos EUA e ajudar a desenvolver um programa de ensino e assistencial que considerasse ações preventivas no interior das comunidades. Para tanto, disciplinas das ciências sociais também foram incluídas nos cursos de graduação no sentido de mapear as características socioculturais das comunidades e planejar intervenções adaptadas as comunidades (NUNES, 1992; VIEIRA-DA-SILVA e PINNELL, 2014).

Assim, os marcos teóricos e as metodologias de investigação e de cuidado em saúde começaram a ser questionados. O trabalho de Juan César Garcia, médico e sociólogo argentino (1932-1984), na OPAS, foi muito importante nesse processo. Garcia não só formulou as linhas gerais de pesquisa para uma agenda de estudos e ações, mas também desenvolveu um papel da liderança política por meio da mobilização de recursos institucionais para apoio aos programas emergentes de medicina preventiva (VIEIRA-DASILVA e PINELL, 2014). Assim, o debate sobre a valorização do social, como dimensão determinante do processo saúde-doença e como esfera de intervenção (para além das intervenções individuais), buscou referências em uma abordagem histórico-estrutural, conformando a escola de medicina social latino-americana (NUNES, 1992; TAJER, 2003; OSMO e SCHRAIBER, 2015)³².

No caso brasileiro, ainda na década de 1970 e sob influência dos movimentos políticos contra a ditadura militar, o movimento sanitarista acentuou o caráter crítico ao modelo biomédico, ao desenvolver a interdisciplinaridade - como condição de possibilidade para um conhecimento ampliado - e a multiprofissionalidade - como estratégia de enfrentamento das adversidades presentes nas práticas de saúde (OSMO e SCHRAIBER, 2015). Tal movimento crítico engendrou também consequências para a gestão política da assistência à saúde, com o descentramento do Estado e o reconhecimento do “poder instituinte da vida social, em seus vários planos e instituições (...) que se dá abertura do campo da saúde para outras leituras possíveis, centradas no reconhecimento das diferenças” (BIRMAN, 2005, p. 14).

Nesse processo, a epidemiologia tem retomado o interesse pelos fenômenos sociais e identificado a relevância dos fatores econômicos, políticos e culturais do processo saúde-doença, sob o rótulo de determinantes sociais da saúde – DSS (SOLAR e IRWIN, 2010). Desde então, debates em torno de quais são os determinantes, como e o quanto impactam a saúde das populações têm sido travados em diferentes contextos nacionais (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

Ao longo das décadas de 1980 e 1990, estudos apontando os efeitos das condições sociais nas desigualdades em saúde foram fundamentais para estimular novas séries de investigações, expondo as consequências difusas das variações sociais sobre a saúde (SOLAR e IRWIN, 2010)³³.

³² Configurando um período de legitimação do campo e de constituição de identidade própria. Os estudos, impulsionados a partir de então, foram variados quanto aos temas e metodologias, provavelmente derivados das diferentes acepções de coletivo assumidas pelos pesquisadores (NUNES, 1992).

³³ Em 1982, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em sua I Reunião sobre Ensino, Pesquisa de Ciências Sociais na área de Saúde Coletiva, estipulou entre os assuntos em ciências sociais a serem abordados

A base teórica e ética que tem orientado tais estudos entende saúde como um direito e defende que se trata de um “bem especial”, cuja distribuição equitativa merece particular atenção das autoridades políticas³⁴. Ser um bem especial significa que: (1) a saúde é diretamente constitutiva do bem-estar de uma pessoa; e (2) a saúde permite que uma pessoa funcione como um agente. As desigualdades na saúde são, portanto, reconhecidas como “desigualdades na capacidade de as pessoas funcionarem”, o que compromete profundamente sua liberdade (SOLAR e IRWIN, 2010)³⁵.

Percebe-se uma gradação de temas nos estudos que incorporaram o referencial dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Como descrevem Buss e Pellegrini Filho:

A primeira geração se dedicou a descrever as relações entre pobreza e saúde; a segunda, a descrever os gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica; e a terceira e atual geração está dedicada principalmente aos estudos dos mecanismos de produção das iniquidades (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 80-81).

O modo como a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) apresenta o contexto socioeconômico-político é deliberadamente amplo e se refere a um conjunto de aspectos estruturais, culturais e funcionais de um sistema social com importante influência nos padrões de estratificação social e, portanto, nas oportunidades de saúde das pessoas. Nesse contexto, atuam os mecanismos sociais, culturais e políticos que configuram e mantêm hierarquias sociais (SOLAR e IRWIN, 2010). Embora os aspectos políticos do contexto sejam importantes para a distribuição social da saúde e da doença, o que se observa é que nunca foram sistematicamente estudados, assim como os valores sociais e culturais dos cenários em que as políticas de saúde são concebidas e implementadas (SOLAR e IRWIN, 2010)³⁶.

nos cursos de residência e especialização: determinantes sociais do processo saúde/doença; condições de saúde da população; relações entre saúde e sociedade e organização social da prática médica (CANESQUI, 2008).

³⁴ A Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) da OMS (CDSS – OMS, 2008) elaborou um relatório em que apresenta a fundamentação teórica e ética, na qual se baseiam as indicações da Comissão (CDSS). Trata-se de uma revisão dos referenciais teóricos que orientaram a constituição da Comissão e que serve ao mesmo tempo de norteador das propostas. Nesse documento, a noção de Determinantes Sociais da Saúde é defendida como instrumento que torna evidente o processo saúde-doença como um fenômeno social e, mais especificamente, como uma face importante da Justiça Social. A equidade em saúde, definida pelos autores como ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis na saúde entre grupos populacionais, definidos social, econômica, demográfica ou geograficamente, é compreendida como outro balizador ético e teórico. Nesse documento, apresentam um modelo que demonstra os fatores sociais, econômicos e políticos e suas interações, de modo a interferir no estado de saúde das populações. A cultura, entendida como um conjunto de valores, crenças e princípios, é vista como substrato que sustenta tais interações e seus efeitos (SOLAR e IRWIN, 2010).

³⁵ Tal enquadramento teórico-metodológico é muito próximo ao da medicina social, embora apresente como novidades importantes o *empoderamento* e *advocacy*. Sobre o tema, ver OSMO e SCHRAIBER (2015).

³⁶ A respeito do relatório da CDSS (OMS, 2008), Camargo Jr (2011) comenta que se trata de uma proposta de políticas de saúde progressivas, baseada em evidências e planejadas intersetorialmente, afirmação corajosa de que as desigualdades em saúde são um problema relacionado à justiça e à distribuição de direitos e recursos. Todavia, nesse movimento de aproximação da esfera sociocultural, há uma ênfase excessiva na mensuração

Minayo et al (2003) pressupõem que tais deficiências estejam relacionadas ao modo como a epidemiologia se apropriou dos termos das ciências sociais – de forma ideológica ou pelo senso comum –, não apenas no momento da redução dos conceitos em variáveis, mas também pela incorporação pouco elaborada dos marcos teóricos.

No Brasil e na América Latina, houve um esforço para articular as categorias das ciências sociais à epidemiologia, propondo pensar saúde e doença por meio de sua história social, a partir de uma perspectiva marxista estruturalista. Esta corrente ficou conhecida como epidemiologia crítica³⁷ (NUNES, 1992; MINAYO et al, 2003).

Tratava-se de uma reação ao tecnicismo e ao biologismo da medicina e epidemiologia tradicionais, mas que acabou oscilando entre a abordagem da questão social como um cenário de produção de adoecimento ou como um determinante sem mediações das situações e dos comportamentos dos sujeitos. Desse modo, pouco considerou as questões relativas à subjetividade e aos processos sociais próprios do cotidiano – “complexificadores das expressões de saúde e doença no híbrido biológico-social” (MINAYO et al, 2003, p. 100).

A seu turno, embora as ciências sociais (especialmente a sociologia) tenham estado presentes desde a conformação inicial da Saúde Coletiva, na década de 1970, só se tornaram um ator relevante a partir da década de 1990. Parte desse descompasso se deu por ser constituída em si mesma por diversas disciplinas, com lógicas de produção e espaços próprios de atuação, interferindo com sua entrada e participação na saúde coletiva (MINAYO, 2013; RUSSO e CARRARA, 2015).

Podemos então dizer que as ciências sociais têm duas entradas no campo da Saúde Coletiva. Em um primeiro momento, através de uma sociologia de corte marxista e da ciência política, em que o sanitarismo predomina. Em um segundo momento, através de uma perspectiva sócio-antropológica, que traz consigo uma nova leitura política e representa uma vertente crítica da própria prática médica e sanitária (RUSSO e CARRARA, 2015, p. 475).

No caso específico da inserção da Antropologia na saúde, houve um crescimento no final da década de 70 e início de 80, com a incorporação dos problemas da sociedade urbano-industrial como objeto de estudo e a retomada das “práticas populares de saúde” (NUNES, 1992; QUEIROZ e CANESQUI, 1986). Com um recrudescimento do interesse pelas

(como uma certa tentativa de objetividade), excluindo o significado do que é medido e não problematizando as *causas* que configuram as desigualdades.

³⁷ Essa corrente, embora em declínio, manifesta ainda importantes restrições ao modo como os determinantes sociais da saúde têm sido majoritariamente abordados na epidemiologia e pelas organizações internacionais de saúde, tais como a OMS (ALMEIDA FILHO, 2009; GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAÚJO, 2014, 2017; BORDE, HERNÁNDEZ-ALVAREZ, PORTO, 2015).

temáticas a partir das décadas de 1990 e 2000 pelo interesse demonstrado por pesquisadores externos à antropologia (RUSSO e CARRARA, 2015).

Por outro lado, nos espaços característicos da antropologia (por exemplo, na Associação Brasileira de Antropologia), formaram-se grupos de trabalhos (GTs) e foram publicados, em periódicos específicos das ciências sociais, estudos em torno das discussões sobre corpo, saúde, doença, práticas de cura, com pouca visibilidade para a Saúde Coletiva³⁸ (RUSSO e CARRARA, 2015). Minayo (1998) destacou que a criação desses grupos funcionou como uma espécie de brecha, tendo em vista a dificuldade de estabelecimento de um espaço próprio para uma antropologia da saúde e da medicina nas instituições de antropologia, além das tensões na relação entre disciplinaridade e interdisciplinaridade.

Knauth e Leal (2014) entendem que esse movimento possibilitou, em parte, alguma visibilidade para a antropologia da saúde dentro da antropologia, mas ainda não foi capaz de garantir o rigor metodológico e a consistência teórica nas pesquisas qualitativas, levadas a cabo na saúde coletiva sob a chancela das ciências sociais. Como consequência, os estudos não problematizam suficientemente os conceitos que os sustentam e perdem poder de análise.

2.3 Institucionalização da RPB

Dando prosseguimento à descrição ora proposta, o processo de institucionalização da RPB será revisto. Como será apresentado no capítulo “Lógicas do cuidado”, pode-se dizer que o movimento da RPB é influenciado pelo movimento sanitário e também orientado por uma leitura crítica acerca das instituições médicas.

Assim, o debate em torno da psiquiatria e de seu modo de cuidar, bem como em outras áreas da saúde (medicina de um modo geral, enfermagem, psicologia, dentre outras), ganhou corpo, informado pelas perspectivas provenientes da filosofia, história e ciências sociais. As obras de autores como Goffman, Laing, Foucault e Basaglia adquiriram repercussão³⁹. Em comum, além da crítica à medicalização da loucura e à psiquiatrização do sofrimento, todos

³⁸ Minayo (2013) encontrou, em um trabalho de revisão acerca das publicações em ciências sociais e saúde, um número significativo de estudos publicados em revistas de saúde coletiva consideradas de referência no país, com temáticas atuais e abordadas internacionalmente. Nesse sentido, reforça as diversas possibilidades de interação das ciências biomédicas e antropológicas já elencadas pela mesma autora anteriormente (MINAYO, 1998). Tais pesquisas podem ser descritas como estudos: básicos – processo saúde-doença numa perspectiva totalizante; estratégicos – temas específicos analisados para ampliar conhecimento e subsidiar políticas públicas; e operacionais – apropriações reduzidas dos estudos totalizantes (MINAYO, 1998).

³⁹ Alguns desses autores estiveram no Brasil para palestras e seminários (BEZERRA JR., 1994; AMARANTE e NUNES, 2018).

percebiam “história, cultura e sociedade naquilo em que a psiquiatria só enxergava biologia e idiosincrasia individual” (BEZERRA JR, 1994, p. 172).

Assim, a rejeição à hegemonia do saber médico-psiquiátrico e a busca por uma perspectiva menos segregadora do adoecimento, constituintes do campo da saúde mental, também levaram à busca por outros saberes e pela interdisciplinaridade. Diferentes modos de articulação entre individual e social passaram a ser explorados nas investigações que se desenvolvem a partir da substituição da ideia de doença mental por saúde mental. Além disso, buscaram a interface com as ciências sociais (VENÂNCIO, 2001).

Desse modo, foi possível destacar os aspectos científicos, burocráticos, legislativos, culturais e políticos do fenômeno do adoecimento mental e das soluções sociais engendradas para o seu enfrentamento, o que permitiu tomá-los como constituintes de um processo social complexo (AMARANTE, 2007). Tal noção entrelaçou essas facetas simultaneamente, ora em concordância, ora em antagonismo, produzindo consensos, tensões e contradições. E, na constituição do campo da saúde mental e da atenção psicossocial, tais dimensões orientaram a elaboração de estratégias de intervenção em todos os seus âmbitos (AMARANTE, 2007).

Para os fins do trabalho aqui desenvolvido, é importante apresentar especificamente a dimensão sociocultural como tem sido compreendida pela RPB. Segundo Amarante (2007), trata-se de um dos aspectos fundamentais da experiência brasileira de reforma psiquiátrica, pois reconhece o papel da sociedade na discussão da reforma (RPB) e é uma das principais referências para a construção de outras estratégias e dispositivos políticos, sociais e culturais, e não apenas clínicos e terapêuticos (AMARANTE e NUNES, 2018).

Duas estratégias compõem essa dimensão na perspectiva de Amarante e Nunes (2018). A primeira delas é o estímulo à participação social na construção das políticas públicas, seja no nível dos serviços, seja nos fóruns mais gerais (conferências, audiências públicas, conselhos de saúde) e nos espaços de ativismo (*advocacy*), como os do movimento antimanicomial (AMARANTE e NUNES, 2018).

A segunda se dá pela utilização da arte e da cultura, além de recursos terapêuticos, por meio das intervenções culturais e artísticas promovidas por usuários, familiares, profissionais e voluntários. É proposto o estímulo ao debate em torno do adoecimento e das possibilidades de cuidado e inclusão social (AMARANTE, 2007; AMARANTE e NUNES, 2018)⁴⁰.

⁴⁰ Todavia, a despeito da regulamentação do Programa de Geração de Renda e Trabalho (Resolução CODEFAT nº 59/1994) e dos Pontos de Cultura (Lei nº 12.343/2010), as atividades de cultura e trabalho e geração de renda não têm recursos orçamentários definidos, fazendo supor o baixo valor estratégico atribuído a tais iniciativas (AMARANTE e NUNES, 2018). Tal omissão levanta a questão da sustentabilidade da atenção psicossocial. Entre os pontos centrais há a necessidade do estabelecimento de métodos de avaliação que considerem as

Alguns aspectos dessa compreensão da dimensão sociocultural são dignos de nota. O primeiro reflete a filiação da RPB (e da RSB) com a justiça social e os direitos humanos. Preocupar-se com ações que sensibilizem a população acerca dos direitos ao cuidado e à inclusão social dos pacientes com transtorno mental é exemplar neste sentido.

Por outro lado, e considerando as questões apontadas por Bezerra (1994), também desvela certa insuficiência, pois não problematiza um movimento necessariamente anterior que é o da investigação dos contextos socioculturais em que as práticas de cuidado se dão. Esses contextos são caracterizados por *sofisticados mecanismos de exclusão* e prescindem de grades e muros para exercer seu poder. Outro ponto importante é o entendimento de cultura explicitado nessa concepção.

Um efeito imprevisto do modo de apropriação da cultura pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) é que, embora as intervenções artístico-culturais tenham sido pensadas como estratégia de enfrentamento do estigma e para garantia de inclusão social, podem ter tido seus efeitos limitados não só pelos poucos incentivos governamentais ou pelo descuido na investigação acerca dos contextos em que tais práticas eram realizadas⁴¹, mas exatamente pela proposta de “produção” de bens culturais, supostamente valorizados por algumas camadas sociais. No entanto, talvez não fossem valorizados pelos próprios usuários ou pelas comunidades que habitam, ou pior ainda, não reconhecidos exatamente por serem produzidos por portadores de transtorno mental.

Assim, a despeito da proposição das diversas dimensões relacionadas à saúde mental como elementos críticos ao modelo biomédico e constitutivos de um processo social complexo, a institucionalização da atenção psicossocial tem privilegiado especialmente a dimensão jurídico-política ao longo do processo em detrimento das outras esferas⁴².

Ortega e Wenceslau (2019) ratificam tal observação e entendem que os debates socioculturais não foram incorporados às principais matrizes teóricas e práticas da saúde

particularidades da RPB, mas que também criem dados relevantes para uma análise crítica e propositiva relativas às práticas de cuidado, aos processos de trabalho e às estratégias sociopolíticas (BEZERRA JR, 2007; DELGADO, 2015).

⁴¹ Aspecto extremamente importante, não só para o planejamento de intervenções culturalmente sensíveis, mas fundamentalmente pela possibilidade de desenvolvimento de estratégias de pesquisa interdisciplinares e de avanço quanto ao conhecimento ampliado do processo saúde-doença-busca de cuidado.

⁴² A esse respeito, Borges e Baptista (2008) observaram que houve aumento da oferta e da diversidade de serviços substitutivos proporcionalmente aos debates e publicações de legislação dos direitos dos usuários e ordenadoras das ações em saúde mental. Todavia, também notaram que a preocupação com as normas e indicações técnicas produzidas em nível nacional atentaram muito mais para o “aspecto externo”, ou seja, constituição dos serviços, configurando uma rede assistencial. Em contrapartida, descuidou-se do que chamaram de “aspecto interno” do modelo, aquele voltado para gestão dos processos de trabalho, com a participação dos usuários e a comunidade, e, finalmente, para a sensibilidade da intervenção técnica às singularidades espaço-temporais.

mental brasileira, devido ao caráter nitidamente político, marcado pela experiência italiana. As diferenças culturais foram expressas como diferenças econômicas e sociais, ou seja, como diferenças de classe⁴³.

Ainda assim, encontram-se estudos que buscam a aproximação dos fenômenos socioculturais à saúde mental. A seguir, apresenta-se a abordagem epidemiológica para, em seguida, discutir a perspectiva das ciências sociais.

Na interface com a saúde mental, muitas pesquisas têm investigado o papel dos determinantes sociais (ALLEN et al, 2014; OMS, 2014; LUND et al, 2018). Lançam mão do mesmo percurso teórico-instrumental, inclusive com a proposta de um modelo que integre os fatores sociais, políticos e econômicos (LUND et al, 2018) (vide nota 37). Todavia, demonstram o mesmo tipo de apropriação instrumental verificada por Minayo et al (2013) no caso brasileiro.

Em Allen et al (2014), para fins de ilustração, as famílias são vistas como base do apoio social e como ambientes seguros nos quais as pessoas crescem e se desenvolvem. Conjuntamente com o que denominam *culturas*, são cruciais no desenvolvimento da cognição e nos padrões de apego. Propõem então que intervenções sobre os núcleos familiares poderiam interromper a transferência intergeracional de desigualdades. Como se percebe, há uma naturalização do papel e da função da família, bem como a indefinição do que sejam culturas, e, assim, perda do potencial reflexivo e crítico que tais categorias poderiam trazer aos estudos.

Menezes et al (2018) encontraram situação semelhante em recente revisão sobre a literatura em saúde mental no Brasil. Embora muitos estudos tenham incorporado o olhar sobre os DSS (mais da metade do universo de publicações analisadas), problematizando questões tais como estigma, exclusão social e violência e buscando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, observaram-se lacunas teóricas e metodológicas que repercutem no conhecimento da situação brasileira. Um dado interessante, recolhido a partir dessa revisão, é a percepção de que houve tantos estudos de metodologia quantitativa quanto estudos qualitativos.

Nos estudos quantitativos, há claramente uma tendência de investigar variáveis socioeconômicas em relação ao diagnóstico, vulnerabilidade ao adoecimento, acesso ao tratamento e ocorrência de comorbidades. Houve poucos estudos longitudinais em

⁴³ Outro aspecto levantado nesse trabalho é o papel da noção de uniformidade cultural defendida por Darcy Ribeiro e seus efeitos para o debate sobre diversidade cultural e sua incorporação nas políticas de saúde e saúde mental mais especificamente (ORTEGA e WENCESLAU, no prelo).

comparação com estudos transversais, provavelmente devido à dificuldade para financiamento e realização de pesquisas de longo prazo. Existem também poucos estudos com uma grande amostra populacional (MÜLLER, 2018).

Os estudos qualitativos revelaram preferência pela compreensão das experiências singulares dos usuários, familiares e profissionais de saúde. Políticas de implementação, funcionamento dos serviços, efeitos para o processo de inclusão social e reabilitação psicossocial foram seus principais temas. Em relação ao funcionamento dos serviços, alguns estudos investigaram a relação entre diferentes unidades de saúde e diferentes setores. Não apenas a perspectiva citada reconhece a participação social, mas também destaca o papel fundamental dos serviços e sistemas de saúde, bem como de outros setores, na manutenção ou mitigação de processos de exclusão social (MÜLLER, 2018).

Os resultados ora descritos parecem atualizar o quadro observado na saúde coletiva. Há estudos epidemiológicos introduzindo a questão dos determinantes sociais da saúde na esfera da saúde mental pelo viés da epidemiologia social e estudos qualitativos que reproduzem a variedade de abordagens e matrizes teóricas em direção a um entendimento mais próximo da determinação social da saúde. Uma análise mais detida acerca da consistência teórica e coerência metodológica das pesquisas deve ser levada a cabo para refletir sobre o conhecimento e as práticas de saúde mental no Brasil (e seus efeitos), mas também sobre o avanço epistêmico, político e cultural que as reformas brasileiras têm conseguido produzir sobre o entendimento ampliado do processo saúde-doença-busca de cuidado.

No que tange aos estudos antropológicos, Venâncio (2001) traz outros elementos para a reflexão sobre a interface entre saúde mental e aspectos socioculturais. Até a década de 2000, nos estudos antropológicos que vinham orientando a interseção com a saúde mental, a categoria central para análise das investigações era a noção de Pessoa na cultura ocidental moderna e na sociedade brasileira, enquanto os objetos preferenciais eram a psiquiatria e psicanálise. Além disso, até aquele momento, não seria possível sistematizar a produção que vinha sendo realizada essencialmente por duas razões⁴⁴: presença de ênfases teóricas diversas e menor adesão aos parâmetros analíticos relacionados ao desenvolvimento médico (mais utilizados pela antropologia médica norte-americana).

Todavia, já em 2010, Venâncio e Cassilia (2010) identificaram diferentes temas e objetos na produção acadêmica em saúde mental. As autoras perceberam um avanço na

⁴⁴ Provavelmente relacionados à própria constituição da antropologia brasileira, mais afeita aos autores clássicos e a uma perspectiva mais holista de cultura e sociedade (RUSSO e CARRARA, 2015).

produção, associada a uma corrente que denominaram como cultural, que faz uma releitura de autores fundamentais à saúde mental, enfatizando o processo de singularização e interiorização da individualidade na modernidade. Além disso, propõe uma observação do outro ou do nativo, em outros termos. Buscando entender como os processos sociais e políticos são agenciados no cotidiano pelos diferentes atores sociais, os estudos dão outro lugar às fontes primárias, seja pela valorização da fala dos usuários, seja pela retomada dos textos médicos como construtos negociados⁴⁵ (VENÂNCIO e CASSILIA, 2010).

⁴⁵ Citando Carrara (1997, p. 113), indicam que, em sociedades complexas, a cultura pode deixar de ser vista como entidade transcendental, para ser entendida “como resultado provisório de um processo social e político em que diferentes grupos se enfrentam e se articulam, negociando constantemente o sentido, ou sentidos a serem atribuídos à própria realidade social e ao mundo natural com o qual ela se constrói”. [Carrara, S. (1997). Sexualidade e sexologia no Rio de Janeiro de entre-guerras. *Cadernos do IPUB*, 8, 113.]

Foto 3 - Vista de comunidade, região Centro



Fonte: A autora, 2019.

3 LÓGICAS DO CUIDADO: AS FRONTEIRAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL

3.1 A Saúde da Família

A estratégia de saúde da família (ESF) tem sido o percurso adotado no Brasil para reorientar a atenção em saúde, passando de um modelo hospitalocêntrico para um modelo baseado na Atenção Primária à Saúde (APS), o qual é pautado pelo cuidado integral e articulado em rede. Os princípios que sustentam essa escolha são os da universalidade, integralidade e equidade em saúde (HARZHEIM e MENDONÇA, 2013).

Além disso, a ESF deve se caracterizar pela forte presença dos seguintes atributos: ser a porta de entrada do sistema; prover cuidado longitudinal; coordenar ações e medidas necessárias para o acompanhamento das pessoas; dispor de cuidado integral; ser orientada para a família e para a comunidade; e dispor de competência cultural (STARFIELD, 2002; HARZHEIM e MENDONÇA, 2013).

Tais indicações, bem como a existência de um sistema de saúde que atue coordenadamente, vêm sendo defendidas internacionalmente desde a década de 1970, por diversos autores e instituições (vide Relatório Lalonde – Canadá, 1974), tendo seu ápice na Conferência de Alma-Ata (1978) (LAWN et al, 2008).

O desenvolvimento da APS no Brasil remonta a experiências prévias e à própria Conferência de Alma-Ata. Embora fossem tentativas heterogêneas e respondessem a uma certa concepção de atenção primária seletiva, já indicavam uma preocupação com aumento de cobertura, bem como com uma maior resolutividade assistencial (HARZHEIM e MENDONÇA, 2013).

As primeiras experiências com a inclusão de leigos no cuidado com populações vulneráveis no Brasil ocorreram ainda na década de 1970. Elas serviram posteriormente como modelo para a criação do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), que depois se vinculou ao Programa de Saúde da Família (GIUGLIANI, LAVOR e BARBOSA, 2013). Tais iniciativas já vinham sendo ensaiadas em outros lugares do mundo⁴⁶, e, em comum, tinham o reconhecimento de maior necessidade de uma determinada população, associada à insuficiência de recursos e à dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Ademais, houve a percepção de que a identificação sociocultural com a comunidade levava a

⁴⁶ Em 1968, a experiência chinesa dos Médicos Descalços inspirou outros países a ensaiar suas próprias iniciativas. Mais tarde, na Conferência de Alma-Ata, houve a recomendação de inclusão de agentes leigos nas estratégias/intervenções de cuidado.

uma melhor compreensão das necessidades das pessoas atendidas (GIUGLIANI, LAVOR e BARBOSA, 2013).

Com o avanço do movimento sanitário e a promulgação da Constituição de 1988, bem como de todo o arcabouço técnico-jurídico que se seguiu, tais iniciativas puderam servir de modelo para a institucionalização em nível nacional de uma agenda progressista na saúde. Já no ano de 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi delineado pelo Ministério da Saúde (MS) e começou a ser implementado (HARZHEIM e MENDONÇA, 2013).

À medida que esses programas foram sendo desenvolvidos, questionamentos e avaliações sobre suas características e resultados, bem como sobre os obstáculos encontrados, emergiram, desencadeando a sistematização dos programas e a transformação do PSF em Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2006⁴⁷. Além disso, houve o alinhamento do PACS às unidades de saúde da família (GIUGLIANI, LAVOR e BARBOSA, 2013; HARZHEIM e MENDONÇA, 2013). A partir de 2008, foram incorporados às equipes da ESF os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), para viabilizar suporte técnico especializado de uma equipe de referência às equipes responsáveis⁴⁸ (HARZHEIM e MENDONÇA, 2013).

Embora não haja um padrão único indicado internacionalmente para a conformação das equipes de SF, há conhecimento acumulado e sistematizado que aponta para uma conformação de equipe multiprofissional – com composição mínima de médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, preferencialmente especialistas em saúde da família e comunidade -, responsável por até 4000 pessoas (a equipe é responsável pelo máximo de 3000 pessoas quando a população atendida tem maior vulnerabilidade). No Brasil, também compõem as equipes os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e cada agente pode acompanhar até 750 pessoas (HARZHEIM e MENDONÇA, 2013).

Para a sistematização da ESF no Brasil, foi importante a elaboração de um corpo normativo rígido, bem como de regras claras quanto ao repasse de financiamento e à organização dos serviços e equipes. O objetivo disto era a descentralização do SUS, com o reconhecimento da diversidade sociocultural e econômica das áreas e municípios atendidos. Além disso, visava diminuir o desconhecimento de muitos gestores e profissionais de saúde (HARZHEIM e MENDONÇA, 2013).

Graças à diversidade, que justifica regras definidas no nível nacional e no sistema de saúde, indica-se, entre as atribuições previstas para a ESF, que as equipes se adequem às

⁴⁷ A mudança de denominação foi influenciada pela observação de que a ideia de programa (de SF) remetia aos antigos programas, gestados anteriormente à criação do SUS, com atendimento seletivo por clientela e oferta de cuidado fragmentados.

⁴⁸ O NASF será apresentado e discutido mais amplamente na próxima seção.

regiões e às populações sob sua responsabilidade (TAKEDA, 2013; HARZHEIM e MENDONÇA, 2013). É nesse sentido que são sugeridos o diagnóstico das necessidades da população e o diagnóstico situacional do território sob responsabilidade de cada unidade.

A organização local dos serviços de APS precisa considerar aspectos específicos da população a ser atendida, tais como, características demográficas e epidemiológicas, situação de saúde e presença de iniquidades, aspectos socioeconômicos e culturais. Quanto à demanda de atendimento, deve-se considerá-la a partir do motivo de consulta referida. O instrumento sugerido para organização dos dados é a classificação internacional de cuidados primários.

Na maioria das vezes, essas informações são obtidas por meio de fontes secundárias, mas o reconhecimento dos recursos do território e a descrição dos problemas de saúde dos diferentes grupos populacionais podem ser resgatados por meio de encontros com a comunidade e visitas à região (BASTOS, BASTOS e SANTOS, 2012; BORGES e TAVEIRA, 2012; TAKEDA, 2013).

Quando esses dados são integrados e sistematizados, há a implementação ou a reestruturação adequada de um serviço de saúde. No entanto, um cuidado, que as equipes e gestores dos serviços de saúde devem tomar, é atentar que os grupos populacionais, as interações socioeconômicas e, conseqüentemente, as situações de saúde são dinâmicas, transformando-se continuamente. Desse modo, o processo de atualização das informações acerca do território e da situação de saúde também deve ser dinâmico (BASTOS, BASTOS e SANTOS, 2010; TAKEDA, 2013).

A ideia de território na SF acompanha a própria conformação do SUS. No momento das definições das diretrizes organizacionais, entendeu-se que as ações e os serviços de saúde integrariam uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada. Assim, essa descentralização para os municípios implicou a necessidade de se limitar cada serviço de saúde com base no território e na população definida⁴⁹. Nessa lógica, observou-se claramente que o referencial teórico de redes regionalizadas remetia ao modelo Dawson, instituído, na década de 1920, na Grã-Bretanha⁵⁰ (BORGES e TAVEIRA, 2012).

⁴⁹ A descentralização no SUS, diferente do que ocorreu em outros países latino-americanos, não foi uma imposição dos organismos internacionais (Banco Mundial), com conseqüente fragmentação dos sistemas e redução das ações em saúde em “pacotes mínimos”, mas sim uma estratégia de gestão e de distribuição de poder, prevista pelo movimento sanitário brasileiro (TAJER, 2003).

⁵⁰ O processo de uma rede regionalizada teve início com o relatório Dawson, publicado em 1920, após a 1ª Guerra Mundial. Ele foi solicitado pelo governo inglês, com o objetivo de buscar formas de organizar a provisão de serviços de saúde à população de uma dada região. Dawson introduziu a *territorialização*, ausente até então nos sistemas de seguridade social, indicando novas possibilidades de articulação na saúde pública (BORGES e TAVEIRA, 2012)

Na ESF, a operacionalização do conceito de território encerra diversos sentidos, haja vista a participação de geógrafos e dos estudos intersetoriais da área de uma unidade de SF. Ao processo de apropriação das informações pertinentes sobre o território, denomina-se *territorialização*. Este processo permite, por sua vez, que as necessidades e problemas dos grupos sejam definidos, bem como o estabelecimento de ações apropriadas e resolutivas⁵¹ (BORGES e TAVEIRA, 2012).

Segundo Borges e Taveira:

A territorialização integra o planejamento estratégico situacional, ferramenta básica da vigilância em saúde, que tem como perspectiva a possibilidade de dar subsídio a uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade, indivisível e produzida social e historicamente pelo homem, e que tenha interatividade na formulação de ações políticas visando ao desenvolvimento dos sistemas locais de saúde (BORGES e TAVEIRA, 2012, p, 242 – 243)

Observa-se então que o território e seu conhecimento referem-se a uma área geográfica de abrangência da equipe de saúde, mas também são entendidos como um espaço com dimensões econômica, política, cultural e epidemiológica, produto da dinâmica social, em que conflitos, expressão de solidariedade e busca de consensos estão em jogo (BASTOS, BASTOS e SANTOS, 2012; BORGES e TAVEIRA, 2012; TAKEDA, 2013).

3.2 Os princípios na prática

Para que esse conjunto de princípios fosse estabelecido na prática, foi importante torná-los operacionais em diferentes níveis: individualmente, nos atendimentos diretos à população, na organização dos serviços e da rede assistencial; e, idealmente, numa esfera macro, onde o sistema de saúde se encontra com outros setores responsáveis pelo cuidado e desenvolvimento populacional, tais como educação, assistência social, segurança, justiça.

No Brasil, os níveis onde houve maior avanço foram o micro, ou individual, e o meso, sistema de saúde. Duas são as lógicas que orientam tal avanço no nível individual – a da Clínica Ampliada (CA) e a do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). Embora se assemelhem epistemológica e eticamente, no que se refere à crítica ao modelo biomédico e à defesa do cuidado integral e complexo, têm trajetórias e heurísticas distintas, com consequências diretas para o debate e aplicação no campo da APS.

⁵¹ A elaboração dos diagnósticos territoriais requer dados de condições de vida e saúde da população e está relacionada ao trinômio estratégico “informação-decisão-ação”. A informação subentende a obtenção de dados primários e sua sistematização, cujas variáveis devem ser construídas visando à interpretação dos dados e possibilitando o processo de tomada de decisão (BORGES e TAVEIRA, 2012, pg. 243).

Nessa direção, Bonet (2014) indicou que, entre os impulsos iniciais para a valorização da especialidade Medicina de Família, estaria uma resposta às necessidades das pessoas ou uma resposta à crescente tecnologização e desumanização da medicina. Seria uma humanização da prática médica, uma conjugação entre ciência e arte. Vem daí a *ênfase da medicina de família na pessoa* (BONET, 2014, p.252). Para prosseguirem nesse percurso, houve todo um debate e uma elaboração em torno de epistemologias alternativas⁵², em que os médicos lançam mão de um retorno à ideia de totalidade e do entendimento da pessoa como um ser no mundo, mas referidos ou sem poder prescindir da lógica biomédica.

3.3 Método Clínico Centrado na Pessoa

A Medicina Centrada na Pessoa, e, por conseguinte, o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), são desdobramentos da Medicina Centrada no Paciente. Essa teve início na década de 1970, desenvolvida e validada por pesquisadores do Departamento de Medicina de Família da Universidade de Western Ontario, no Canadá, inspirada pela crítica ao modelo biomédico (STEWART et al, 2010; WENCESLAU et al, 2016).

Gradualmente, a Medicina Centrada no Paciente ampliou seu objetivo para traduzir, em orientações práticas, uma teoria médica que reconhecesse os avanços obtidos pela incorporação do método científico moderno à Medicina, mas sem o distanciamento observado na prática médica convencional em relação à experiência subjetiva de “sofrimento” nas pessoas (WENCESLAU et al, 2016). Assim, viabilizou o surgimento da Medicina Centrada na Pessoa (MCP) e, mais tarde, o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)⁵³.

O método clínico baseado no modelo biomédico assume como objetos centrais da medicina a identificação e a intervenção sobre a doença, entendida como variações biológicas anormais medidas e classificadas em grupos, cujas características gerais são estipuladas de forma abstrata (McWHINNEY, 2010; WENCESLAU et al, 2016). Os aspectos psicossociais do processo de adoecimento são considerados periféricos e de pouca relevância clínica, pois o poder preditivo e linguagem taxonômica desse método estão relacionados à sua possibilidade

⁵² Bonet (2014) indica ainda que, no processo de institucionalização da MFC, a circulação entre uma epistemologia convencional e outra alternativa tem caracterizado a constituição da identidade grupal dos médicos de família.

⁵³ A preferência por Pessoa em detrimento de Paciente é frequente nas publicações e debates em APS, pois busca valorizar as ideias de autonomia e volição, fundamentais no processo terapêutico, além de auxiliar no entendimento da pessoa como um todo. Nos outros cenários de atendimento médico, como por exemplo hospitais, mantém-se o uso de Medicina Centrada no Paciente (Stewart et al, 2010). Ao longo desse trabalho, os termos Método Centrado na Pessoa (MCCP) ou Medicina Centrada na Pessoa (MCP) serão largamente utilizados, dado o seu papel central nos serviços de APS e SF no Brasil.

de abstração e esta depende da apreensão dos fatores comuns e não das particularidades da experiência da pessoa (McWHINNEY, 2010).

Embora a medicina moderna (biomédica) siga alcançando avanços e dando importância à metáfora mecanicista e à lógica linear, esbarra ainda em empecilhos à sua aplicação na vida real. Ou seja, o uso de novas tecnologias e prescrições depende da aceitação e motivação das pessoas. Muitas vezes, significa a adoção de um estilo de vida diferente e mudança de hábitos de uma vida inteira. Além disso, muitas condições são complexas e multifatoriais e a lógica linear não as apreende de modo satisfatório (BORRELL-CARRIÓ, SUCHMAN e EPSTEIN, 2004; McWHINNEY, 2010).

É, nesse sentido, que McWhinney defende:

O método clínico centrado na pessoa foi desenvolvido para lidar com a complexidade. Enquanto usa a lógica linear quando apropriado, sua essência é o entendimento da pessoa como um todo, um conhecimento de sua experiência com a doença e uma tentativa de se estabelecer um plano de manejo comum (McWHINNEY, 2010, p. 42)

Entre as influências da Medicina Centrada no Paciente e, por conseguinte, na Pessoa, temos: o modelo biopsicossocial de Engel; o conceito de diagnóstico físico e diagnóstico integral de Balint; a terapia centrada no cliente de Rogers; a compreensão e uso dos conceitos de transferência e contratransferência advindos da psicanálise (STEWART et al, 2000; McWHINNEY, 2010; WENCESLAU et al, 2016).

No modelo biomédico, a lógica linear leva à busca de uma causa para uma ação que ocorre em uma direção. Entretanto, nos atendimentos de saúde que ocorrem na vida real, o que vemos é a confluência de diferentes aspectos da mesma realidade atuando sistemicamente, não necessariamente na mesma direção, e influenciando o funcionamento da pessoa. Tal apreensão das interações entre fatores causais e desencadeantes, no processo saúde-adoecimento, requer um modo de pensar sobre os fenômenos que considere sua complexidade (BORRELL-CARRIÓ, SUCHMAN e EPSTEIN, 2004; McWHINNEY, 2010).

Na lógica da complexidade⁵⁴, se entende que múltiplas causas e fatores contribuintes interagem na determinação de um fenômeno, numa tentativa de compreender essas complexas propriedades recursivas e emergentes dos sistemas e encontrar causas proximais inter-relacionadas que podem ser alteradas com um conjunto de intervenções. A descrição das maneiras pelas quais os sistemas tendem a se auto-organizar poderia fornecer diretrizes para

⁵⁴ McWhinney usa o termo causalidade cibernética e Borrell-Carrió, Suchman e Epstein (2004) utilizam causalidade circular para comentar a lógica da complexidade. Ambos se referem à teoria dos sistemas (de Bertalanffy).

informar as ações do clínico (BORRELL-CARRIÓ, SUCHMAN e EPSTEIN, 2004; McWHINNEY, 2010).

Uma preocupação persistente dos teóricos da Medicina Centrada no Paciente é que um novo modelo, crítico ao modelo biomédico, deve atentar para certos aspectos – fundamentação teórica, procedimentos claros (que os profissionais devem executar) e ser verificável (McWHINNEY, 2010). Assim, entende-se que a base teórica para integrar a investigação da doença e a consideração dos aspectos particulares das pessoas foi desenvolvida por Engel e Balint. Já o modo de aplicação e a possibilidade de verificação foram fornecidos pelo MCCP (McWHINNEY, 2010).

Considera-se que o palco preferencial de atuação é a consulta, pois é onde se estabeleceria o primeiro contato das pessoas com os serviços e sistema de saúde. A partir dela, as pessoas atendidas seriam inseridas, acompanhadas e seus relatos elaborados (CERATTI LOPES, 2012). Além disso, a consulta, na APS, representaria “uma prática social” onde o profissional de saúde e a pessoa buscam estabelecer um diálogo, aprender sobre os problemas de saúde, considerar seus efeitos, suas relações e determinação no processo de cuidado (CERATTI LOPES, 2012).

Alguns aspectos particulares da consulta ao médico da família na APS devem ser considerados e valorizados, sob pena de limitar o entendimento do processo de cuidar na APS (CERATTI LOPES, 2012). Os pontos a serem observados são: em primeiro lugar, a decisão de se consultar e, a cada encontro, as necessidades e demandas precisam ser adequadamente identificadas e trabalhadas por meio de comunicação efetiva; em segundo lugar, o foco da consulta é a pessoa como um todo e, por se tratar de uma relação longitudinal, as informações podem ser colhidas ao longo do tempo, desde que haja demora permitida⁵⁵; o terceiro aspecto, relacionado ao segundo, é que o processo diagnóstico estendido pode ser desenvolvido à medida que se incorporam muitos níveis de informação; o quarto ponto é que o cuidado é compreensivo, ou seja, inclui necessidades físicas, psicológicas e sociais da pessoa, de sua família, e da comunidade, e, então, permite, também a cada encontro, incorporar ações de promoção da saúde.

As estratégias e ferramentas para lidar com a experiência da pessoa adoecida e para incluí-la como protagonista da elaboração e da concretização de um plano terapêutico são definidas claramente no MCCP (STEWART et al, 2010; CERATTI LOPES, 2012; KOLLING, 2013; WENCESLAU et al, 2016). Seis componentes, estreitamente interligados e

⁵⁵ A demora permitida é a noção de que há tempo para elaborar as informações e planos de intervenção, pois se entende que o problema de saúde da pessoa em consulta não a coloca em risco de vida iminente.

que podem ser aplicados de forma dinâmica, constituem o direcionamento do atendimento no MCCP: explorar a doença e experiência de adoecimento; entender a pessoa como um todo; elaborar um plano comum ao médico e à pessoa para manejar os problemas; incorporar prevenção e promoção à saúde na prática diária; intensificar a relação médico-pessoa; ser realista (ver quadro detalhado no ANEXO C) (STEWART et al, 2010; CERATTI LOPES, 2012; KOLLING, 2013).

No segundo ponto – entender a pessoa como um todo –, duas dimensões são investigadas. Os fatores proximais, compostos pela coleta de informações sobre família, educação, emprego, segurança financeira e apoio social, e fatores distais, constituídos pela exploração de dados sobre a comunidade, cultura, economia, sistema de saúde, fatores sócio-históricos, geografia, meios de comunicação e ecossistema. A investigação dessas camadas contextuais permitiria o entendimento compartilhado do problema e do plano de manejo (FREEMAN e BROWN, 2010).

Apesar da extensão dos interesses do segundo tópico, parece haver uma valorização de aspectos, tais como, desenvolvimento pessoal, ciclo vital, papel de doente, que remetem, por sua vez, a uma abordagem culturalista, sob risco de não problematizar o caráter interativo e dinâmico das crenças, valores e significados.

3.4 Clínica Ampliada

O termo Clínica Ampliada (CA) vinha sendo empregado por pesquisadores do campo da Saúde Mental, desde a década de 1990 (LEAL, 1994; TENÓRIO, 2001; CAMPOS e AMARAL, 2007), já com o sentido crítico ao modelo biomédico (mas, especialmente à psiquiatria). Partia-se da proposição de que o fenômeno do adoecimento deveria ser visto a partir de outra perspectiva, mais ampla, na qual sintoma e diagnóstico não teriam hegemonia sobre as práticas de cuidado.

Todavia, o debate em torno da CA ganha corpo no Brasil a partir de sua incorporação ao Método Paidéia, idealizado por Gastão Wagner, que funciona como instrumento para a administração dos serviços e das redes assistenciais e para a interação entre profissionais de saúde e pacientes (CAMPOS e AMARAL, 2007).

A questão que se colocava naquele momento da organização assistencial brasileira, é que ainda não havia sido realizada uma reforma generalizada do sistema hospitalar. Por este

motivo, se observava a adoção de medidas complementares, relativamente isoladas no SUS⁵⁶ (CAMPOS e AMARAL, 2007).

Os sistemas de saúde, a gestão e as práticas profissionais têm a capacidade de modificar padrões de subjetividade e, assim, as relações de trabalho entre profissionais, com o serviço e com a clientela. Por este motivo, a CA teria como objetivo inicial produzir sujeitos e coletivos (equipes e comunidades) organizados de modo a reforçar o compromisso com as atividades de cuidado (CAMPOS e AMARAL, 2007).

Assim, haveria uma reformulação do modelo biomédico, incluindo na prática clínica saberes provenientes de outros campos, tais como: Saúde Coletiva, Saúde Mental, Planejamento e Gestão, e, finalmente, Ciências Sociais e Políticas. Isto permitiria repensar os mecanismos constituintes da relação profissional/usuário, bem como insinuar uma *reformulação do paradigma da medicina baseada em evidências*, sustentação teórica da clínica contemporânea, segundo Campos e Amaral (2007, p. 850).

Além de retratar internamente um movimento de revisão do modelo de organização dos níveis de atenção, a CA representou a assimilação de um movimento internacional mais amplo, conhecido como gestão da clínica ou governança clínica (GOMES et al, 2015).

Tal fenômeno foi uma reação aos desafios colocados pelas respostas insuficientes às necessidades de saúde das populações e aos crescentes custos associados à baixa produtividade e qualidade do cuidado variável. Caracteriza-se pela busca de procedimentos de padronização clínica, ligada à redução de custos. Por outro lado, também destacou a questão da qualidade do cuidado e a segurança dos pacientes e profissionais. Nos Estados Unidos, este processo se expandiu e tem sido conhecido como *managed care*. No processo da busca de melhores resultados financeiros, tem regulamentado a atuação dos profissionais de saúde, médicos em especial, por meio dos protocolos que limitam a autonomia para tomada de decisão⁵⁷ (GOMES et al, 2015).

No cenário internacional, a padronização comum à governança clínica se mostra muito associada ao movimento da medicina baseada em evidências e tecnologias de informação,

⁵⁶ Campos e Amaral (2007) citam como exceção a reforma do modelo de atenção na Saúde Mental, desencadeada pelo processo de reforma psiquiátrica. No caso da assistência em saúde, de um modo geral, o que havia eram diretrizes para redimensionar o porte dos hospitais e mecanismos de contratação interna e externa. Novas modalidades assistenciais eram compreendidas como ações isoladas e que dependiam de financiamentos específicos.

⁵⁷ Observa-se um predomínio da dimensão biológica no modo de conduzir a clínica e de elaborar protocolos e diretrizes clínicas. Em detrimento do que identificam como dimensão social, que também é constituinte do fenômeno saúde-doença – aspectos subjetivo e biopolítico – e tem como hipótese de que essa valorização está associada a uma resposta social de maior demanda por controle e segurança. Por outro lado, indicam as limitações dessa escolha. Remetem-se a Foucault – *o biológico se reflete no político* – e destacam o caráter biopolítico da gestão (GOMES et al, 2015).

propiciando a resolução de problemas por meio de intervenções orientadas por protocolos e diretrizes clínicas, com redução de custos e garantia da qualidade de cuidado.

Já a versão brasileira traz à tona outros elementos (GOMES et al, 2015). A Clínica Ampliada procura articular diversas abordagens epistêmicas e técnicas de modo a possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente multiprofissional⁵⁸. Trata-se de colocar em questão a fragmentação do processo de trabalho. Para tanto, cinco eixos são problematizados na elaboração e execução da assistência em saúde pautada pela CA (BRASIL, 2009). Eles serão descritos a seguir:

1. Compreensão ampliada do processo saúde-doença

Cada teoria faz um recorte parcial dos fenômenos de saúde e doença. A CA busca construir sínteses singulares, problematizando os limites de cada matriz disciplinar, e assim possibilita a compreensão ampliada do processo saúde-doença.

2. Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas

O reconhecimento da complexidade implica o reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução. Este compartilhamento pode se dar dentro da equipe de saúde, dos serviços de saúde ou intersetorialmente.

3. Ampliação do “objeto de trabalho”

O objeto de trabalho de qualquer profissional de saúde deve ser a pessoa ou grupos de pessoas e não doenças ou objetos reduzidos de uma situação. A ampliação do objeto de trabalho permite que pessoas cuidem de pessoas.

4. A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho

São necessários arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial). Mas, principalmente, são necessárias técnicas relacionais que permitam: o compartilhamento do cuidado, bem como o aumento da capacidade de escuta do outro e de si mesmo; lidar criticamente com condutas automatizadas; reconhecer e manejar a expressão de problemas sociais e subjetivos, considerando as famílias e comunidades.

⁵⁸ É muito comum que o trabalho em saúde seja exercido em equipe. Se as equipes conseguem trabalhar em conjunto, se comunicarem frequentemente, organizarem-se para resolver um conjunto comum de problemas – colaborando sinergicamente e compartilhando saberes e responsabilidades – diz-se que são equipes integradas e interdisciplinares (PEDUZZI, 2001)

5. Suporte para os profissionais de saúde

Instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, bem como com os desafios inerentes à atenção em saúde.

As estratégias indicadas para operacionalizar os eixos da CA vão desde a qualificação da escuta, reconhecimento do papel dos afetos no trabalho em saúde, valorização do diálogo, evitar individualizar/culpabilizar profissionais que estão com alguma dificuldade, constituição de equipes de referência, discussões dos caso em equipe - para elaboração do projeto terapêutico singular (PTS) – e com o suporte especializado por meio do apoio matricial (BRASIL, 2009).

Como se observa, o enfoque dado pela CA é o da valorização da relação singular entre pacientes e profissionais, bem como do protagonismo dos usuários na reforma e reorganização da atenção à saúde, em contraposição ao gerenciamento excessivo (GOMES et al, 2015). Para tanto, sugere a diversificação da busca de informações sobre os usuários e seu contexto, bem como a construção de uma relação de vínculo e confiança. Um dos modos de operacionalizar a CA, delineado pelo Ministério da Saúde, foi a Política Nacional de Humanização (PNH)⁵⁹. Embora, a PNH se apresente como uma política transversal para todo o sistema de saúde, indicou claramente que a atenção básica e a conformação em redes de serviços de saúde solidários são aspectos centrais para a qualidade do cuidado e da gestão. A aposta é num paradigma "ético, estético e político":

Ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção de saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. (BRASIL, 2008, p.62)

Uma questão que tem se colocado, com a ampliação da clínica e do objeto de atenção, é que, para sua realização, as equipes, e gestores devem reconhecer a limitação dos núcleos de saberes e trabalhar no sentido de produzir um campo⁶⁰ comum para desenvolver ações de saúde determinadas (CAMPOS, 2000).

⁵⁹ A PNH está ligada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e conta com um núcleo técnico sediado em Brasília – DF. Há equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde e que têm como tarefa a análise das práticas de saúde nos serviços e proposição de qualificar o cuidado transversalmente. Uma rede de colaboração congrega as experiências e debates a respeito das iniciativas e dificuldades da PNH. Para tal, ver: <http://redehumanizausus.net/politica-nacional-de-humanizacao> (BRASIL, 2008).

⁶⁰ Núcleo de competência se refere a um conjunto de conhecimentos e práticas que diferenciam uma disciplina de outra, enquanto que Campo de competência se trata do espaço em que interagem distintas profissões ou especialidades de modo a gerar os resultados planejados (CAMPOS, 2000).

Tais dificuldades se apresentam cotidianamente nos serviços de saúde, internamente às equipes e em suas relações com outras equipes e serviços. A solução encaminhada pela CA, para lidar com esse desafio na relação das equipes de SF, foi o apoio matricial, ou matriciamento, institucionalizado, em nível nacional, por meio da criação dos NASFs.

O caso específico do apoio em SM para a ESF será apresentado na seção seguinte. Por ora, os pressupostos clínicos do cuidado em SM no Brasil serão discutidos.

3.5 O caso da Saúde Mental

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira (RPB) tem seus primeiros ensaios na década de 1970, influenciado pelo movimento sanitarista, que constituiu a reforma sanitária brasileira (RSB), e também pela constatação das graves violações aos direitos e à dignidade dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos (BEZERRA JR., 1994; TENÓRIO, 2001; Tenório, 2002; AMARANTE, 2007; NUNES, JUCÁ e VALENTIM, 2007). Nessa época, detectaram-se os efeitos perniciosos do modelo asilar e a associação com determinantes econômicos e políticos⁶¹ em sua manutenção (TENÓRIO, 2002).

Ademais à situação gravíssima revelada, havia ainda a repercussão de uma leitura crítica do adoecimento mental propiciada por movimentos reformistas em outros países (Inglaterra, Itália, França). A recusa à descrição da loucura como doença possibilitou, naquele momento, dar valor social à experiência psicótica, mas também entender as produções psíquicas como reflexo das dinâmicas estruturais da sociedade (BEZERRA JR., 1994).

Até a década de 80, RSB e RPB seguiram mais ou menos o mesmo caminho em suas críticas ao modelo biomédico e à centralidade dos hospitais como opção terapêutica. Poder-se-ia dizer que a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica brasileiras têm origem comum, no que diz respeito às condições deflagradoras e ao projeto de substituição do hospital como única alternativa de cuidado, além da defesa dos princípios e diretrizes orientadores, em especial, os da universalidade, integralidade, descentralização e participação popular (Tenório, 2001; Tenório, 2002; NUNES, JUCÁ e VALENTIM, 2007).

Todavia, houve uma inflexão no movimento reformista psiquiátrico já na década de 80, devido à experiência acumulada com as tentativas infrutíferas de humanização do asilo,

⁶¹ Observou-se que a maior parte das internações psiquiátricas se dava em instituições privadas subsidiadas pelo setor público. O processo de privatização da assistência se consolidou durante os governos militares, chegando à proporção de 80% de internações em instituições privadas e 20% nas unidades públicas. A receita dos hospitais variava segundo três fatores: quantidade de pacientes internados, duração da internação e gasto por paciente (TENÓRIO, 2002).

associadas à percepção das oscilações nos progressos para a reforma assistencial⁶², à transformação do movimento dos trabalhadores de saúde mental pela entrada de importantes atores (usuários, familiares) e à formação de novos profissionais nos serviços públicos⁶³. A busca deveria ser por novos modos de cuidar e não mais a reforma do hospital (BEZERRA JR, 1994).

Em 1987, há um importante marco no movimento pró-reforma psiquiátrica. “Por uma sociedade sem manicômios”, lema lançado no II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (Bauru – São Paulo), oficializa a indicação de modos de cuidar que incluam e reconstruam as relações entre *a sociedade e seus loucos* (BEZERRA JR., 1994; TENÓRIO, 2001).

Para tanto, uma ampliação conceitual e prática precisou ser encetada⁶⁴ :

Esse delineamento da questão foi definindo a reorganização administrativa da assistência psiquiátrica como uma dimensão – e não a única – do projeto da reforma. (...) a questão institucional deixa de ser compreendida como dizendo respeito à racionalização e modernização das instituições terapêuticas existentes para a necessidade de se criar não apenas novos lugares de acolhimento e tratamento como também novas formas jurídicas, novas significações culturais, novas abordagens teóricas (BEZERRA JR., 1994, p. 181).

Ressaltar os aspectos científicos, burocráticos, legislativos, culturais e políticos do fenômeno do adoecimento mental e das soluções sociais engendradas para o seu enfrentamento permitiu tomá-los como constituintes de um processo social complexo (AMARANTE, 2007). Tal noção entrelaça essas facetas simultaneamente, ora em concordância ora em antagonismo, produzindo consensos, tensões e contradições. E, na constituição do campo da saúde mental e da atenção psicossocial, tais dimensões vieram orientando a elaboração de estratégias de intervenção em todos os seus âmbitos (AMARANTE, 2007).

Ao longo das décadas de 80 e de 90, inúmeras experiências de cuidado foram se constituindo em contextos mais amplos de revisão social e política⁶⁵, comprovando a

⁶² Muito disso foi devido à resistência dos opositores da reforma psiquiátrica, entre eles a Federação Brasileira de Hospitais (BEZERRA JR., 1994).

⁶³ A respeito da formação dos novos profissionais de saúde mental nos serviços públicos, Bezerra Jr (1994) aponta um efeito não esperado, mas bastante interessante. Os modelos que inspiravam a prática clínica tradicionalmente se originavam de contextos culturais bastante mais homogêneos que o brasileiro, filiados a uma tradição individualista e igualitária ocidental. No caso do Brasil, país muito heterogêneo e de tradição hierárquica, foram produzidos modelos de orientação para a vida social e constituição da subjetividade muito diversos. Assim, um movimento de pesquisa se instituiu em alguns núcleos universitários e serviços buscando compreender: a clientela e sua demanda; teorias e pressupostos que informam as práticas terapêuticas. Entre os trabalhos publicados sob essa influência, ver, por exemplo, Ropa D e Duarte LF (1985).

⁶⁴ Essa compreensão ampliada de desinstitucionalização se deu nos lugares que sofreram influência da Reforma Psiquiátrica Italiana (BEZERRA JR., 1994, AMARANTE, 2007).

possibilidade de inscrição das práticas assistenciais como parte de um novo modelo, que viria a ser denominado psicossocial. Além disso, também foi importante, como marco legitimador do processo reformista em curso, a apresentação do projeto de lei do deputado Paulo Delgado (projeto de lei nº 3.657/89) - mais tarde sancionado como a lei 10.216 em abril de 2001 (BEZERRA JR., 1994; TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 2007; AMARANTE e NUNES, 2018).

As iniciativas assistenciais e o processo de discussão da lei influenciaram a multiplicação da criação de experiências e normas em outros municípios e estados (AMARANTE, 2007). Isso propiciou, por sua vez, o desenvolvimento da lógica da atenção psicossocial, modo de cuidado fundamentado especialmente em quatro parâmetros: redefinição do “objeto” e dos “meios” teórico-técnicos de intervenção; formas da organização dos dispositivos institucionais; modalidades do relacionamento com os usuários e a população; e, finalmente, implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos (Nunes, Jucá, Valentim, 2007).

Nesse sentido, além de delimitar um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais, também se explicitou que a ideia de intervenção comunitária é constituinte dos debates e propostas da RPB, sem contudo deixar de atentar para os riscos de *psiquiatrização e normalização* do social⁶⁶ (TENÓRIO, 2002).

Tenório indica entre as tarefas da atenção psicossocial que:

Fazer da rede social de suporte um instrumento de aceitação da diferença, e não de normalização do social, esta é a perspectiva atual oposta à de alargamento dos poderes de regulação do social pela psiquiatria, embutida no programa comunitário da prevenção (TENÓRIO, 2002, p. 31-32)

Para tanto, uma acomodação teórica e prática foi necessária. Em lugar de comunidade, o conceito de território, inspirado na psiquiatria democrática italiana, foi alçado a categoria operacional. Território, no sentido ora proposto, marca o espaço extra-institucional como conjunto de referências socioculturais e econômicas que configuram o cotidiano e inserção no mundo daqueles que o habitam. Trata-se, então, de territórios subjetivos (DELGADO, 1997).

⁶⁵ Bezerra Jr (1994) cita como exemplos as experiências paulistas (em Santos – Casa de Saúde Anchieta, em São Paulo – Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz Cerqueira) e as experiências gaúchas (em São Lourenço do Sul – Nossa Casa, em Porto Alegre – Pensão Protegida Nova Vida).

⁶⁶ A discussão em torno desses riscos foi colocada, desde a década de 70, por Birman e Costa (1994), na descrição e crítica que fazem aos modelos reformistas do século XX, em especial às comunidades terapêuticas e à psiquiatria comunitária norte-americana. Tudo isto também influenciou e alertou o processo brasileiro.

Assim, Delgado (1997, p.42) aponta que:

(...) uma rede de atenção psicossocial faz parte deste esforço de construção de uma cidade capaz de abrigar em harmonia os inumeráveis territórios subjetivos. (...) este me parece um desafio teórico, com notáveis implicações clínicas, e que só passou a ter existência com a regionalização do atendimento e a criação de serviços locais de atenção psicossocial (DELGADO, 1997, p. 42).

Diversos tipos de serviços e intervenções foram sendo criados em consonância com a lógica da atenção psicossocial. Assim, temos atualmente: os centros de atenção psicossocial em suas diferentes modalidades (para acompanhar as clientelas adulto, infanto-juvenil, usuários de álcool e drogas, em caráter de atenção diária e diuturna), os serviços residenciais terapêuticos, as equipes de consultórios de rua, o Programa de Volta para Casa (AMARANTE, 2007; AMARANTE e NUNES, 2018; CÉZAR e MELO, 2018).

Idealmente, tais serviços devem ser capazes de oferecer cuidados intensivos, planejados por equipes multiprofissionais, cuidando dos usuários numa perspectiva ampliada (CÉZAR e MELO, 2018). As intervenções de cuidado oferecidas por essas equipes e serviços substitutivos têm como objetivo principal a inclusão dos pacientes e o estímulo à sua maior autonomia. O que propõem, então, são estratégias que potencializem as interações sociais dos usuários e suas famílias entre si e nas redes sociais mais amplas que frequentam e que contemplem outras dimensões e demandas da vida, tais como, moradia, trabalho lazer, cultura (LEAL, 1994; TYKANORI, 1996; AMARANTE e NUNES, 2018). As ações de cuidado podem ser individuais, tais como, consultas médicas, psicoterapia, acompanhamento pela assistência social ou em grupo, como atendimento em grupo, atendimento familiar, oficinas terapêuticas, atividades de lazer e participação da convivência dos serviços e dos espaços coletivos⁶⁷.

3.6 Matriciamento ou Apoio Matricial – Saúde Mental na Atenção Primária

Um desdobramento e uma expressão da confluência possível dos projetos das reformas brasileiras – sanitária e psiquiátrica – foi o fortalecimento do cuidado em saúde mental pelas equipes de Saúde da Família. O instrumento para facilitar esse processo foi o

⁶⁷ Amarante e Nunes (2018) observam que, ao mesmo tempo em que a legislação e diretrizes de funcionamento propiciaram o aumento da rede assistencial em saúde mental, limitaram sua autonomia em termos de inovação e resolubilidade.

acompanhamento das equipes por especialistas em saúde mental por meio do apoio matricial⁶⁸.

A estratégia de apoio matricial, ou matriciamento, foi desenvolvida em Campinas (SP) por Gastão Wagner Campos e colaboradores (CAMPOS, 1999). Pretendia facilitar um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde, por meio da valorização do vínculo terapêutico, fomento à transdisciplinaridade dos saberes e práticas e estímulo à gestão das organizações de modo a produzir sujeitos responsáveis pelo cuidado em saúde, contrapondo-se às capacitações e interconsultas pontuais, bem como à lógica da referência e contra-referência comuns aos sistemas de saúde fragmentados (CAMPOS, 1999).

Campos (1999) entende que subjetividade e cultura institucional são socialmente produzidas e são também efeito da estrutura e do funcionamento organizacional dos processos de trabalho. Assim, para o estabelecimento de práticas de cuidado pautadas pela integralidade à saúde, ele defende que novos padrões de relacionamento entre sujeito/clínico e o sujeito/enfermo precisam ser estabelecidos. É nesse sentido que recomenda o Apoio Matricial e as Equipes de Referência, como nova ordem organizacional.

Para tanto, define Equipe de Referência (ER) como aquela responsável pela elaboração e acompanhamento longitudinal dos projetos terapêuticos individuais em acordo com as características do caso e com a disponibilidade de recursos. Tendo em vista a diversidade de necessidades e os arranjos de cuidado possíveis, a lógica da referência e contrarreferência tradicionalmente utilizada seria modificada, pois o paciente não deixa de ser acompanhado pela equipe de referência. Não haveria “encaminhamento”, mas sim, partilha, por meio de elaboração e execução de “projetos terapêuticos” por um conjunto mais amplo de profissionais. Entende-se que tal procedimento enriqueceria as possibilidades de composição dos planos terapêuticos e da interdisciplinaridade, sem fragilizar a responsabilidade sobre os casos, nem criar obstáculos para o compartilhamento (CAMPOS, 1999).

⁶⁸ A publicação da portaria 3088/2011 pelo Ministério da Saúde reforçou a oferta pelo SUS de uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva, nos diferentes pontos de atenção, para o atendimento das pessoas em sofrimento mental e suas famílias, ampliando e diversificando os serviços de saúde. Enfatizam-se serviços de base territorial, regionalizados, apontando ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado. Além dos serviços de saúde mental desenvolvidos pela RPB, há a indicação das unidades básicas de saúde, das equipes alocadas nessas unidades e também dos NASFs como estratégias de cuidado, voltadas para a elaboração dos Projetos Terapêuticos Individuais (BRASIL, 2011). Em tempo, no texto da Portaria 3088, ainda se usa o termo *Individual* na denominação *Projeto Terapêutico Individual*, enquanto que em outros textos, prefere-se a denominação *Singular – Projeto Terapêutico Singular*. Em Chiaverini (2011), há uma observação detalhada sobre a preferência por Singular como indicativo da relação do indivíduo com o contexto e meio social.

Como os projetos não são efetuados somente pela equipe de referência, os profissionais acionam o apoio de outros profissionais relevantes para o andamento do processo. Nesse caso, o apoio matricial entraria em cena. Campos e Domitti (2007) indicam que o apoiador matricial é também um profissional de saúde, mas um especialista com um núcleo de conhecimento específico e perfil diferente dos profissionais de referência. Ele contribuiria com recursos de saber e com intervenções que reforçariam a capacidade de resolução dos problemas de saúde identificados pela equipe responsável pelo caso.

Num primeiro momento, o apoio matricial foi desenhado para aplicação em diversos cenários de saúde (por exemplo, intermediando a relação entre profissionais em hospitais e com a rede mais ampla de serviços de saúde), mas a partir da publicação da Portaria GM 154/2008 (BRASIL, 2008) foi institucionalizado como Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), direcionando-se às equipes de Saúde da Família e fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e se fortalecendo como dispositivo clínico e organizacional (WENCESLAU e ORTEGA, 2015).

Embora os profissionais do NASF possam fazer atendimento individual, tal atividade não é entendida como prioritária (CUNHA e CAMPOS, 2011). Em realidade, preconiza-se que as principais atividades potencialmente realizadas por uma equipe do NASF, durante apoio matricial, sejam: atendimento compartilhado, de modo a colaborar para uma intervenção interdisciplinar, intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, a partir de discussão e negociação anterior com os profissionais da equipe de Saúde da Família responsáveis pelo caso; ações nos territórios sob sua responsabilidade, tais como, trabalhos educativos, apoio aos grupos, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais, para inclusão social e enfrentamento da violência, articuladas com as equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009; CUNHA e CAMPOS, 2011).

Além da legislação citada, o Ministério da Saúde incentivou a publicação de material específico para suporte às equipes, também conhecido como Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (CHIAVERINNI, 2011). Neste documento, são apresentadas, além da fundamentação teórica, intervenções específicas que podem ser desenvolvidas pelos profissionais e amparadas pela atividade de matriciamento.

Entre as ações indicadas nesse Guia, temos: elaboração do projeto terapêutico singular no apoio matricial de saúde mental; interconsulta - consulta conjunta de saúde mental na atenção primária; visita domiciliar conjunta; contato à distância (telefone e outras

tecnologias^[1] de comunicação); elaboração de Genograma e Ecomapa (CHIAVERINNI 2011).

A seguir, algumas dessas ações são descritas e aprofundadas de modo a consubstanciar a discussão posterior.

3.7 Atividades do Matriciamento

- Projeto Terapêutico Singular

A elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) está vinculada à aceção de que o plano terapêutico não é só individual, pois entende o indivíduo inserido num contexto social mais amplo. Além disso, os casos podem se referir a núcleos familiares, coletivos e até territórios. Não à toa, a escolha de singular, em detrimento de individual, para denominar o instrumento reforça tal posicionamento. Não obstante, mesmo que o foco seja uma única pessoa, os cuidados demandam um olhar abrangente, o que inclui o entorno familiar e territorial (CHIAVERINNI, 2011).

O Guia sugere um roteiro para discussão dos casos durante a reunião de matriciamento, iniciando pela explicitação do motivo que conduziu ao matriciamento. A seguir: informações sobre a pessoa, sua família e o ambiente, o que o usuário refere como problema em suas próprias palavras, o que sua família e terceiros relatam; história do problema atual, incluindo evolução e intervenções já realizadas, bem como compartilhamento do caso; configuração familiar; a vida social do paciente (participação em grupos, instituições, rede de apoio); efeitos que o caso provocou na equipe e, finalmente, a elaboração de um diagnóstico multiaxial com o objetivo de distinguir as diversas faces de uma situação (CHIAVERINNI, 2011).

A partir da elaboração desse roteiro inicial, a construção de um plano de intervenção, ou PTS, fica facilitada e deve compreender abordagens biológica e farmacológica, psicossocial e familiar, busca de apoio do sistema de saúde e da rede comunitária, bem como a negociação e a determinação dos responsáveis pela execução dos acordos terapêuticos (CHIAVERINNI, 2011).

- Interconsultas

As interconsultas, também preconizadas no matriciamento, se tratam de discussão dos casos, atendimentos conjuntos e de até de visitas domiciliares conjuntas. Entende-se que esses encontros entre profissionais de Saúde da Família e especialistas permitem uma compreensão

integral do processo saúde-doença, facilitando a troca de conhecimento, melhor estruturação da abordagem psicossocial e dos PTS (CHIAVERINNI, 2011).

De modo semelhante ao que acontece nas reuniões de matriciamento, deve-se estabelecer um espaço de discussão do caso em que se esclareçam o que motivou a escolha da situação em tela, qual a conjuntura atual e quais os recursos disponíveis para o manejo. Podem acontecer entre um profissional e o matriciador ou ainda entre equipe e matriciador. Quanto mais diversa a conformação da equipe nessas discussões, maior a riqueza para entendimento do caso e estabelecimento do plano terapêutico. É possível incluir até mesmo o próprio usuário, familiares e outras pessoas da rede social pertinentes. No caso da participação das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), é importante que se discuta com cuidado e o agente deve ser incluído na decisão sobre sua participação ou não, tendo em vista a precaução com o sigilo (CHIAVERINNI, 2011).

Parece haver um entendimento de que a Interconsulta, em especial a modalidade consulta conjunta, é um potente meio de educação permanente. Como Chiaverini e colaboradores apontam:

O bom matriciador dialoga, solicita informações da equipe de referência do caso e, principalmente, pergunta a opinião sobre condutas, instigando a equipe a raciocinar. Com isso ele ensina e aprende, além de colocar os matriciandos em posição ativa, fazendo da consulta conjunta um espaço de estímulo ao crescimento das competências da ESF relacionadas à saúde mental (CHIAVERINNI, 2011, p. 31).

Por outro lado, também reconhecem que tal formato pode gerar conflitos, especialmente nos profissionais que não estão acostumados com o modelo ou com a participação de um especialista, ou então, até com o fato de não poderem participar todos os profissionais de uma equipe em algumas circunstâncias (CHIAVERINNI, 2011).

- Genograma

O genograma é uma representação gráfica das famílias acompanhadas pela Equipe da Saúde da Família e permite a rápida visualização não somente de seus membros, mas também de adoecimento significativo, outros acontecimentos e dinâmicas que conformam as relações entre os membros. Tal representação também possibilita que se perceba a ausência de informações e se façam perguntas acerca do funcionamento familiar, de modo a estabelecer estratégias preventiva e terapêutica para a família como um todo (CHIAVERINNI, 2011).

- Ecomapa

O Ecomapa, a seu turno, permite a visualização das relações estabelecidas entre a

família e seu entorno social. Nesse sentido, complementa o genograma. As relações com o meio são detectadas e, assim, recursos e necessidades podem ser estimados (CHIAVERINNI, 2011).

- Atendimento em grupo

O atendimento em grupo, prática comum na Atenção Primária, também é visto como uma atividade possível no matriciamento, desde que a coordenação do grupo seja realizada em parceria entre profissional da equipe e matriciador. Além de prática terapêutica, é considerada também atividade educativa, no que tange aos pacientes, por poderem ter informações e espaço de reflexão acerca das condições que os afetam. No que se refere aos profissionais, isto ocorre por poderem desenvolver suas habilidades no manejo de grupos e ampliarem sua percepção acerca das intervenções psicossociais possíveis (CHIAVERINNI, 2011).

É, nesse sentido que as reuniões entre equipes de saúde e matriciadores também podem ser vistas como fundamentais nos processos de trabalho das equipes, haja visto o potencial para ampliação da consciência da equipe sobre sua prática; estabelecimento de um espaço seguro para discussão e solução de possíveis conflitos internos da equipe e de possíveis dificuldades de seus membros em relação à prática; contribuição para a criação de uma linguagem comum de interdisciplinaridade; e, por fim, reforço da solidariedade e do sentimento de responsabilidade de todos sobre o trabalho (CHIAVERINNI, 2011).

O NASF é uma experiência de aplicação do conceito de Equipe de Referência e Apoio Matricial. Contudo, alguns problemas estruturais, como a escassez de serviços especializados, podem induzir sua utilização equivocada de forma substitutiva, além de limitar o desenvolvimento de suas atribuições com competência. Para lidar com esses entraves, pensou-se na regularização da rede de serviços de saúde, para atuação em modo integrado, complementar e coordenado.

Desse modo, institucionalizou-se uma rede de serviços de saúde, por meio da Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas – RAPS (BRASIL, 2011). Sua constituição reflete não só a preocupação em articular ações de cuidado visando a integralidade e a inclusão dos pacientes, mas o próprio aprofundamento do processo de territorialização.

Tem como objetivos a organização do fluxo assistencial de modo a garantir o acesso aos cuidados integrais com qualidade e ênfase no estabelecimento de ações intersetoriais, desenvolvimento de ações de educação permanente e, finalmente, o monitoramento e avaliação da efetividade dos serviços. A RAPS deve contar com os serviços especializados de saúde mental, mas também com as unidades de APS, atenção à urgência e emergência, entre outros (BRASIL, 2011, MACEDO et al, 2017).

Todavia, não avançamos plenamente na implantação do modelo de interação entre Saúde Mental e Saúde da Família. Entre os impasses observados, Cunha e Campos (2011) já demonstravam o próprio modo de organização do SUS, onde a baixa coordenação da rede assistencial, associada ao funcionamento parcial do pacto federativo, pelas dificuldades envolvidas na regionalização e municipalização, transformam-se em entraves estruturais, que impõem ampla variedade de integração na rede assistencial, e, conseqüentemente, geram maior dependência de atores locais, representados pelos gestores municipais e os próprios trabalhadores⁶⁹.

Por um lado, a racionalidade gerencial predominante tende à redução do objeto de trabalho, com fragmentação da atenção e diminuição da responsabilidade, associado à preferência por indicadores de avaliação do trabalho que privilegiam a quantificação de procedimentos, em detrimento, por exemplo, da construção de projetos terapêuticos compartilhados ou do acompanhamento dos pactos estabelecidos entre serviços (CUNHA e CAMPOS, 2011).

Por outro lado, o paradigma que prevalece orientando a formação profissional se caracteriza pela fragmentação, especialização e reducionismo, impactando negativamente a prestação de cuidados e as rotinas dos serviços (FARIA e GUERRINI, 2006). Assim, há maior dificuldade para lidar com a interdisciplinaridade, pois a predisposição para lidar com a incerteza, receber e fazer críticas e tomar decisões de modo compartilhado não é a regra na educação profissional ou nas instituições de saúde. Atenção deve ser dada ao tipo de contratação e gerenciamento observado nas unidades de saúde, pois são fatores que interferem na interação entre os profissionais.

Nunes, Jucá e Valentim (2007) observaram outros desafios na interface entre SM e SF. Embora disponham de princípios orientadores comuns (integralidade da atenção, participação social, ampliação do conceito saúde-doença, interdisciplinaridade do cuidado e

⁶⁹ Tais dificuldades se associam ao paradoxo do modelo assistencial em saúde contemporâneo. Observamos importante desenvolvimento tecnológico para o enfrentamento das doenças, mas custos cada vez mais elevados e iniquidade crescente em seu acesso (Knauth, Oliveira e Castro, 2006).

territorialização das ações), na prática, percebe-se dissonância entre esses campos, provavelmente associadas à falta de familiaridade em SM por parte dos profissionais de saúde da família.

Nesse sentido, reforçam os achados de Correia, Barros e Colvero (2011), que também detectaram heterogeneidade nas ações de SM na AB e dependência da mobilização individual dos profissionais ou de decisão política dos gestores locais. Sugerem que a melhor estratégia observada para melhoria do cuidado em SM na ESF tem sido o investimento na qualificação dos profissionais por meio de educação e capacitação permanente.

Oliveira et al (2017) perceberam igualmente a distância dos profissionais de saúde da família em relação ao sofrimento mental e questionam se não se trata de um efeito da manutenção de um recorte que privilegia a doença mental na concepção da psiquiatria clássica (associada à periculosidade e ao risco). Tal distanciamento retarda o avanço da Reforma Psiquiátrica e compromete a própria constituição da RAPS.

Wenceslau e Ortega (2015), após análise de revisões recentes acerca do Apoio Matricial em Saúde Mental na ESF, reconhecem que se trata de um dispositivo importante para melhoria do conhecimento técnico dos profissionais, ampliação da oferta terapêutica das equipes e suporte para a construção de fluxos e projetos terapêuticos eficazes. Todavia, também indicam dificuldades nessa aproximação, especialmente em função de alguns fatores: prioridades diferentes entre os profissionais; tensão entre quantidade e qualidade dos serviços prestados; capacidade da rede de acomodar as necessidades dos usuários; e, por fim, a necessidade de mais estudos para avaliar e compreender melhor essa interação.

3.8 Apreendendo pessoa e contexto em tempos de interação

Considerando os discursos teóricos que informam a APS e a SM brasileiras, pode-se dizer que ambos os campos estão preocupados com a ampliação do entendimento do sofrimento e das demandas de cuidado dos usuários. Isto é feito de modo a sair do registro da doença como locus de intervenção e lançar foco para o cuidado com a pessoa. O deslocamento que tornou essa ampliação possível foi a crítica à lógica biomédica e a consequente proposição de uma lógica biopsicossocial.

No caso específico da APS, há, no Brasil, duas vertentes – MCCP e CA –, que não são contraditórias em princípio, mas se constituem a partir de referências distintas. Na prática, suas propostas acabam por desvelar essas pequenas diferenças. O MCCP tem sido difundido pelas organizações profissionais (por exemplo, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e

Comunidade) e está mais atento às questões relacionais postas no encontro entre profissionais de saúde e pacientes e à possibilidade de verificação dos resultados das intervenções.

Já a CA tem sido aplicada pelo Ministério da Saúde e está orientada para a constituição de espaços coletivos e intervenções nos serviços de saúde que incrementem a participação dos usuários nos processos de cuidado e de gestão dos serviços e sistema de saúde. A questão relativa aos órgãos fomentadores dessas perspectivas teórico-técnicas deve ser ressaltada haja vista a deficiência de médicos de família e outros profissionais com formação apropriada nos serviços de SF brasileiros. Outro ponto a ser pensado se refere ao poder regulador do MS na definição de condutas das equipes, unidades e redes assistenciais, já discutido anteriormente.

Ambos os olhares consideram o contexto em que suas ações se dão como aspecto fundamental, não só do modo como as pessoas se expressam, mas principalmente, na apresentação das demandas de saúde e dos recursos para intervenção. As ferramentas para apreender o contexto são as consultas (e os aspectos a serem investigados em cada componente no M CCP), a elaboração do PTS e o diagnóstico de saúde territorial, por meio da observação dos marcadores epidemiológicos da comunidade sob responsabilidade das unidades de saúde.

No caso da SM, houve uma valorização significativa dos discursos e de intervenções que trouxessem à tona tanto os aspectos jurídico-políticos e assistenciais do fenômeno do adoecimento mental, quanto a segregação social, historicamente ligada ao modo como a psiquiatria e, em última instância, a sociedade, lidaram com ele. Assim, a Atenção Psicossocial esteve muito voltada para a criação de dispositivos de cuidado que se dessem em serviços abertos à comunidade e, na medida do possível, interagissem com o território de formas criativas.

Todavia, no nível do sistema de saúde, não houve preocupação com o desenvolvimento de instrumentos e estratégias específicas para o entendimento de como a expressão do sofrimento mental, a busca de cuidado e a interação social poderiam ser aproveitados na elaboração de projetos terapêuticos mais adequados às pessoas em sofrimento.

Embora, na tradição brasileira, território seja a categoria que permita articular a expressão individual ao contexto maior (social, cultural, político e econômico) e conceber mediações assistenciais individuais e coletivas, o que se percebeu é que nenhum dos autores utilizados nessa discussão foi claro quanto às ferramentas de conhecimento do território.

Alguns indicam a perspectiva do planejamento estratégico situacional, utilização de medidas epidemiológicas ou dos indicadores dos motivos de consulta (BORGES, TAVEIRA, 2012; BASTOS, BASTOS, SANTOS, 2012; HARZHEIM, MENDONÇA, 2013). Mas não se observou a indicação sistematizada de abordagem qualitativa. Sabe-se que a complexidade da interação de fatores sociais, culturais e políticos, constituintes das relações e da expressão subjetiva (inclusive do fenômeno saúde-doença) não é apreendida somente com dados quantitativos. Mais ainda, atendimentos individuais, mesmo que atentos à pesquisa dos fatores proximais e distais, limitam a percepção da interação da pessoa com sua rede social e o meio urbano, bem como a história da comunidade e suas formas de convívio.

Desse modo, embora APS e SM considerem pessoa e contexto nas práticas de cuidado, a valorização de espaços individuais (consultas) e de dados epidemiológicos, por um lado, e a displicência com a busca e sistematização de informações contextuais, por outro lado, restringem significativamente os desdobramentos assistenciais.

Finalmente, no que se refere à interface entre saúde mental e atenção primária à saúde, parece haver uma preocupação com o caráter de educação permanente que pode ser desenvolvido no espaço de matriciamento, como uma espécie de transmissão de tecnologia (leve). São sugeridas ferramentas para essa troca de saberes, tais como: elaboração de projeto terapêutico singular, interconsulta, elaboração de genograma/ecomapa, construção do mapa territorial – numa perspectiva ampla, que consideraria os aspectos sociais, culturais, estruturais dos serviços e trabalho em rede.

Contudo, além dos aspectos políticos e administrativos mencionados anteriormente (e que são obstáculos reais), um desafio importante é a questão da formação anterior e constante dos profissionais das equipes de saúde da família e matriciadores. Para que o matriciamento se configure em um espaço realmente potente para a ampliação do cuidado, os profissionais devem estar atentos aos pressupostos teóricos e técnicos biopsicossociais e serem capazes de se apropriar criticamente dos debates que fundamentam tais pressupostos.

Foto 4 - Via pública, região Méier



Fonte: A autora, 2019.

4 RESULTADOS – DESCRIÇÃO DO CAMPO E ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS

4.1 Relação da pesquisadora com os entrevistados e com a experiência de observar

Os primeiros contatos para me aproximar dos profissionais e serviços de saúde, que pudessem ser incluídos na pesquisa, foram feitos entre o final de 2017 e o início de 2018. Para tanto, lancei mão de indicações de conhecidos que também atuam na rede de saúde mental pública do município do Rio de Janeiro, partindo da constatação de que o tempo para entrada em campo e para realização das entrevistas estava se tornando exíguo.

Após apresentação informal, feita por um amigo em comum, fiz contato com a supervisora de NASF de uma região na zona norte da cidade, área programática 3, região de planejamento 3.2 – ou Méier⁷⁰. Apresentei o projeto, as ideias que vinha desenvolvendo e o que imaginava ser interessante como campo de investigação: unidades de saúde da família estabelecidas, com profissionais de saúde capacitados para o trabalho em saúde da família (ou pelo menos com 1 ano de experiência na clínica de família) e com acompanhamento em saúde mental pelo NASF. Minha única restrição seria a de visitar unidades ou fazer entrevistas em locais violentos ou de difícil acesso, tendo em vista minha dificuldade pessoal de deslocamento.

Ela fez algumas sugestões de unidades, considerando o projeto, meus critérios de inclusão e exclusão, mas também sua experiência positiva com alguns gestores e equipes. Um dos aspectos levantado desde o princípio foi a possibilidade de diversidade interna entre as famílias nas regiões adscritas a cada Clínica da Família (CF).

Em trabalho recente, Wenceslau (2017) observou diferenças na nomeação do sofrimento mental e na percepção pelos profissionais de saúde da família de usuários provenientes de distintos espaços sociais, identificados como “morro” e “asfalto”. Embora o foco do trabalho ora apresentado seja o da percepção dos profissionais acerca da noção de competência cultural e como a utilizam em seus cotidianos, incluir unidades que lidem com diferenças sociais evidentes, materializadas no contraste “morro” versus “asfalto”, poderia

⁷⁰ As áreas de planejamento (AP) são estabelecidas pela divisão do território municipal a partir de critérios de compartimentação ambiental, de características histórico-geográficas e de uso e ocupação do solo. São subdivididas em regiões de planejamento (RP), segundo critérios de homogeneidade específicos, de modo a apoiar a organização das informações e a integração da ação descentralizada dos órgãos municipais na implementação de políticas públicas setoriais, e formadas por grupamentos de regiões administrativas (RA). As RAs se constituem por um ou mais bairros (ALEM, 2015).

permitir que os profissionais entrevistados trouxessem à tona suas observações e elaborações acerca dessas diferenças, incorporadas pelos pacientes ou em suas práticas.

Tão logo houve aprovação pelos comitês de ética em pesquisa no Instituto de Medicina Social (IMS) e na Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ), iniciei os contatos com os gestores das CFs para agendamento das visitas e apresentação dos projetos. Em função de questões internas aos serviços (férias de alguns profissionais, agendamento de reuniões, dentre outras), só pude me aproximar efetivamente em junho/julho de 2018.

Como forma de sistematizar o processo de observação, iniciei o processo de tomada de notas do que percebia no campo (MINAYO, 2008). Estava preocupada com questões, tais como a observação de incongruências entre o que seria dito e o que se faz ou ainda se as constatações recolhidas nas entrevistas poderiam se relacionar com o contexto do serviço e comunidade.

Embora não tenha pretendido fazer uma observação participante ou uma etnografia, poderia dizer que se tratou de uma observação descritiva (MINAYO, 2008), na qual, embora estivesse livre para resgatar os elementos da realidade que se apresentassem incidentalmente, a busca por aspectos relacionados ao objeto de estudo estiveram sempre no panorama⁷¹. Uma vez que iniciei tal processo, percebi maior sensibilidade para eventos outrora imperceptíveis ou até negligenciados, que assim ganharam outro lugar e destaque, desencadeando fluxos reflexivos que certamente influenciaram o processo analítico das entrevistas.

Como exemplo, cito uma situação em que, após minha primeira entrevista, realizada com uma médica, ela olhou atentamente pra mim, admitindo se interessar pela “complexidade”, mas declarou não ter tempo para desenvolver *isso* no trabalho. Eu respondi (identificada com ela) que também achava difícil trabalhar com tantas “metas a bater”. Assim que terminei de falar, me arrependi. E me perguntei se esse comentário tão comum entre profissionais de saúde era apropriado para esse contexto. A partir dessa percepção, pude me inquietar e me questionar quanto ao meu olhar de profissional de saúde.

Verdadeiramente, não poderia estabelecer de forma automática uma relação de similitude com a entrevistada. Não sou colega de trabalho, não sou amiga, não compartilho da realidade dela de médica de família (e contratada por uma Organização Social - OS). Ali, eu era uma pesquisadora, interessada na experiência dos profissionais de saúde e nos arranjos

⁷¹ Diversos estudos acerca da noção de competência cultural indicam que, além dos profissionais serem sensibilizados quanto à diversidade cultural, os serviços de saúde também devem ser preparados para atender a clientela de modo culturalmente sensível. Entre os instrumentos disponíveis para os serviços, estariam os folhetos ou murais explicativos sobre as características do serviço, em linguagem adequada para as populações sob responsabilidade da unidade ou ainda a possibilidade de atendimento em conjunto com representantes leigos da comunidade ou de tradutores (no caso de diversidade idiomática).

que encontram para cuidar de “pacientes difíceis.” Ao mesmo tempo, também fiquei receosa de que minha concordância pudesse ressoar no restante da equipe e que isso provocasse algum mal-estar imprevisto.

Ao sair da unidade com essas preocupações, procurei um lugar fora, mas próximo (e vizinho a uma área de esportes e lazer da vizinhança), para me sentar logo e anotar esses apontamentos. O sol da tarde, as crianças brincando, os jovens praticando esportes, os pais esperando e conversando me pareceram distraídos de mim. Então, acreditei que poderia passar despercebida e escrever o máximo possível para não me esquecer do meu incômodo.

Depois que comecei minhas anotações daquela visita, percebi que não estava sozinha. Havia uns dois ou três homens conversando enquanto um outro fazia algum conserto e algumas meninas de 6 ou 7 anos correndo e rindo perto de mim. Em algum momento, um dos homens se aproximou discretamente e pude ver que ele me observava escrevendo. Acho que quis ver o meu caderno. Foi aí que me senti inadequada de novo. Meio intrusa, uma espécie de turista.

Senti a dificuldade de não ser de um lugar e de estar lá. E me dei conta de que como médica, mesmo recém-contratada em algum serviço, nunca havia me sentido uma estrangeira. Sempre me senti confortável de estar num lugar para exercer o trabalho para o qual havia sido designada.

Ter que observar e anotar como pesquisadora me fez perceber que eu não era daquele lugar, que eu não era de tantos outros lugares onde trabalhei e que tomar com naturalidade os espaços e relações, provavelmente não me permitiu perceber suas diversidades e dinâmicas constituintes. Este seria um desafio a ser tomado a sério nesse projeto.

Outro aspecto que a fala dessa médica e o meu embaraço suscitaram foi a questão relacionada à urgência do trabalho, experienciada e relatada por tantos profissionais de saúde. Desde as primeiras visitas e advertida pelo meu deslize inicial, fui ouvindo diferentes versões dessa fala – nas críticas das relações e processos de trabalho, que atropelam os princípios e a qualidade do cuidado; ou a rede de serviços de saúde que ainda opera numa lógica fragmentada; mas também no orgulho de criar e produzir a despeito das condições insuficientes. Tal achado, que nomeei a princípio como *narrativa da precariedade* nos serviços públicos de saúde, será discutido em profundidade mais à frente, articulado à análise das entrevistas.

Poder-se-ia dizer que a escrita de um diário de campo, composto pelas observações acerca dos serviços de saúde, das regiões em que se situam, das relações estabelecidas entre os profissionais de saúde entre si e comigo e das impressões que me causaram e as que eu

causei, configurou a sistematização de dados de observação que permitiram, por sua vez, complementar e complexificar os depoimentos colhidos ao longo das entrevistas.

Nesse sentido, o diário de campo, as entrevistas e a revisão bibliográfica permitiram uma visão mais nuançada do campo e se encaminharam para configurar o que Malinowski (2018) sugeriu para se considerar as dimensões da totalidade da vida: arcabouço da constituição da sociedade, os imponderáveis da vida real, o espírito do nativo, ou seja os elementos escrito, observacional e discursivo de uma sociedade. Esses três segmentos podem ser entendidos como complementares e, quando analisados em conjunto, podem vir a permitir uma apreensão mais ampla da realidade (VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000).

Ademais, o estranhamento resgatado nas anotações do diário me alertou para o que Becker (1976) chama de “hierarquia de credibilidade”. Tal conceito é discutido no texto em que a questão do viés no trabalho sociológico é esmiuçada. Nesse trabalho, ele indica que, em situações apolíticas⁷², os pesquisadores podem se identificar com o grupo investigado e relatar os achados a partir daquele ponto de vista. Quando se trata de um grupo subordinado, a preferência aparentemente se mostra moral, mas indiretamente, corrobora a suposição de que os grupos superiores impõem a definição de realidade. Por outro lado, ele aponta que há uma tendência na pesquisa de se assumir o ponto de vista dos grupos superiores, sem o devido cuidado crítico requerido.

No caso da minha investigação, há uma propensão importante à identificação com as perspectivas dos entrevistados, seja porque sou originariamente médica, seja porque toda a minha formação profissional e de pesquisadora se deu nos campos da saúde mental pública e saúde coletiva, não só marcando meu posicionamento técnico, mas também ético e político. Além disso, ao longo dos anos, tive a oportunidade de trabalhar em serviços de saúde mental em distintas regiões da cidade e com diferentes mandatos, o que me impunha desafios próprios a cada realidade⁷³.

⁷² Nesse texto, Becker discute a questão da imparcialidade na pesquisa sociológica e utiliza o debate em torno do desvio para ilustrar o argumento de que é impossível não tomar partido no processo investigativo. Ele identifica duas situações distintas no estudo do desvio. A primeira é apolítica, na qual há uma relação hierárquica caracterizada por tensão entre segmentos sociais (grupos subordinados e superiores), mas que não assume caráter político, ou seja, não há organização dos subordinados para transformar as posições de hierarquia. Na segunda ou política, há uma relação hierarquizada e o grupo subordinado se organiza para o conflito com vistas a mudar as relações de poder estabelecidas. Em cada caso, a filiação do pesquisador será distintamente julgada em função das repercussões de seus achados para os grupos em questão.

⁷³ Atentar para a diversidade constituinte do espaço urbano se relaciona com a minha circulação pela cidade, mas também com um interesse pessoal por arquitetura e urbanismo. O hábito de tirar fotos de paisagens e construções acabou se tornando útil para o processo de escrita e revisão do diário de campo, pois permitiu o retorno às imagens e a reflexão sobre detalhes anteriormente pouco evidentes. Algumas das imagens utilizadas para o diário estão expostas ao longo da tese.

Como sugestões para o impasse inevitável, Becker (1976) advoga alguns cuidados que o pesquisador deve ter na condução do trabalho: tomar partido de acordo com seus compromissos pessoais e políticos; estar atento aos recursos teóricos e metodológicos de modo a evitar distorções; limitar as conclusões; reconhecer a existência da hierarquia de credibilidade; e, finalmente, encarar do melhor modo possível as acusações e as dúvidas.

Por outro lado, apesar de falarmos a mesma língua, a situação de incômodo e inadequação descrita acima também pode ser vista como o que Wagner (2017) descreveu como “choque cultural”. Nessa situação, a “cultura” local se manifesta para o pesquisador a partir de sua própria percepção de inadequação. Ele se torna visível no ambiente em observação. Acontece em outras situações comuns, em que pessoas precisam circular em novos ambientes, por exemplo, calouros na faculdade. A diferença, como indica Wagner, é que pessoas em situações ordinárias logo buscam formas de controlar a novidade por meio de suas competências de comunicação. O pesquisador não. Ele deve lidar com a frustração e com o desamparo da situação. E, comumente, encara a nova situação como uma entidade concreta – com regras, modo de funcionamento e passível de ser aprendida – ou seja, a objetifica para fins de sua investigação.

Ou como Wagner expressa com transparência:

A cultura é tornada visível pelo choque cultural, pelo ato de submeter-se a situações que excedem a competência interpessoal ordinária e de objetificar a discrepância como uma entidade – ela é delineada por meio de uma concretização inventiva dessa entidade após a experiência inicial (WAGNER, 2017, p. 35).

Nesse sentido, minha inquietação teve uma dupla função: revelar que não falávamos a mesma *língua* (apesar de originalmente circularmos numa mesma cultura biomédica, por um lado, e sermos da saúde pública, por outro) e me autorizar a observar como pesquisadora num processo que evoluiu, no qual aprendi a respeitar e a utilizar o estranhamento para o trabalho de pesquisa.

4.2 Descrição das unidades e dinâmica das entrevistas

Nesta seção, apresentarei algumas informações que dão uma visão geral das regiões onde se situam as unidades de saúde e das populações sob suas responsabilidades. No momento em que passei às visitas, mesmo tendo seguido os mesmos procedimentos para as duas unidades, percebi diferenças – entrada nos serviços, interação com a equipe, modo como os pacientes ocupam as unidades – que não se explicavam somente pela relação estabelecida

com o gestor da unidade ou com a supervisora do NASF da área. Assim, fui buscar outras fontes que dessem pistas ou algum contorno para minhas observações.

As informações das regiões se referem à história dos bairros, algumas delimitações geográficas e dados sócio-demográficos. Foram acessadas por meio do site da Prefeitura do Rio de Janeiro, nos instrumentos de informação pública disponibilizados pelo Data Rio. Nesse sítio, é possível acessar inúmeras fontes a respeito da organização da cidade, história, atributos geográficos, urbanísticos, índices de desenvolvimento, mapas e fotografias (vide <http://www.data.rio>)⁷⁴.

Em seguida, descreverei o processo de agendamento das entrevistas, a relação com os entrevistados e as equipes de saúde e apresento algumas notas sobre o que percebi da relação dos usuários com os serviços. Nesse trecho, também farei um breve relato sobre a estrutura interna e as imagens (avisos, pôsteres, cartazes) exibidas nas unidades.

Como mencionado anteriormente, o campo de pesquisa selecionado se localizava na RP 3.2 (Méier), que é formada por 17 bairros, divididos em duas RAs (Méier e Jacarezinho). A RA Méier (XIII), região específica dos serviços que visitei, conta com 16 bairros e uma população estimada de 397.782 pessoas e 153.174 domicílios⁷⁵ (ALEM, 2015).

Essa região possui 25 unidades de saúde, responsáveis por 444.961 usuários (“Blog CAP 3.2”). As duas unidades acompanhadas nessa pesquisa serão identificadas pelas letras A e B. Ambas são Clínicas da Família (CF), contam com 6 equipes de Saúde da Família cada e são responsáveis por 14.133 usuários (A) e 14.713 usuários (B). Os profissionais entrevistados em cada uma foram nomeados com pseudônimos de modo a preservar suas identidades.

4.2.1 Primeira Unidade (A)

História, Geografia e Características sociais

A primeira unidade de Clínica da Família visitada está localizada no bairro de São Francisco Xavier.

⁷⁴ A maioria dos dados recolhidos foi disponibilizada pelo Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos (IPP), a partir do acesso ao Data Rio, e, em especial, ao sítio “Bairros Cariocas”. O IPP atua desde 1979, ligado aos órgãos de planejamento urbano municipal. Atualmente, além das atividades de planejamento, é responsável pela produção cartográfica e de estatísticas do Rio de Janeiro.

⁷⁵ Os bairros da RA XIII são: Abolição, Água Santa, Cachambi, Encantado, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Jacaré, Lins de Vasconcelos, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos.

Essa região pertencia ao Engenho Novo dos Jesuítas, construído em 1707, e se caracterizava por ser área de canaviais e lavouras, estendendo-se desde a praia Pequena (Benfica) até o Engenho de Dentro. Na década de 1850, passou a integrar a cidade e houve a iniciativa de lá construírem um jôquei clube: Jôquei Clube Fluminense. Além disso, com a inauguração da Estrada de Ferro Dom Pedro II (depois Central do Brasil), em 1858, dispôs de uma estação de trem - São Francisco Xavier. Na época, havia duas estações: uma para passageiros, outra de cargas (“Bairros Cariocas”⁷⁶).

O bairro de São Francisco Xavier é um dos menores do Rio de Janeiro. Seu comércio se concentra nas ruas Licínio Cardoso e Ana Néri (antiga rua do Engenho Novo) e possui duas comunidades de baixa renda: a Vila Triagem e a Vila Casarão, junto à estação de São Francisco Xavier. É atravessado pelo viaduto Ana Néri, sobre o ramal da Linha Auxiliar, que faz a ligação com Benfica e com a Avenida Brasil (Bairros Cariocas). Duas instituições importantes estão aí localizadas: a Policlínica Piquet Carneiro (ligada à Universidade do Estado do Rio de Janeiro) e a Vila Olímpica da Mangueira.

Embora a Vila Olímpica da Mangueira seja uma iniciativa da Escola de Samba Estação Primeira de Mangueira⁷⁷, localizada na Comunidade da Mangueira (AP 2.2), pode ser acessada pelos moradores de São Francisco Xavier, que também usufruem de suas instalações. Os moradores da Mangueira, desde a década de 1960, vêm criando iniciativas de suporte social à comunidade, conseguindo, no final da década de 1980, construir a Vila Olímpica em um terreno pertencente à Rede Ferroviária Federal (REZENDE, 2002).

Essa escola de samba se tornou uma entidade reconhecida por promover políticas sociais em diversas esferas, tais como saúde, cultura, educação, trabalho e lazer, caracterizando a iniciativa como um projeto local que reivindica a ampliação de oportunidades para as crianças e jovens da região, de modo a reduzir a vulnerabilidade social e promover a cidadania (REZENDE, 2002; DORIA e TUBINO, 2006).

No ano de 2010, o Instituto Pereira Passos (IPP) detectou um índice de desenvolvimento social⁷⁸ para o bairro de São Francisco Xavier de 0,613. Em torno de 25%

⁷⁶ www.data.rio

⁷⁷ A respeito do nome da escola, em seu site oficial, há uma indicação de que o nome de Estação Primeira é historicamente ligado ao sistema ferroviário Estação de Dom Pedro para o subúrbio e era a primeira parada no percurso do trem (Mangueira).

⁷⁸ O índice de desenvolvimento social (IDS) foi inspirado no Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, calculado pela ONU. Pressupõe-se que o desenvolvimento social em áreas urbanas está intimamente relacionado ao desenvolvimento humano. Assim, o IDS busca avaliar os espaços urbanos, medindo o grau de desenvolvimento social de uma determinada área geográfica em comparação com outras de mesma natureza. O IDS combina algumas variáveis relacionadas a acesso a saneamento básico, qualidade habitacional, grau de escolaridade e disponibilidade de renda, além das utilizadas no IDH, de modo a caracterizar o espaço urbano típico brasileiro. Utilizando dados do IBGE de 2000, a RA mais desenvolvida na cidade era a da Lagoa (0,786) e

da população se distribui entre crianças e adolescentes (até 19 anos), 64% de adultos (20 – 64 anos de idade) e 10% de idosos (maiores de 65 anos) (“Bairros Cariocas”).

Dentre os 3166 domicílios, 88% têm acesso à água encanada, enquanto que os 12% restantes lançam mão de acesso por meio de poços e outras formas; 81% das residências têm acesso à rede de esgoto pública, enquanto 19% se utilizam de fossa séptica e fossa rudimentar; em relação à coleta pública de lixo, 73% têm seu lixo coletado por empresa pública, enquanto o restante descarta o lixo em caçamba, enterra ou outros. Há 2 favelas nessa região, 3 conjuntos do programa habitacional Minha Casa, Minha Vida, representando 1060 unidades habitacionais. Entre maiores de 15 anos, o analfabetismo representa 2,68% dessa parcela da população (maiores de 15 anos). Há uma creche pública, um equipamento de desenvolvimento social da Secretaria Municipal de Assistência Social e a Vila Olímpica da Mangueira, representando um centro de lazer/esporte nesse bairro (“Bairros Cariocas”).

Inserção no serviço – sons e imagens

Como dito no início deste capítulo, após aprovação pelos comitês de ética na UERJ e na SMS-RJ, iniciei os contatos com os gestores das unidades para agendamento de conversa e apresentação do projeto. No caso da Unidade A, os contatos começaram a se dar em maio de 2018 e, por questões internas ao serviço, marquei a primeira conversa presencial com o gestor em julho de 2018. Antes, enviei o projeto por correio eletrônico.

Chegando à unidade no dia marcado, percebi que, embora se tratasse de uma construção de alvenaria da década de 1980 ou 1990, se apresentava em boas condições de manutenção e era parecida com outras unidades de saúde onde eu já havia trabalhado. Tive um pouco de dificuldade para a encontrar, pois as ruas do entorno eram o que eu chamaria de tortuosas. Eu diria até que a pavimentação foi posterior à construção das casas e que o padrão do asfalto respeitava a origem daquele conjunto.

As casas, a seu turno, também de alvenaria pareciam pequenas e humildes. A maioria era branca, mas alguns detalhes coloridos e um ou outro comércio (um restaurante do tipo prato feito e uma carrocinha de doces) davam algum movimento para a vizinhança. Fora isso, um silêncio ensolarado, desprovido de árvores, me fez pensar como deveria ser viver lá no verão ou trabalhar lá.

a menos desenvolvida era Guaratiba (0,446). A RA Méier se encontrava em 7º lugar em desenvolvimento social (0,639) (CAVALLIERI e LOPES, 2008).

Em alguns pontos da rua, via-se água vazando, provavelmente esgoto. Não ter crianças brincando na rua, diminuiu um pouco minha preocupação com o risco de adoecimento. A proximidade com a Vila Olímpica da Mangueira também era um bom aspecto nesse sentido. E, como eu vim a perceber nas outras visitas, em muitos outros.

Ao entrar no serviço, percebi a recepção com 3 módulos, ocupados por ACS trabalhando e seus computadores logo à frente, que tinham cadeiras para que os usuários se sentassem, fossem atendidos por elas e marcassem suas consultas ou conversassem. Eu me apresentei a uma delas e informei que tinha uma reunião agendada com o coordenador da CF. Enquanto eu aguardava para entrar, notei que numa das laterais havia um conjunto de cadeiras fixas, sugerindo uma sala de espera e, na outra, um bebedouro para o público. Nas paredes, inúmeros pôsteres grandes, explicitando a missão e responsabilidade da CF, outros com orientações para o enfrentamento de enchentes, e, finalmente, os que apresentavam os resultados das ações de saúde (por exemplo, número de consultas pré-natais, nascidos vivos etc). Um dos aspectos que os pôsteres com a missão da CF e com os resultados me fez pensar foi se as pessoas ali atendidas liam ou se interessavam por aquelas informações. Mais ainda, será que havia uma reunião para apresentação e discussão daquelas referências à população?

A primeira conversa com o gestor foi mais rápida do que imaginei. Ele me atendeu numa sala, que eu diria se tratar da sala de coordenação. Duas mesas com computadores e cheias de papéis, além de alguns armários encostados na parede causaram essa impressão. Entreguei uma cópia impressa do projeto e combinamos que eu retornaria em uma semana para me apresentar à equipe e para agendar as entrevistas.

Na segunda visita, dia de reunião geral da equipe, fui recebida pela enfermeira, representando o coordenador. Ele havia tido algum problema pessoal e pediu que ela me apresentasse a equipe. Notei que a reunião acontecia na sala de espera e acolhimento da unidade e pelo o que entendi a pauta do dia era minha apresentação, seguida por um outro momento provavelmente para direcionamentos administrativos. Percebi que as pessoas estavam sentadas em fileiras e não em roda, como costumava ser nos serviços de saúde mental.

Também observei que as pessoas se sentaram num arranjo específico, aparentemente determinado por suas categorias profissionais e pela geografia da sala. O que me fez notar isso foi ter visto todas as agentes comunitárias de saúde (identificadas pelo colete, mas também pela cor da pele – a maioria negra ou mulata – e pela compleição corporal – mulheres maduras, com algum sobrepeso e algo desconfiadas) sentadas ao fundo, na última fileira de cadeiras, enquanto os profissionais de nível superior (com jaleco branco, a maioria branca e

circumspecta) estavam sentados nas cadeiras da frente. A exceção era uma médica que se sentou junto às ACSs.

Eu não havia me preparado para uma dar uma “aula” para essa audiência. Imaginei que o coordenador já houvesse conversado com a equipe e que, nesse encontro, eu iria me apresentar rapidamente e tirar dúvidas, sentada numa roda, como era comum nos serviços de saúde mental onde já trabalhei. O que aconteceu é que lá estava eu, em pé, sozinha na frente dos profissionais, que aguardavam minha fala.

Então, um pouco envergonhada, resolvi contar minha história do começo. Falei da minha formação, minha filiação à saúde mental, meu percurso geográfico pela cidade, interagindo com profissionais de diferentes categorias e usuários e familiares de diferentes origens, credos, cores e falas. Conte também da minha experiência como médica da “Equipe Volante”, no Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (MÜLLER, 2010), e como fiquei marcada pela entrada na casa de pessoas que não estavam em busca de um diagnóstico ou tratamento psiquiátrico. Falei que, no mestrado, abordei a dificuldade de cuidar de pessoas com graves transtornos mentais e que não saíam de casa pela perspectiva do planejamento em saúde, mas que, no doutorado, estava querendo ver pelo olhar da diferença.

Lembrei também que, quando fazia visitas domiciliares pela “Equipe Volante”, as CF ainda não tinham a extensão e organização atuais e eu imaginava que provavelmente as equipes de saúde de família lidavam com o mesmo problema (pacientes graves que não aderiam ao tratamento) e deveriam ter soluções interessantes e diferentes das que pensávamos naquele momento. E era isso que eu estava vindo investigar.

Continuei essa apresentação, explicando um pouco o projeto, falando da privacidade e anonimato, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e garantindo que não queria atrapalhar o trabalho de ninguém, que poderia ir conversar onde fosse mais cômodo para os profissionais. Nesse momento, a enfermeira passou por mim, perguntando se ainda tinha alguma coisa a dizer e propondo que eu conversasse diretamente com as médicas para marcarmos as entrevistas. Assim, finalizei minha apresentação, indagando se alguém queria me perguntar alguma coisa e a médica do fundo da sala perguntou se eu não queria ir trabalhar com eles. Risada geral. Brinquei que durante o doutorado não dava, mas ainda não tinha planos para 2019. Mais risadas e um burburinho na sala.

A enfermeira pediu para as médicas conversarem comigo e marcarmos os dias de entrevista. Elas se levantaram da fileira onde estavam e me levaram até um consultório. Lá, nós nos sentamos de forma casual e comecei a fazer perguntas sobre a unidade – há quanto tempo existia, desde quando elas estavam lá, como era a relação com os pacientes etc.

Enquanto falávamos, notei duas imagens que me chamaram a atenção – um cartaz atrás da mesa de atendimento (e de frente para o paciente), com a foto de um rapaz negro e com o dizer – “Racismo é crime”⁷⁹; e, na lateral da mesa de atendimento, duas cópias de diplomas.

A médica mais velha, e provavelmente há mais tempo na unidade, explicou que esse serviço já funciona há quase 20 anos, tendo começado como uma unidade básica de saúde e depois se tornou uma unidade de saúde da família (Clínica da Família – CF). Comentei que, na primeira vez que fui lá, me chamou a atenção haver muitos homens na sala de espera (mais do que eu me lembrava das minhas experiências) e que a unidade parecia ser bem tranquila (sem pacientes irritados ou reclamando). Essa mesma médica contou que os homens costumam ir à unidade sim, sendo que muitos inclusive levam os filhos para as consultas de puericultura. Além disso, disse que os pacientes lá não costumam se exaltar porque já conhecem a equipe, já *sabem* como o serviço funciona.

Elas comentaram que havia pacientes com quadros psiquiátricos graves que estavam sendo acompanhados lá e que elas ficavam receosas por não saberem bem como proceder em relação à medicação, porque há muito estavam sem o matriciamento de saúde mental, feito por um psiquiatra. Tinham medo de alterar a prescrição e não saberem lidar com os efeitos colaterais. Nesse momento, eu me solidarizei e acho que fiz um comentário um pouco precipitado: lembrei que tinha aulas prontas sobre medicação psicotrópica e me propus a fazer uma conversa com os médicos para apresentar as diferentes classes medicamentosas e tirar dúvidas, quando eu retornasse para dar um feedback da pesquisa. Elas pareceram gostar da ideia.

Depois que saí de lá, fiquei pensando se não tinha sido “sedutora”, como uma forma de garantir as entrevistas. Questionando-me se aquela oferta de ajuda não havia sido uma espécie de *doação de tabaco* (MALINOWSKI, 2018). Também fiquei pensando que me identifiquei com essas profissionais, pois tenho igualmente essa experiência de precariedade e insegurança no trabalho. Pensar em ambas as hipóteses serviu como uma espécie de catalisador para o incômodo que vim a experienciar efetivamente após a realização da primeira entrevista.

Saí de lá com as entrevistas marcadas e começando a intuir as sutilezas necessárias ao se estabelecer uma relação com os entrevistados e com o tema das dificuldades nos processos de trabalho, que retornaria em circunstâncias diversas. Por outro lado, como já havia conversado com o gestor da segunda unidade (B) e estava para começar as visitas lá, pude

⁷⁹ O cartaz de racismo me pareceu remeter ao cartaz de convocação de soldados norte-americanos na 2ª guerra mundial e que ficou tão famoso.

comparar observações nas duas unidades, num processo de retroalimentação que se mostrou bastante frutífero.

Ainda fui outras quatro vezes à unidade A para realizar as entrevistas. Três vezes em dias de reunião de equipe e a quarta e última, num dia comum de atendimento na unidade. Em todas as visitas, mantive o protocolo de me apresentar a alguma ACS que estivesse na recepção, dizer quem eu havia vindo entrevistar e aguardar ser chamada. Respeitando essa etiqueta, passei por duas situações que considero importante mencionar.

Na primeira ocasião, eu precisava ir ao banheiro. Perguntei pela chave do banheiro e me disseram que estava ocupado. Já me resignava a esperar, quando, de repente, uma das ACSs se levanta e pede que eu a acompanhe. Fomos andando pelo interior da unidade e só então percebi como os corredores eram estreitos. Ela me mostrou uma porta do que seria um banheiro (dos funcionários). Fiquei um pouco confusa porque, além de parecer pequeno, tinha um tanque de lavar roupa além da pia. E uma mulher usando o tanque. Meu primeiro entendimento é que era a funcionária da limpeza e cheguei a balbuciar “ah! Ela está limpando...”. Mas consegui me parar a tempo de não completar a frase “o banheiro”. E acho que foi porque percebi que a mulher que estava no tanque também era uma ACS e não uma funcionária de limpeza.

Foi assim que me dei conta do quão arraigados estão nossos preconceitos. Mesmo leiga, uma ACS é uma profissional e integrante da equipe de saúde, a despeito de sua cor, gênero ou compleição física. Minha confusão, além de ter me envergonhado, fez com que eu refletisse sobre os inúmeros desafios que os ACS devem enfrentar diariamente para serem ouvidos e respeitados, considerando que encarnam o saber local das populações sob responsabilidade das equipes de SF.

O segundo momento se deu quando fui realizar a última entrevista na Unidade A, dessa vez com o matriciador. Em função de um mal-entendido nos agendamentos⁸⁰, foi preciso marcar fora do dia da reunião de equipe e ele pôde reservar um horário para conversarmos após uma atividade de grupo que realiza na unidade.

Como cheguei mais cedo e tendo mantido a sequência de me identificar e aguardar o entrevistado na recepção da unidade, pude perceber um movimento diferente. Encontrei a recepção cheia de mulheres e crianças, de diferentes idades. E me surpreendi pela ausência de

⁸⁰ O mal-entendido se deu por eu ter iniciado as visitas e entrevistas com o consentimento dos gestores da unidade e após ter enviado mensagens de correio eletrônico e whatsapp para todos os interessados (coordenadores das unidades, centro de estudos da CAP 3.2 e supervisora do NASF). Ela esperava ter avisado pessoalmente os matriciadores e gestores sobre meu contato e sobre minha pesquisa. Tal desentendimento me fez supor que provavelmente há dificuldades dialógicas na relação entre matriciadores e entre matriciadores e gestores.

homens, exceto pelo quadro de fotografias em homenagem ao dia dos pais. Enquanto eu aguardava sentada, alternando estudo, organização da minha agenda e conferência do whatsapp, pude ouvir um pouco da conversa das mulheres, entre elas e com as crianças. Percebi que a sala de espera era um grande espaço de convivência.

Embora houvesse uma ou outra que se queixasse do tempo de espera, a maioria parecia estar resignada e até aproveitando o espaço (e o ar condicionado, já que lá fora estava quente). Era como se o serviço de saúde *fizesse parte da paisagem* daquelas pessoas.

4.2.2 Segunda Unidade (B)

História, Geografia e Características sociais

O nome do bairro da Abolição provavelmente se origina no antigo nome da rua da Abolição, em referência ao dia da abolição dos escravos no Brasil (13 de maio). Inicialmente, a população dessa região estava associada às lavouras e ao comércio desses produtos, sendo o bairro cortado pela antiga Estrada Real de Santa Cruz⁸¹, hoje Av. Suburbana. No século XIX, a chegada de algumas fábricas e o acesso possibilitado pelas estradas de ferro levaram à ocupação paralela aos trilhos, posteriormente se espalhando e alcançando a área atualmente delimitada como o bairro da Abolição (Bairros Cariocas).

Os primeiros registros de loteamentos de grandes terrenos junto à rua da Abolição são de 1917 e 1930. A partir da década de 1930, o Estado passa a apoiar a atividade manufatureira, reforçando as áreas já atendidas pelas ferrovias como região preferencial para a instalação dos empreendimentos. Houve um adensamento populacional progressivo, consolidando-se como um bairro residencial. Em 1997, parte da região foi atravessada pela via expressa “Linha Amarela” (Bairros Cariocas).

Segundo dados do Instituto Pereira Passos, para o ano de 2010, o índice de desenvolvimento social desse bairro é 0,63, o que também o posiciona numa região mediana de desenvolvimento em relação a outros bairros da cidade. Cerca de 20% da população se

⁸¹ A Estrada Imperial de Santa Cruz, também conhecida como Caminho Imperial, ou Caminho dos Jesuítas, ou Caminho das Minas, foi uma via que unia a cidade do Rio de Janeiro ao interior, passando pela Fazenda dos Jesuítas, ao longo da então Capitania do Rio de Janeiro, nos séculos XVII e XVIII. Compunha a Estrada Real, que ligava o Rio de Janeiro a Minas Gerais (caminho do ouro para a metrópole portuguesa). Após a independência do Brasil, a via passou a ligar a Quinta da Boa Vista à Fazenda Imperial de Santa Cruz (trajeto percorrido comumente pelo imperador e sua família). Retirado de https://pt.wikipedia.org/wiki/Caminho_Imperial. Acesso em 13 de janeiro de 2019.

distribui entre crianças e adolescentes (até 19 anos), 64% de adultos (20 – 64 anos de idade) e 15% de idosos (maiores de 65 anos). Não há favelas nessa região, a expressiva maioria dos domicílios tem acesso à água encanada, rede de esgoto e coleta pública de lixo e o analfabetismo entre maiores de 15 anos representa 1% dessa parcela da população . Por outro lado, não há escolas públicas nem centros de lazer, esporte e cultura nesse bairro (Bairros Cariocas)⁸².

Inserção no serviço – Salas, pátios e memória

Fui até a unidade B, como combinado com o coordenador do serviço, para me apresentar e conversarmos sobre minha pesquisa. Chegando lá, me deparei com uma construção nova, aparentemente bem cuidada e organizada, agradável. Como de praxe, eu me apresentei na recepção e a ACS me levou até o coordenador. Ele, assim como o gestor da outra unidade, é jovem e se move com rapidez. Mas, diferente da primeira visita na unidade A, ele me convidou para conversarmos numa sala em separado. Pude circular um pouco e vi um jardim no meio de um pátio interno, cercado por salas de atendimento e procedimentos. Era uma tarde quente, mas lá estava melhor que na rua. Definitivamente.

Conversamos bastante sobre o meu projeto e sobre o trabalho lá. Trata-se de uma unidade nova, com cerca de 2 anos e foi implantada para suprir a demanda de saúde da família para parte do território que a cerca. Já havia uma unidade tradicional de saúde do outro lado da linha do trem (Centro Municipal de Saúde - CMS), com a qual ele vem conversando sobre aspectos relativos ao trabalho. Essa proximidade traz questões para a CF, pois as unidades não funcionam na mesma lógica e o CMS já está lá há muito tempo (cerca de 30 anos). Ele tem observado que os pacientes tendem a se remeter à antiga unidade como referência de cuidado e ilustra a situação com uma frase considerada típica dos usuários: *lá, eu chego e já botam o meu exame no SISREG⁸³, por que vou ter que ser atendido pelo médico aqui?*

Essa situação me pareceu familiar. Já vivi tantas rugas com pacientes que não queriam participar de atividades terapêuticas e lançavam mão de comparações com serviços de saúde e profissionais, que atendiam prontamente seus pedidos, e sempre me surpreendia

⁸² No sítio de buscas para informações dos bairros e regiões do Rio de Janeiro – Bairros Cariocas –, bem como na Secretaria Municipal de Educação, não se encontram registros de unidades escolares públicas nesse bairro. No entanto, em um buscador convencional (google), se encontra uma unidade escolar.

⁸³ Sisreg (Sistema de Regulação) é um sistema online para agendamento de consultas e procedimentos de saúde. É disponibilizado pelo Datasus para gerenciamento e operação das centrais de regulação nos municípios e estados.

que as pessoas preferissem um modelo assistencial ultrapassado (segundo as diretrizes mais recentes a que nós, profissionais de saúde, tínhamos acesso). Todavia, nessa conversa com esse coordenador e provavelmente influenciada pelas minhas observações e leituras recentes, pensei que a preferência das respostas oferecidas pela antiga unidade, em detrimento do que entendemos como um cuidado de qualidade (proporcionado pela ESF), foi construída na relação da comunidade com o antigo serviço de saúde.

Em relação ao matriciamento, essa unidade vive a mesma situação da primeira: não têm psiquiatras na equipe do NASF. Mas, diferente da outra, contam com assistente social, além do psicólogo, para as discussões de caso.

Ao longo da conversa, um dado me preocupou. A rotatividade de profissionais médicos era muito alta nessa unidade e poucos deles têm formação em saúde da família. O coordenador não soube explicar a razão disso, mas está atento, tem participado pessoalmente das novas seleções de profissionais e se preocupado especialmente com a questão da Educação Permanente dos trabalhadores. Combinamos meu retorno para uma apresentação à equipe e agendamento das entrevistas. Ele fez questão de mencionar a possibilidade de eu vir novamente, quando terminasse o doutorado, para dar um retorno dos resultados à equipe.

Ao final da conversa, observei um pequeno cartaz, na sala onde estávamos, com uma foto de crianças negras e um pequeno texto embaixo. Era uma história de uma experiência antropológica na África. Descrevia um experimento proposto pelo antropólogo, em que as crianças precisavam correr para chegar a um pote de doce. Para surpresa do pesquisador, as crianças se deram a mão e correram todas juntas até o pote. Ele perguntou por que fizeram isso e as crianças responderam: Ubuntu – “Eu sou porque nós somos”.

Na unidade B, não encontrei cartazes contra o racismo. Na recepção, também há os pôsteres relativos aos indicadores da unidade, ao lado de um mapa do território sob responsabilidade da CF. Percebi que todos os bairros, ou quase todos, têm nomes que remetem a nomes portugueses. Fiquei curiosa⁸⁴. Será que foi uma área de estabelecimento de migrantes portugueses? Lembrei que a região onde meus bisavós foram viver, quando chegaram da Espanha, é próxima dali. Chegaram no começo do século XX e escolheram viver próximo de onde trabalhariam. E da linha do trem.

Outro aspecto interessante da unidade B são as grandes placas com fotografias que se veem nas arestas da unidade. Parecem ser fotos dos usuários do serviço. Uma ACS, que me

⁸⁴ Quando fiz a anotação das visitas no diário de campo, ainda não havia procurado as referências históricas dos processos de urbanização dos bairros onde estão situadas as unidades. Mas, aparentemente, minha associação fazia sentido.

recepcionou numa das visitas, confirmou essa hipótese. Tinha até foto de uma funcionária, ela apontou com orgulho. São fotos bonitas, num estilo publicitário, de pessoas comuns, sozinhas ou acompanhadas (provavelmente por familiares), sorridentes. Não são modelos idealizados.

Na segunda visita à unidade B, enquanto esperava na recepção pela Responsável Técnica do serviço (RT), que me apresentaria a equipe, me dei conta da minha postura corporal e de que estava aguardando como se estivesse fazendo uma visita (formal) à casa de alguém. O que fez com que me lembrasse de um aprendizado importante da época das visitas domiciliares: a casa das pessoas não era o serviço de saúde. Lá, eu era convidada e as regras eram dos donos da casa. Sair prescrevendo não era automático, era uma negociação. E aqui eu não era uma médica entrando em seu local de trabalho, pois também precisava ser anunciada e seguir as regras de convivência, que eram novas para mim. Enquanto pensava nessas lembranças e analogias, a ACS me chamou e me acompanhou até a sala da médica.

A médica RT me recebeu em sua sala de atendimento com simpatia e logo me ofereceu uma cadeira a seu lado e não no lugar de paciente (como nas entrevistas que eu vinha fazendo com outros médicos). Ela já havia providenciado para que a equipe fosse para o auditório e, em breve, todos estariam reunidos para que eu me apresentasse e explicasse meu projeto. Perguntou como eu queria fazer e, se levantando e indo em direção às outras salas de atendimento, foi chamando as pessoas para a apresentação. Foi avisando a todos que a “doutoranda já chegou”. Fui andando atrás dela, tentando manter uma distância que permitisse um resmungo tranquilo, caso alguém se sentisse perturbado.

Quando terminamos essa volta pelo pátio, eu me encontrei à frente de um pequeno auditório chamado “Centro de Cultura e Ideias”. Ao entrar atrás dos profissionais que foram chamados, percebi que a sala era ampla, clara e potencialmente limpa e organizada. Três funcionários estavam aplicando *insulfilm* nas janelas e todos ficaram animados com a possibilidade de assistirem vídeos e apresentações na sala “melhorada”. Imaginei que esse auditório deve ser usado para reuniões, capacitações, rodas comunitárias etc.

Sentamo-nos em roda e aguardamos alguns minutos para que todos chegassem (dois médicos estavam em atendimento). Enquanto isso, alguns conversavam entre si e eu tentei me manter o mais “confortável” possível naquela roda. Quando a maioria dos profissionais chegou, ela fez uma breve introdução sobre o motivo de estarmos ali, complementando que a minha pesquisa não tinha certo ou errado, não era uma pesquisa de avaliação para a OS⁸⁵, que ficassem tranquilos e à vontade.

⁸⁵ Organização Social, que contrata os profissionais de saúde para o trabalho naquela CF.

Ela me passou a palavra e eu tentei deixar o clima leve. Não era uma pesquisa de avaliação, afinal eu nem sabia bem o que eram as OS. Mas não teve jeito. O pessoal continuou sério. Comecei do início então. Fiz basicamente a mesma apresentação da unidade A, mas fiquei mais à vontade. Eu estava sentada e, por isso, não me senti dando uma aula. Além disso, essa roda me pareceu mais organizada que a “palestra” do outro serviço.

Após minha fala, cada um contou um pouco sobre si. Foi quando percebi a complexidade do NASF naquela unidade. Tinha nutricionista, educador físico, psicólogo, assistente social. Também constatei que, na unidade A, não havia tido esse momento de apresentação da equipe como um todo. Ao final, a RT retomou a palavra, explicando que o melhor dia para fazer as entrevistas era no dia de reunião de equipe, quando estavam todos lá e faziam os encontros de matriciamento. Ela se mostrou assertiva e eficiente, e, em minutos, agendou 3 entrevistas por visita, com nomes dos profissionais e horários definidos, dois médicos e um matriciador a cada encontro.

Um momento muito curioso dessa reunião, imediatamente anterior aos agendamentos, foi que ela me perguntou quantos matriciadores eu precisaria entrevistar e com que formação específica. Eu disse que havia pensado em dois profissionais a princípio, que acompanhassem casos de saúde mental, independente da graduação numa das especialidades reconhecidamente psi (psiquiatras, psicólogos ou terapeutas ocupacionais). Minha resposta surtiu um efeito inesperado: uma chuva de voluntários, indicações, causos e piadas. Foi assim que, nessa unidade, acabei entrevistando matriciadores psicólogo, assistente social e educador físico.

Ainda voltei à unidade B outras 3 vezes. Como na unidade A, todas as entrevistas com os médicos foram realizadas em seus consultórios. Já com os matriciadores, duas foram realizadas em salas utilizadas pela coordenação e uma foi realizada numa sala de reunião utilizada por toda a equipe. A estratégia do NASF não se configura como um atendimento individual direto e, em princípio, não há a *sala do matriciador*. Isso pode explicar a variedade de locais onde realizamos as conversas. Mas o que chama a atenção é todos os médicos optarem por participar da entrevista nas salas de atendimento individual, especialmente quando consideramos que fomos interrompidos todas as vezes (ora por outros profissionais da unidade, ora por pacientes, fosse para discutir situações, avisar de compromissos ou em busca de informação e atendimento em alguns casos com os usuários).

Por outro lado, ao longo da entrevista realizada na sala de reunião da unidade, apesar da entrada e saída de diversos profissionais, não houve interrupções significativas, exceto por uma “participação especial” de outro matriciador, em que sua fala serviu para ratificar a

observação do colega que estava sendo efetivamente entrevistado. Esse momento nessa sala permitiu a observação de pessoas ocupadas, concentradas em suas planilhas ou anotações, mas também com uma intimidade tranquila e aparentemente produtiva – trocavam informações e ajudavam a resolver pequenos problemas no tempo de um escovar de dentes – o que me fez pensar se, além do tempo de trabalho, o espaço comum pode beneficiar trocas e aprendizado.

Uma última observação sobre a unidade B, na realidade, foi vista desde o primeiro dia de visita. Na parede de um estabelecimento comercial, em frente a entrada do serviço, existe um banner de propaganda de um serviço de saúde privado, que alardeia a realização de exames complementares sem burocracia. Tive oportunidade de perguntar a dois profissionais entrevistados o que achavam desse cartaz. Nunca tinham notado.

4.3 Comparando para diferenciar

As duas unidades visitadas para a realização das entrevistas estão localizadas na zona norte do município. Ambas são cortadas por grandes vias e pela linha do trem. Uma aparentou maior vulnerabilidade a princípio (Unidade A), mas à medida que as visitas foram se dando, diferentes camadas foram se sobrepondo à impressão inicial e permitiram a apreensão de detalhes que provavelmente carregam as interações de sutilezas.

Sabe-se que subúrbio originalmente significa espaço que cerca uma cidade e se caracteriza por ocupação de baixa densidade, que pode abrigar pequenas propriedades agrícolas, condomínios de luxo, estádios, parques ou outro tipo de empreendimento que necessite de mais espaço. No processo de industrialização, formaram-se subúrbios industriais, por exemplo. Assim, a palavra expressa uma situação intermediária entre cidade e campo e não uma condição socioeconômica (PALLONE, 2005).

A periferia, a seu turno, é um termo utilizado para nomear loteamentos clandestinos ou favelas, onde vivem populações com menor renda. No contexto brasileiro, a palavra remete ao processo de metropolização dos anos 1960-70. E, num certo sentido, implica uma acepção política, econômica e social que o subúrbio em princípio não teria. Conforma um par dialético – periferia versus centro –, em que o centro concentra poder político e econômico e a periferia não (PALLONE, 2005).

Todavia, no Rio de Janeiro, esses sentidos foram ressignificados e se sobrepõem. O

subúrbio adquiriu o sentido de periferia, assumindo uma conotação de classe, com valor pejorativo. Tal sobreposição se deu historicamente, com o desenvolvimento urbano e social. O que antes era suburbano, externo, tornou-se urbano à medida que a cidade foi se expandindo e as áreas, que antes eram rurais e esparsamente habitadas, foram sendo intensamente ocupadas (PALLONE, 2005; MAIA e CHAO, 2016).

Com as reformas urbanísticas e o estabelecimento do serviço de transporte urbano de trem, a palavra subúrbio passa a ser usada para designar áreas servidas pela ferrovia e onde supostamente morariam as classes sociais menos abastadas. Essas populações pobres dos cortiços e barracos no centro da cidade foram deslocadas para os subúrbios e favelas, em meados dos séculos XIX e início do século XX, junto com ex-escravos, migrantes e trabalhadores humildes (PALLONE, 2005; MAIA e CHAO, 2016).

É assim que o subúrbio carioca desvela diferenças econômicas, sociais e culturais. Contudo, à medida que se observa mais detidamente os bairros que o constituem, se percebe que não são espaços homogêneos. Cada um tem suas particularidades e suas próprias periferias, que se estendem para os morros, favelas e antigos conjuntos habitacionais (MAIA e CHAO, 2016). Essa estrutura urbana é reflexo de uma base social desigual e reforça a segregação socioespacial, especialmente dos grupos mais vulneráveis (MALTA, COSTA e MAGRINI, 2017).

Tal heterogeneidade, entre os bairros das unidades e a região central da cidade e entre si, pode ser observada no resgate das informações administrativas fornecidas pela prefeitura, mas também nas visitas e nos modos que as populações têm de se relacionar com as unidades. Nas duas unidades, fui bem recebida e ambas as equipes foram atenciosas e cordiais. Mantivemos uma etiqueta que me fez sentir como se estivesse fazendo uma visita à casa de alguém: os profissionais *faziam sala* para me receber, para receber uma estrangeira. Ter notado seus modos de estabelecer contato comigo, toda a cortesia de que fui alvo, foi fundamental para que eu pudesse adotar uma perspectiva diversa da perspectiva de profissional de saúde e efetivamente assumir um olhar investigativo (WAGNER, 2017).

A partir disso, criou-se espaço para o desenvolvimento de uma objetividade relativa, em que as experiências vividas em campo foram confrontadas com as minhas experiências anteriores (profissionais e pessoais), que foram emergindo por meio de lembranças, estranhamentos e reações afetivas. Por sua vez, tal comparação incitou a busca por uma

compreensão inclusiva e por um compromisso com um entendimento o mais profundo e abrangente possível (WAGNER, 2017).

Reparar então no ambiente em que foram conduzidas as entrevistas e se eram interrompidas ou não, ou ainda na disposição das cadeiras para entrevistado e entrevistador são exemplos de distanciamento que não seria possível não fosse a cortesia, o choque cultural e a objetividade relativa. Nos dois serviços, as entrevistas com médicos duraram menos que a entrevista com os matriciadores e a distância entre eles e eu foi maior, havendo sempre a mesa do consultório entre nós. Além disso, foram conversas interrompidas por demandas externas em quase todos os casos (só uma médica não foi interrompida). Talvez, por essas percepções, a escuta sobre as dificuldades dos profissionais de saúde na lida cotidiana adquiriu um valor distinto em relação ao meu entendimento prévio, oriundo de vivência pessoal.

Finalmente, para além da questão do poder médico, expresso nas posturas corporais, na escolha de ambiente para as entrevistas e na disposição dos participantes nas salas onde foram realizadas, há o uso do espaço institucional pelos matriciadores. Aparentemente mais fluido e interativo, talvez represente uma apreensão distinta da relação com os usuários e território ou uma possibilidade para tal empreendimento.

4.4 Análise das Entrevistas

Como descrito anteriormente na seção referente à metodologia (Introdução), optou-se pela realização de Entrevista Aberta, tipo Episódica. Os tópicos norteadores orientaram as perguntas de cunho mais conceitual, enquanto que os relatos de casos puderam ilustrar a discussão, e, ao mesmo tempo, dar alguma medida da extensão da apreensão dos efeitos da diversidade cultural sobre as práticas de cuidado em saúde mental na ESF.

A análise das formações discursivas se deu por Análise do Discurso, seguindo embasamento da escola francesa, representada no Brasil pelos trabalhos de Orlandi (2012). Nesse sentido, além da atenção aos ditos, do endereçamento à pesquisadora⁸⁶ e dos contextos em que se deram os encontros, algumas características dos entrevistados e os não-ditos foram considerados de modo a configurar os núcleos significantes e os deslizamentos de sentido.

O material foi analisado à luz da literatura da antropologia e da saúde, especialmente em relação aos conceitos de interculturalidade, intermedicalidade e auto-atenção

⁸⁶ Todas as menções a nomes de usuários, outros profissionais e serviços foram substituídas por códigos e pseudônimos de modo a preservar a identidade e privacidade dos entrevistados e pacientes.

(MENÉNDEZ, 2003, 2016; GREENE, 1998; VELIZ-ROJÁS, BIANCHETTI-SAAVEDRA e SILVA-FERNÁNDEZ, 2018) também apresentados anteriormente na Introdução.

4.4.1 Descrição dos entrevistados

Unidade A

Alice – médica generalista, de fora do estado do Rio de Janeiro, recém-formada (2017), há 06 meses na unidade. Fez faculdade com inserção forte em SF e planeja fazer residência médica em outra especialidade.

Ana – médica de família, de fora do estado do Rio de Janeiro. Está há mais de 10 anos na unidade, com formação em Saúde da Família.

Antônia – médica de família, natural da cidade do Rio de Janeiro – RJ. Está há mais de 10 anos na unidade, com formação em Saúde da Família.

André – matriciador do NASF, psicólogo, de fora do estado do Rio de Janeiro. Foi contratado nessa função e está atuando na rede desde 2012.

Unidade B

Bernardo – médico generalista, do estado do Rio de Janeiro, recém-formado (1º semestre de 2018). Estava há um mês na unidade, com experiência em pesquisa em saúde coletiva e curricular em Saúde da Família (estagiário da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – modalidade acadêmica bolsista – por 1 ano) e estágio internacional em faculdade de medicina (cerca de 12 meses) pelo programa Ciência sem Fronteiras. Planeja fazer residência médica em outra especialidade.

Bento – médico generalista, natural da cidade do Rio de Janeiro, recém-formado (2017). Estava há 2 meses na unidade, com experiência curricular e extracurricular em SF (estagiário da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – modalidade acadêmica bolsista – por 2 anos). Planeja fazer residência médica em outra especialidade.

Bianca – matriciadora, psicóloga, natural da cidade do Rio de Janeiro. Foi contratada nessa função e está atuando na rede desde 2007.

Beatriz – médica generalista, natural do estado do Rio de Janeiro, recém-formada (2017). Estava há 04 meses na unidade. Planeja fazer residência médica em outra especialidade.

Camila – médica generalista, de fora do estado do Rio de Janeiro, formada em 2016. Estava há 1 ano e meio nessa unidade, em formação pelo programa Mais Médicos. Tem experiência em saúde indígena no internato médico.

Daniel – matriciador, educador físico, natural do estado do Rio de Janeiro. Estava há um ano contratado nessa função e atuando na unidade, com experiência anterior de 3 anos de estágio extracurricular e pesquisa em saúde mental.

Elisa – matriciadora, assistente social, de fora do estado do Rio de Janeiro. Estava há um ano nessa função e atuando na unidade, com experiência anterior de residência em SF, atualmente em pós-graduação *strictu sensu* em Saúde Coletiva.

A chegada ao campo em momento tardio limitou as possibilidades de adaptações e ajustes em relação a imprevistos e incorreções. Assim, na Unidade B, foi necessário entrevistar médicos que não preenchiam todos os critérios de inclusão (tempo de experiência em Saúde da Família de um ano ou mais), por não ser viável encontrar outra unidade de saúde com médicos que atendessem todos os requisitos.

Apesar disso, ou devido a isso, uma nova perspectiva se descortinou para a pesquisa: os médicos recém-formados entrevistados buscaram a ESF como campo de trabalho temporário e, em diversas falas, manifestaram que ficariam na CF se não fosse a imprevisibilidade política em torno dessa iniciativa e o conseqüente risco financeiro e de fixação em local de trabalho.

As entrevistas foram todas realizadas nas unidades de saúde, após agendamento diretamente com os profissionais (conforme descrito no diário de campo). Duraram entre 30 minutos e 1 hora, em geral, mais breves com os médicos e mais prolongadas com os matriciadores. Ocorreram todas em um clima amistoso, sem interrupções importantes (mas as entrevistas com os médicos foram quase todas interrompidas brevemente).

Além das reflexões sobre os eixos conceituais, notou-se que os profissionais construíram suas falas refletindo sobre outros temas tais como: definição de saúde e qualidade de vida; constituição da ESF e do matriciamento; dificuldades cotidianas das práticas de cuidado e relações entre equipe e usuários (organização do tempo e processos de trabalho, formação e contratação de recursos humanos, divergências na condução dos casos etc). Tais considerações foram levadas em conta no processo de análise por remeterem a aspectos subjetivos e ideológicos dos entrevistados.

4.4.2 Guias para análise (categorias conceituais)

Foram utilizados quatro tópicos norteadores (categorias conceituais) para as entrevistas: o que o profissional compreendia por Competência Cultural, que instrumentos seriam úteis para uma prática culturalmente sensível, relatos de casos de saúde mental que

poderiam se beneficiar de uma prática culturalmente sensível e, finalmente, como se davam as discussões no matriciamento sobre tais casos.

1. Noção de competência cultural

Em relação ao primeiro tópico, perguntou-se se o profissional já havia tido contato com o termo Competência Cultural ou o que imaginaria ser Competência Cultural. Como a Competência Cultural é um dos atributos da APS e constitui um dos temas desenvolvidos na formação da medicina de família no Brasil, entendeu-se que poderia iniciar as entrevistas desse modo, sendo complementada, caso necessário, nas perguntas seguintes.

Houve padrões de respostas que circularam em diferentes eixos. Por um lado, remeteram a ideias de que seria uma habilidade ou capacidade dos profissionais de reconhecerem as diferenças pessoais entre os pacientes em função de fatores, tais como escolaridade, renda, história familiar, bem como o contexto urbano em que as pessoas vivem (por exemplo, se vivem em locais violentos ou com maior vulnerabilidade social).

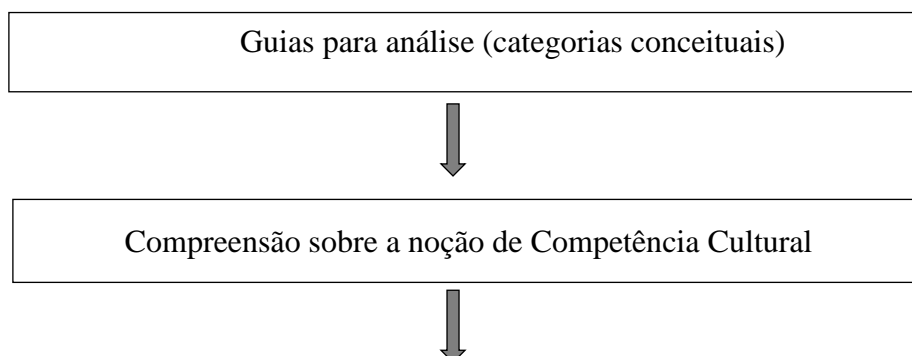
Outros profissionais ressaltaram que as diferenças culturais dos usuários moldam suas compreensões sobre fenômenos relacionados à saúde e à qualidade de vida, bem como sobre a relação estabelecida com os serviços, profissionais de saúde e as medidas terapêuticas. Nesse sentido, o reconhecimento de que a Competência Cultural é uma ferramenta importante nas práticas de saúde se deu por meio de indicações de que a percepção da diferença permitiria a negociação de um plano terapêutico comum (entre médico e paciente) e assegurar o acesso à saúde para todos.

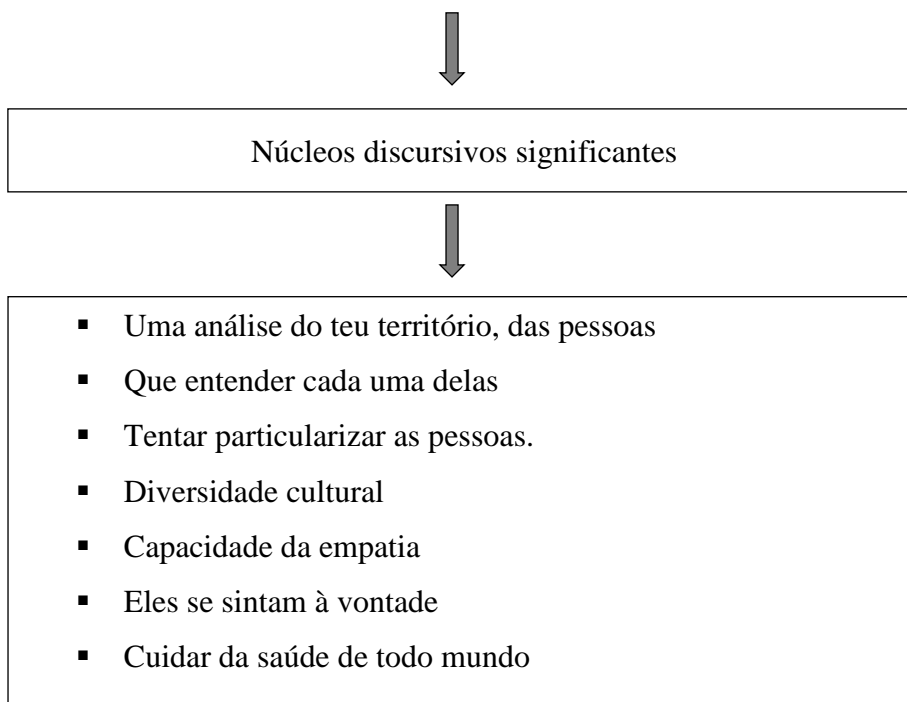
Houve algumas falas, não muitas, que apontaram para a possibilidade de que os profissionais também expressem um certo modo de perceber os fenômenos saúde e doença e um discurso voltado para a intervenção.

Núcleo Discursivo Significante – Médicos

Figura 1 - Guias para análise e núcleos discursivos significantes

Médicos





Acho que seria você tentar fazer um estudo, uma análise do teu território, das pessoas. Como elas se comportam para tentar definir quais são as doenças mais prevalentes (Alice)

Tem também interferência porque eu acho que os que têm maior cultura... porque aqui a gente tem um mesclado de pessoas que têm um nível cultural menor que outras pessoas. A maioria aceita ser um paciente psiquiátrico [referindo-se a pacientes com menor escolaridade e/ou menor renda, moradores de favelas] (Ana)

Nessas falas, se observa uma confusão entre aspectos socioeconômicos (renda, escolaridade) e a apresentação dos pacientes e modos de apreensão dos fatores relacionados ao processo saúde-doença-busca de cuidado. Isso confirma a observação de Targa e Oliveira (2012) de que há um debate insuficiente na formação médica no Brasil acerca do papel dos elementos simbólicos na constituição do processo saúde-doença-busca de cuidado.

Outras falas ajudam a avançar no entendimento do que compreendem como CC:

Acho que tinha que entender cada uma delas. Você não pode generalizar. As diferenças têm que ser respeitadas. Se você está em um tipo de cultura, até entender, pelo menos tentar entender e se fazer (entender). (Ana)

Tentar entender tudo de bagagem que aquela pessoa ali acumula. Cada pessoa, em cada território, ela tem uma história ali por trás dela. Tem sempre que tentar particularizar as pessoas. (...) Quando você está inserido em uma sociedade, aquela sociedade tem aspectos que são importantes para ela (...) (Bernardo)

Ter noção da diversidade cultural de onde a gente vive, diferentes crenças, maneiras de ver o mundo e tentar inserir isso na maneira como você trabalha. Tentar desmistificar a questão do diagnóstico. As pessoas, às vezes, têm noções erradas sobre o que significam determinadas doenças. E tentar, se existir uma barreira muito grande na aceitação do tratamento proposto, tentar ser criativo e tentar unir o que a pessoa acredita com o que

eu acredito, o que estaria comprovado que poderia beneficiar a pessoa.
(Bento)

A questão da competência cultural está muito ligada a você ter a capacidade da empatia. A empatia não vai se dar só no consultório. Tem que ir lá e saber do que se trata. Sentir a atmosfera, o peso. Ouvir os sons daquele lugar. Sentir o cheiro. Às vezes, não é agradável mesmo. Você começa a tentar olhar por um outro lado. Você começa a tentar olhar por um outro lado, quem sabe ser mais flexível em algumas coisas, negociar outras coisas. O tratamento é uma via de mão dupla e precisa das duas pessoas, tanto do médico como do paciente. (Beatriz)

Nas formações discursivas acima transcritas, as definições de CC parecem se aproximar mais do que é apresentado na literatura. Nelas, os elementos socioculturais são observados como importantes para suas percepções do que sejam problemas de saúde, quais as prioridades e os modos de intervenção. Assim, parece haver um reconhecimento de que é importante perceber o contexto de referência dos pacientes, bem como se colocar em seus lugares para os entender.

A partir do reconhecimento de que existem diferenças entre as perspectivas médicas e leigas, houve também a constatação da necessidade de negociação entre essas diferenças para a elaboração de um plano terapêutico.

Na fala de Bento, observamos dois trechos importantes a serem comentados: o não saber (o diagnóstico “correto”) dos pacientes – *as pessoas, às vezes, têm noções erradas sobre o que significam determinadas doenças* -, associado à sutil comparação entre os conhecimentos e valores dos pacientes, denominados *crença*, em contraposição ao conhecimento médico (cientificamente) *comprovado*. Como Greene (1998) discute em seu trabalho, nesses pares opostos se revela uma tendência valorativa dos profissionais de saúde, remetendo à lógica biomédica maior relevância por sua cientificidade. Assim, denotam um movimento de desqualificação da diferença de perspectiva trazida pelos usuários dos serviços de saúde.

Camila, comentando sua experiência com saúde indígena, revela:

A gente teve esse contato, esse choque cultural. (...) E a ideia do projeto, eu acho, é que eles se sintam à vontade. Porque a gente tem que cuidar da saúde de todo mundo e, muitas vezes, a gente esquece que o índio também tem doença (Camila)

Nessa formação discursiva, surge um aspecto importante da CC que é a adaptação das intervenções de cuidado e dos serviços para atender clientelas específicas (no caso citado por Camila, índios), garantindo acesso e equidade das práticas assistenciais. Por outro lado, o termo choque cultural, utilizado pela entrevistada, causa espécie. Num primeiro sentido,

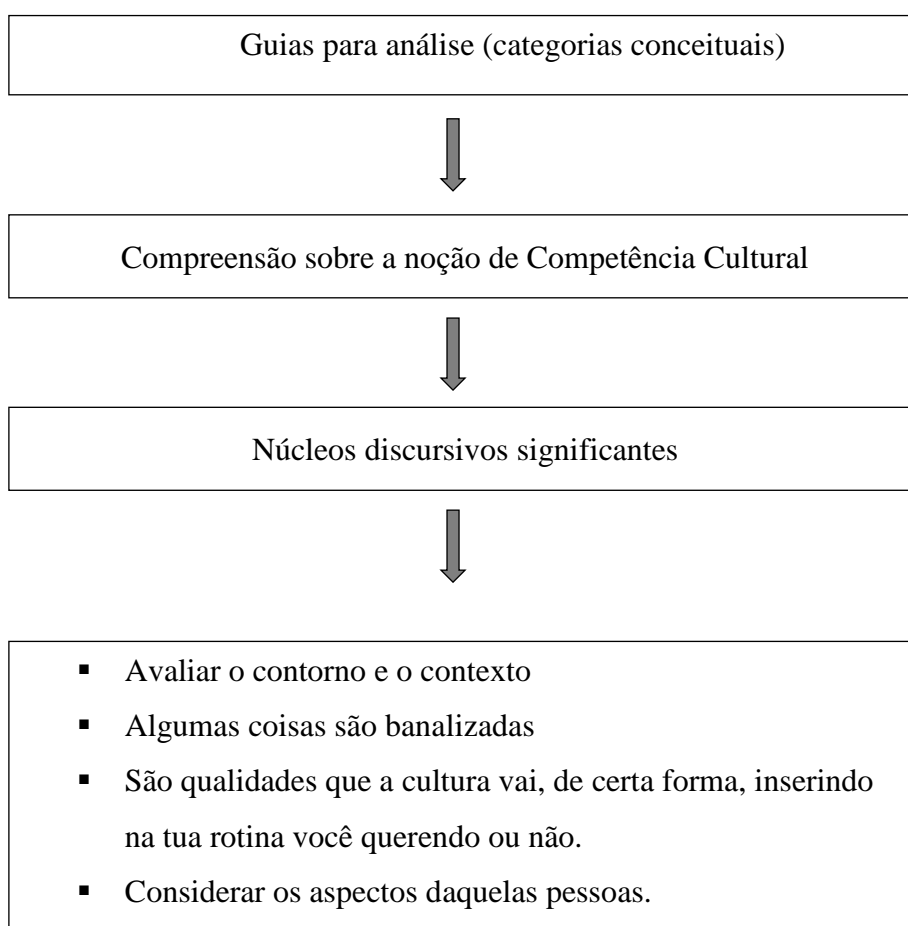
parece assumir um tom pejorativo: indicando preconceito em relação à população indígena (que também adoecer). Todavia, num outro nível, tal estranhamento é o que poderia suscitar curiosidade no encontro com o outro e, então, uma atitude mais reflexiva (GUILHERME e DIETZ, 2014; WAGNER, 2017).

O que se percebe nas falas dos médicos é que a diferença entre a visão biomédica e a visão dos pacientes é mais facilmente percebida quando há confronto (recusa ou questionamento de diagnóstico e tratamento), ou então, quando são pacientes oriundos de populações aparentemente muito diferentes (“exóticas”, como os índios, ou de menor status socioeconômico, como os usuários moradores de favelas).

Núcleo Discursivo Significante – Matriciadores

Figura 2 - Guias para análise e núcleos discursivos significantes

Matriciadores



Avaliar o contorno e o contexto de cada pessoa que a gente atende, de cada família. Eu tento trabalhar a história da família, a importância da gente entender que aquele sintoma não é um sintoma só daquela pessoa, é um sintoma familiar. (...) A gente esquece que, por trás de todas essas questões, tem uma situação que é daquele contexto, que a gente precisa entender o que provoca aquilo (André)

Essa fala parece demonstrar o que Menéndez (2016) indica como as condições para observações e intervenções interculturais, que é a aproximação de grupos sociais, ou como ele identifica, microgrupos. Famílias são representantes por excelência dessa configuração, que possibilitarão um processo de negociação intercultural efetivo.

Nas formações discursivas que se seguem, dois aspectos são dignos de nota e talvez estejam associados ao modo como os matriciadores têm trabalhado na rede de atenção à saúde no Rio de Janeiro. Pelo fato de acompanharem diferentes equipes, às vezes em mais de uma unidade, os matriciadores podem comparar os modos de se relacionar dos usuários com os serviços de saúde e os efeitos dessa interação, não só sobre os pacientes, mas também sobre os profissionais de saúde.

Bianca, comparando populações diferentes nas unidades em que trabalha, observa:

A gente começa a ver que, no entorno ali da clínica, a forma de compreender da população que a gente atende é muito diferente de um lugar para o outro. Lugares próximos e são realidades diferentes. Você vê que algumas coisas são banalizadas, algumas coisas que você vê que são culturais mesmo. (...) Porque, às vezes, a pessoa não tem compreensão de que o sofrimento dela se dá às vezes do passado, de alguma coisa que é cultural, que ela acreditou ser daquela forma, que ela aprendeu ser daquela forma. Às vezes, só ela falando e a gente ouvindo, e a gente devolvendo aquilo para ela que muitas vezes ela fala “nunca tinha pensado. Nunca tinha pensado por esse lado” (Bianca)

São qualidades que a cultura vai, de certa forma, inserindo na tua rotina, você querendo ou não. Vai inserindo na sua vida sem você nem perceber [referindo-se à adaptação das práticas de cuidado do profissional em função das características da população que atende] (Daniel)

Nesse sentido, percebe-se o que Langdon e Wiik (2010) apontam a respeito das inúmeras possibilidades de interface entre sistemas de atenção à saúde presentes em sociedades urbanas complexas e, como defende Menéndez (2016), a possibilidade de uma incorporação da interculturalidade nas práticas de saúde para além dos contextos indígenas.

Outro ponto importante, devido seu caráter pervasivo, é o entendimento de que os comportamentos culturalmente moldados se dão de modo inconsciente, automático. Tanto no sentido positivo - *são qualidades que a cultura vai, de certa forma, inserindo na tua rotina você querendo ou não* - quanto no sentido negativo - *a pessoa não tem compreensão de que o sofrimento dela se dá às vezes do passado, de alguma coisa que é cultural*. A percepção e o estranhamento quanto a esses padrões se dão por meio do encontro entre diferentes, recuperando positivamente a ideia de choque cultural já mencionada anteriormente.

Elisa, também comparando populações diferentes nas unidades em que trabalha, observa:

A gente está em duas unidades e as unidades têm essa questão cultural muito diferente. Aqui é uma unidade que geralmente são pessoas cariocas, pessoas de classe média, pessoas idosas e que têm outra conjuntura. Tudo que você vai falar, eles conseguem debater com você. Se você vai falar de um grupo, tem adesão de grupo, se você fala sobre uma determinada doença, eles sabem a história. (...) Na outra clínica, a gente vê que são pessoas assim, em uma faixa, questão da renda muito mais inferior. São pessoas que a grande maioria veio do Nordeste, aquela questão do Nordeste vir para cá, então, também entender saúde, entender espaço-território é diferente. (...) Assim, até um serviço de chegar em uma determinada região e de você respeitar aquilo para inserir o serviço de uma forma não de se adequar, mas também considerar os aspectos daquelas pessoas (Elisa)

Na fala dessa matriciadora, percebe-se sutilmente um preconceito em relação a uma parcela populacional (migrantes regionais), através de um processo de generalização – *que são pessoas assim, em uma faixa, questão da renda muito mais inferior, são pessoas que a grande maioria veio do Nordeste, aquela questão do Nordeste vir para cá*. Além disso, o que aparenta ser uma demonstração de atenção às particularidades de uma comunidade acaba por desvelar uma atitude de preeminência do serviço de saúde – *inserir o serviço de uma forma não de se adequar, mas também considerar os aspectos daquelas pessoas* –, não só tornando claras as relações de poder entre os sistemas de atenção à saúde, mas também contrariando os preceitos de uma prática culturalmente sensível (no nível de organização dos serviços).

4.4.3 Instrumentos de Competência Cultural para aplicação nas práticas de cuidado

Perguntou-se que instrumentos para o desenvolvimento da CC eram conhecidos e/ou utilizados pelos profissionais ou então o que o entrevistado sugeriria para a investigação e o manejo da diversidade cultural.

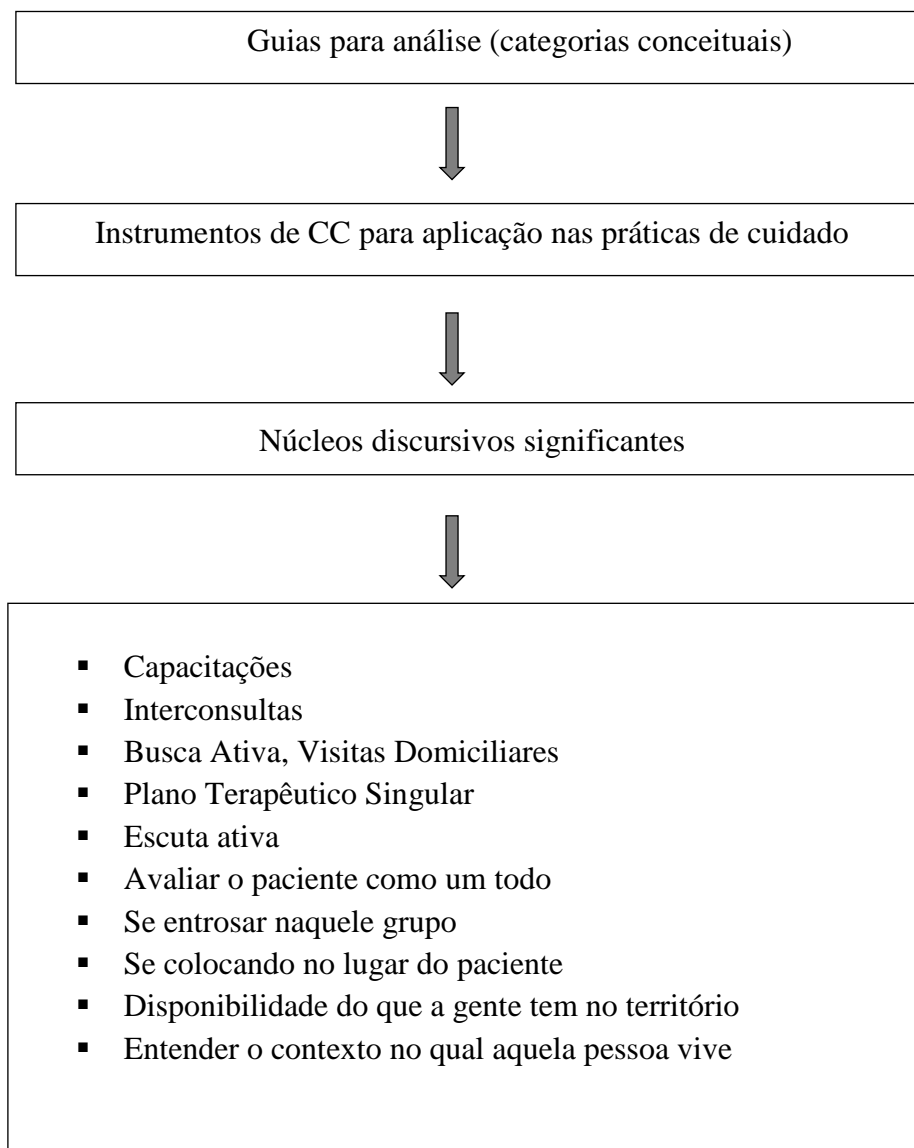
Houve basicamente três percursos sugeridos para investigação e manejo da diversidade cultural.

Um de cunho mais individual onde se percebe que os profissionais identificam a necessidade de preparo em competência cultural para atuação na ESF. Outro com um caráter relacional e que aponta para o desenvolvimento de habilidades de comunicação no contato entre profissional de saúde e usuários. Por fim, um terceiro percurso que assume um caráter mais amplo no sentido de que propõe um exame dos aspectos sociais e históricos das populações, bem como dos recursos (ou dispositivos) existentes no território.

Núcleo Discursivo Significante – Médicos

Figura 3 - Guias para análise e núcleos discursivos significantes

Médicos



Uma médica, Alice, referiu a necessidade de capacitações e formação voltadas para o reconhecimento da diversidade cultural: *Capacitações nessa parte, nessa área Alice*).

Mas a maioria das respostas indicou que atividades já realizadas na Saúde da Família e no matriciamento poderiam servir como instrumento para estímulo da sensibilidade cultural. Temos então:

Interconsultas. Busca ativa. Gostaria de entender mais o contexto em que a pessoa vive (Alice)

Acho que seria muito interessante, uma coisa que já existe na medicina da família, mas que eu tenho observado quanto é importante, são as visitas domiciliares. Elas já existem, né, mas quando você vai na casa da pessoa. É totalmente diferente. Você começa a se colocar no lugar do paciente com as mesmas limitações que o paciente tem (Beatriz)

Nessas formações discursivas, três elementos – interconsulta, busca ativa, visita domiciliar – seriam as estratégias para qualificar o entendimento do contexto em que os usuários vivem. No primeiro caso, a investigação é intermediada por um terceiro, provavelmente, um matriciador e, no segundo e terceiro, vai-se à casa do paciente⁸⁷. As entrevistadas não incluíram como desdobramento dessas estratégias um momento para discussão ou reflexão sobre as iniciativas.

Aparentemente, se associarmos à proposta anterior (capacitação nessa área), Alice parece entender que a diversidade cultural é uma entidade fixa e passível de transmissão automática, por aula ou observação de um cenário. Enquanto Ana toma automaticamente o contexto do paciente de modo limitado, como fonte de conhecimento automática.

As iniciativas propostas pelas entrevistadas podem ser entendidas como modos de aproximação, mas desconsideram que a realidade social se constitui, entre outros, por meio da convivência de diversos sistemas (médicos) e da negociação de perspectivas entre sujeitos politicamente ativos (GREENE, 1998; LANGDON, 2014). Nesse sentido, as falas que se seguem parecem mais próximas de um entendimento dinâmico da conformação da diversidade cultural e de sua apreensão.

Nem sempre o que a gente acredita que é o melhor, é o melhor. Por isso, é importante a gente traçar o plano terapêutico singular. Quando a gente fala de plano terapêutico singular é individualizar o contexto cultural e social que aquela pessoa está inserida. (...) eu julgo que seria o mais importante a ser feito aqui, que é a escuta ativa. Para cada paciente, você tem que adaptar a realidade deles, a necessidade deles, a sua terapêutica, o que você vai colocar como objetivos (Bernardo)

A escuta ativa é o primeiro passo. Ouvir o que o paciente tem a dizer, o que ele traz de percepção de mundo e da própria condição. Lidar com isso é imagino que... desde que não interferia no tratamento, no sentido de ele se recusar e isso pode de fato acontecer, mas de adotar certas práticas que vão contra o tratamento que ele já esteja fazendo. Minha função seria orientar em relação a isso (Bento)

Acho que seria legal a gente avaliar o paciente como um todo. Falta ainda na nossa formação como médico e também na nossa atuação. Por que? É lindo quando você vê num livro o cuidado centrado na pessoa, mas, na

⁸⁷ Normalmente, o termo busca ativa é utilizado para as visitas domiciliares aos pacientes que abandonaram tratamento. Em geral, em tratamento para condições graves e/ou contagiosas (por exemplo, tuberculose). Tal escolha de termos denota um certo julgamento da entrevistada: fazer visitas para entender o porquê de o paciente não estar seguindo a prescrição médica.

prática, acaba sendo um pouco complicado. A gente não tem esse tempo. Ao mesmo tempo que a gente não tem esse tempo, é muito importante fazer, tentar fazer embora as circunstâncias não permitam. Isso vai fazer com que você diminua muito o número de medicamentos, diagnósticos errados, de encaminhamentos. (Camila)

Como se fosse entrosar naquele grupo, naquele meio cultural, tentar entender aquele grupo para poder tentar fazer funcionar. (Ana)

A coisa acaba acontecendo automaticamente. A gente acaba se colocando no lugar do paciente. Como a gente conhece a realidade deles, até a fala é diferente. A gente atende adolescente, atende pessoal com pouca cultura, com pouco ensino, então, a gente tenta adaptar até a maneira de falar, de conversar para que eles se sintam mais à vontade. A gente procura não usar nada muito técnico para tentar fazer com eles adquiram confiança na gente e no acompanhamento que a gente faz, para que a gente consiga cada vez mais um acesso melhor, cada vez uma cooperação maior. (Antônia)

As dimensões do atendimento e da relação entre profissional e usuário são apontadas como ferramentas para práticas de cuidado culturalmente sensíveis. Tal perspectiva parece lançar mão de conceitos comuns à psicologia médica, tais como empatia, ou às lógicas que orientam o trabalho na ESF (Clínica Ampliada e Método Clínico Centrado na Pessoa). E, nesse sentido, parecem reforçar o atendimento individual como arena para abordagem da diversidade cultural. Além disso, também não mencionam o trabalho de elaboração ou de reflexão específica para o tema da diversidade cultural.

Embora o reconhecimento das particularidades dos grupos e a negociação dos planos terapêuticos sejam elencados pelos entrevistados, parece haver uma suposição de que o linguajar técnico assuste os pacientes, por um lado, e, por outro, uma negociação parcial do plano terapêutico (vista especialmente nas falas de Bernardo e Bento - *você tem que adaptar a realidade deles, a necessidade deles, a sua terapêutica, o que você vai colocar como objetivos*).

Isso levanta a questão das relações de poder nas relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários (subalternização) e dos limites às possibilidades de verdadeiras trocas e negociação, como seria num contexto de intermedialidade e interculturalidade. Não à toa, a fala de Ana defendendo o entrosamento parece tão esvaziada.

Outra questão fundamental, levantada na fala de Camila, diz respeito à aplicação dos princípios do Método Clínico Centrado na Pessoa. Sua aplicação na prática clínica rotineira depende da gestão dos processos de trabalho nas unidades de saúde e, nesse sentido, reflete também relações de poder, mas entre profissionais de saúde e gestores nos níveis dos serviços e do sistema de saúde.

Uma saída pensada pelos profissionais e que também remete aos princípios fundamentais do SUS é a territorialização. Nas formações discursivas que são apresentadas a seguir, aparece o modo como a noção de território é demonstrada.

Vai muito da disponibilidade do que a gente tem no território [ela enumera diversos tipos de instituições e atividades disponíveis nas cercanias da unidade de saúde]. (Antônia)

Entender o contexto no qual aquela pessoa vive. Tentar buscar uma rede de apoio, familiar ou pessoas com as quais ela convive e trazer essas pessoas para a consulta. (Bento)

Furtado et al (2016) apontaram, em seu trabalho de revisão da noção de território, que o uso vago ou instrumentalizado (por exemplo, como divisão territorial do SUS) tem implicações para o cuidado dos pacientes⁸⁸. Partindo das definições originadas da geografia crítica e das ciências sociais, os autores ressaltam o caráter político do território e defendem que:

o conceito de território implica a consciência de que o poder sempre se exerce em determinado espaço e por meio dele, seja um Estado-nação, sejam territórios menos evidentes, como aqueles do tráfico de drogas ou da indústria imobiliária de luxo (FURTADO et al, 2016, p. 2).

Conseqüentemente, o entendimento e a apreensão dessa noção devem considerar que se trata de uma conjunção tensionada, palco de disputas e resistências.

Nas falas de Antônia e Bento, notamos um entendimento funcional da noção de território, que supõe que vizinhança e dispositivos existentes são recursos terapêuticos potenciais. É uma perspectiva interessante, mas limitada. Por um lado, se são poucas as opções em um território, os usuários e profissionais tendem a ficar restritos às suas possibilidades e a não construir outras alternativas (nem refletir sobre tal estruturação). Além disso, perde-se a dimensão de que o serviço de saúde é também um recurso e as relações que estabelece com a população são dinâmicas e parte de um processo social maior e contínuo (MENÉNDEZ, 2016).

Uma experiência relatada, que pode ser apropriada criticamente, foi trazida por Camila, ao contar sobre seu período de estágio em serviço de atenção à saúde indígena.

⁸⁸ Nessa revisão, os autores encontraram quatro modos de apreensão do território em publicações científicas e documentos oficiais do campo da Saúde Mental: como área de cobertura e ação de serviços extra-hospitalares; como conjunto de recursos terapêuticos, em sentido amplo, efeito de interações a serem exploradas e articuladas pelos profissionais dos serviços de saúde em instâncias exteriores aos serviços (espaços públicos, vizinhanças, associações, etc.); como espaço existencial, constituído a partir da história pessoal de seus habitantes e assim espaço de construções simbólicas e de pertencimento, articulando diversos sentidos (etológicos, subjetivos, sociológicos e geográficos); como sistema de objetos e ações, interface entre o político e o cultural, entre fronteiras (entre países, mas também entre indivíduos), sendo central a dependência entre a materialidade do espaço e seu uso, entre processo histórico, base material e base social da ação humana (Furtado et al, 2016).

Eu converso com ela, mas ela responde para o marido. Ela fala para o marido se está sentindo dor ou não e ele passa para mim. Muitas vezes, ela fala na língua deles. (Camila)

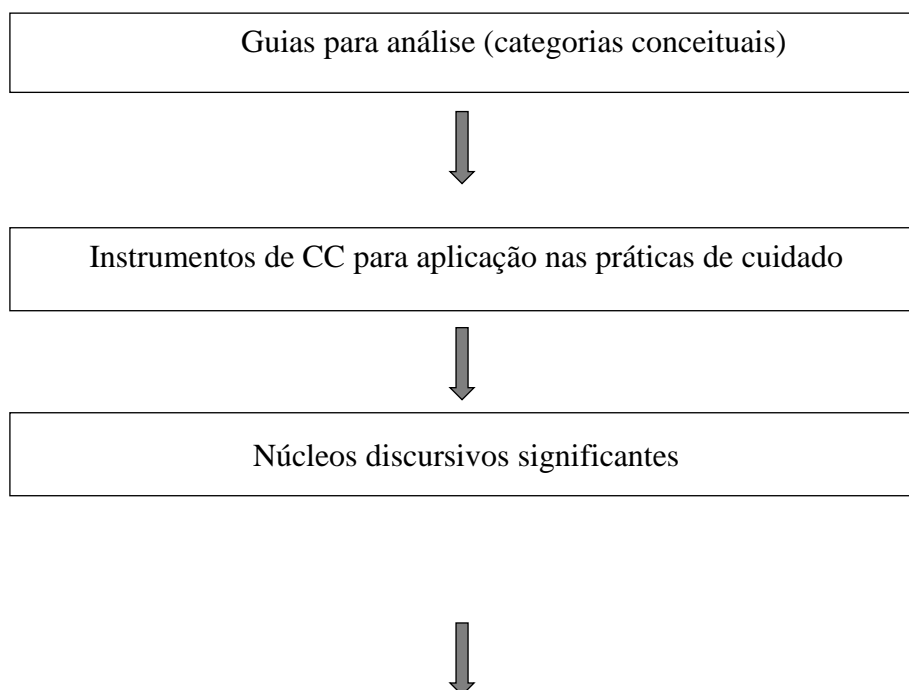
Trata-se de um testemunho da mediação de atendimento por meio de familiares (que atuaram como intérpretes nesse caso). Poderia ser tomado ao pé da letra em contextos urbanos, já que a família pode ocupar um lugar de tradução na ESF de um modo geral. Para tanto, é importante sublinhar dois aspectos relevantes que esse exemplo traz à tona. A incorporação do familiar como tradutor e mediador do cuidado foi percebida pela médica num contexto de exotismo (saúde indígena) e, provavelmente, seria mais difícil de perceber num contexto urbano (como o Rio de Janeiro), que é percebido como homogêneo.

Dessa primeira observação, dá-se um segundo passo. Admitir que mediadores são úteis ou necessários presume alguns pressupostos: o saber biomédico, encarnado pelos profissionais de saúde, é um discurso, construído num contexto histórico e sociocultural; e pacientes e seus familiares são atores sociais atentos aos cuidados em saúde, como parte de suas estratégias de reprodução biossocial. Assim, a apreensão e a incorporação (ou não) do discurso biomédico se darão pragmaticamente pelas pessoas conforme suas necessidades (GREENE, 1998; LANGDON, 2014; MENÉNDEZ, 2016).

Núcleo Discursivo Significante – Matriciadores

Figura 4 - Guias para análise e núcleos discursivos significantes

Matriciadores



- Autoanálise
- Resiliência
- Relação com o território
- Construir seu mapa do território
- Interconsulta
- Genograma e ecomapa
- Projeto terapêutico singular
- Diagnóstico territorial
- Conhecimento do Agente Comunitário de Saúde
- A maioria das coisas, a gente sabe através deles [ACS]
- Ele [usuário] articula a clínica com a comunidade

Os matriciadores relataram menos instrumentos individuais de aplicação nos atendimentos, que os médicos. Provavelmente, porque exercem um papel diferente nas unidades de saúde e em relação aos pacientes. Mas também por circularem em diferentes unidades e acompanharem os trabalhos de diversas equipes de referência.

Nas duas falas que se seguem, há indícios sobre o trabalho com as equipes e sobre como esses dois matriciadores entendem que podem estimular a sensibilidade cultural dos profissionais de referência.

Trabalho com os profissionais para eles avaliarem e pensarem em construir um mapa, uma autoanálise. Lógico que autoanálise é uma coisa sozinha, mas faz uma autoanálise com outros elementos, com outras pessoas, enfim. Acho que a partir da experiência pessoal é muito possível que ele entenda o outro. Eles vão reproduzindo uma lógica, uma prática do automatismo, dos protocolos, que eles não sabem o que estão fazendo. (André)

Acho que é a palavra que vai além da percepção, para não ficar retórico de “ampliar a percepção”. Acho que a resiliência é fundamental. Nem é paciência. É resiliência de verdade. (Daniel)

No primeiro caso, a proposta do matriciador se volta para a capacidade das equipes de observarem criticamente suas ações e assim poderem entender os pacientes. Contudo, há uma contradição em sua fala que inviabiliza sua proposta. Para interromper movimentos automáticos, é preciso que haja um estranhamento, externo ao processo. No caso das práticas de saúde, a interrupção dos automatismos se dá no contato com o questionamento dos

pacientes ou com suas invenções subversivas dos recursos biomédicos. Mais que no contato, a interrupção se revela na legitimação dos questionamentos e subversões.

No segundo caso, o matriciador se refere à resiliência ao comentar que as equipes lidam com situações muito difíceis que requerem criatividade e tenacidade nas propostas de intervenção. O desenvolvimento da resiliência nesse relato diz respeito não a uma característica individual, mas a uma característica necessária ao trabalho em equipe que se proponha intercultural.

Ainda assim, remeteram-se a instrumentos próprios do trabalho na ESF e da lógica da Clínica Ampliada. Assim:

Não adianta ser só prescritivo, você chegar ali e “você vai fazer isso”. Por isso que o PTS, que é o projeto terapêutico singular. Não adianta eu ter certeza do que é melhor para ele tecnicamente falando se eu não parar para ouvi-lo e fazer a proposta para ele ver se ele vai aceitar aquilo, se ele concorda com aquilo, entende aquilo e se aquilo é possível para ele. Para se alcançar e entender mesmo essa diversidade, tem que existir um exercício maior de escuta, de paciência para perceber isso. (Bianca, comentando o papel das interconsultas e da elaboração conjunta dos planos de intervenção)

Na interconsulta, nós fazemos [genograma e ecomapa] porque eu faço com eles. (André)

Você vai percebendo que vir à clínica para fazer exercício é uma das coisas que vai favorecer aquele usuário. Vai favorecer que ele vai tá mais presente. Vai favorecer que ele vai tá vinculado à equipe. Isso vai trazendo uma percepção e uma qualidade de vida maior para ele ir gerenciando a vida dele de uma outra forma. (Daniel)

No primeiro trecho, Bianca problematiza o projeto terapêutico singular como uma estratégia de negociação junto aos pacientes e aos médicos. Esse testemunho dá a impressão de que a matriciadora atua como uma intermediadora dessa construção⁸⁹.

Nos dois trechos seguintes, os matriciadores incluem respectivamente investigação e intervenção dos (nos) aspectos relacionados à interação social dos usuários com o território de modo amplo (família, rede social) e com o próprio serviço de saúde. Parece haver uma suposição, por parte dos matriciadores, de que a relação do usuário e da família com sua rede e com o espaço da CF permitem a apropriação de hábitos de saúde propostos pela equipe (não necessariamente ocorrendo um intercâmbio). Tal compreensão remete às estratégias de autocuidado, versão reconhecida pela biomedicina dos processos de auto-atenção.

Retomando a discussão acima apresentada acerca da noção de território, é importante considerar que nem sempre as interações são amistosas ou positivas. Nas falas que se seguem,

⁸⁹ Pelo desenho de pesquisa dessa tese, não será possível desenvolver tal hipótese. Uma pesquisa com observação participante ou etnografia traria os elementos necessários para essa discussão.

o entendimento do território como repositório de recursos potencialmente terapêuticos reaparece.

A equipe de estratégia de saúde da família precisa ter um momento de construir o seu mapa do território, é construir o que tem de vivo, o que tem de potente naquele território. (André)

Essa coisa da relação com o território é muito bacana. As parcerias que você faz com o território. A gente no início, quando chega... a gente sai para conhecer o território e para conhecer todos os equipamentos que a gente tem no território. Então, a gente vai, a gente conversa, a gente se apresenta, a gente recebe eles na unidade, a gente troca o tipo de trabalho. Quando a gente vai atender, a gente passa isso para as equipes e quando a gente vai atendendo, a gente vai identificando que aqueles pacientes podem ter aquele espaço como potencial para ajudar ele no projeto terapêutico singular dele. Tanto que a gente, quando descobre as coisas, enquanto NASF, a gente troca muito. A gente chega a fazer uma relação de equipamentos que a gente descobre que tratam algumas coisas. A gente troca mesmo, em zap, em xerox, em grupo. (Bianca)

Mapeamento de tudo. Isso é um diagnóstico territorial, situacional territorial. Acho que isso deveria ser obrigatório. Porque às vezes o médico chega e aquela equipe está há meses sem médico e eles ficam atendendo as mesmas coisas. (Elisa)

Em todos os trechos citados, o território é visto positivamente. O que resulta curioso, pois todos os matriciadores, em algum ponto de suas entrevistas, relataram dificuldades com situações, tais como violência e vulnerabilidade social, e que eles notaram ser mais preponderantes em algumas regiões que em outras. Possivelmente, essa apreensão limitada do território é efeito da insuficiente problematização da noção.

Outra questão que se coloca, a partir da insuficiência do debate em torno da noção de território, é que não há um consenso acerca do que seja o mapeamento do território, nem de sua aplicação. Em outros trechos das entrevistas, os matriciadores revelaram ter pouco tempo para elaborar esse mapa com as equipes e que muitos gestores dão preferência a dados quantitativos referentes à prevalência de condições de saúde na região e metas da unidade, confirmando os achados da revisão apresentada no Capítulo “Lógicas do Cuidado” a respeito dessa questão.

Outro detalhe da fala de Elisa, que é mais saliente na unidade 2, é que a rotatividade de profissionais nas unidades de saúde faz com que as informações e discussões sobre as possibilidades de intervenção que contem com o território fiquem subvalorizadas.

A gente utiliza o conhecimento do ACS porque a gente convoca o ACS para falar desse contexto, como é essa família. A gente tenta potencializar esse saber do agente comunitário. Mais do que isso, a gente quer tentar fazer que ele valorize o lugar dele como profissional de saúde. (André)

Aliás, a maioria das coisas, a gente sabe através deles [sobre os ACS]. Muitas coisas, eles “olha, fui fazer visita, achei estranho isso naquela casa”, “fui fazer visita e a mãe falou isso”. Elas pescavam muitas coisas nas visitas delas. São os agentes comunitários que cadastram as famílias. Quando eles cadastram as famílias, eles perguntam muito as circunstâncias que existem na casa em relação à saúde. (Bianca)

Ele ajuda a clínica, um [usuário] voluntário que fica na clínica todos os dias, o dia inteiro. Ele articula a clínica com a comunidade. Tá sempre tentando ajudar a clínica, o que precisa, alguns diálogos, umas aproximações. Se é aniversário da clínica, ele tá lá na padaria, pedindo um bolo de doação. (Bianca)

Por fim, os matriciadores indicaram especificamente os ACS e os usuários dos serviços como recursos importantes para a relação das CF com as comunidades onde atuam. Nos dois primeiros relatos, há uma indicação precisa dos ACS como fonte de conhecimento local e intermediação. Não se observam questionamentos dos efeitos da interação direta com os ACS, nem mesmo uma menção ao fato de que os ACS representam, em alguma medida, o conjunto de conhecimentos e valores daquele grupo social⁹⁰.

No terceiro relato, há a descrição da relação que um usuário estabeleceu com a unidade de saúde. Aparentemente, ele participa do cotidiano da unidade e atua como um interlocutor com a comunidade. Mais que um tradutor, ele transforma as ações da clínica, faz com que as instituições da comunidade interajam com a clínica em “pé de igualdade” – não estão recebendo cuidados passivamente, estão oferecendo recursos para que as ações da clínica sejam mais atraentes para a comunidade (mais próximas de um padrão de sociabilidade considerado adequado para a comunidade?). Nesse sentido, é um ator social em negociação com o serviço de saúde.

4.4.4 Relatos de caso de saúde mental (casos de não adesão por aspectos culturais)

Questionou-se se o profissional se lembrava de algum caso ou situação que tivesse sido difícil de manejar porque o paciente com transtorno mental recusasse a abordagem devido a questões culturais.

Houve muitos relatos. Contados com detalhes e inquietação, seja porque os profissionais se preocupavam com os usuários e suas famílias, seja por se preocuparem com a capacidade de ofertar cuidado de qualidade, seja por atentarem para aspectos mais

⁹⁰ Com efeitos inesperados e que serão demonstrados na seção seguinte.

abrangentes que atravessam as situações, tais como processos de trabalho, relações interprofissionais, estrutura da rede de serviços de saúde e aspectos socioculturais.

Todavia, nessa profusão de casos e de apreensão, foi possível observar alguns elementos importantes. A primeira observação a ser feita é que, apesar da solicitação específica de relatos de casos de pacientes portadores de transtorno mental, muitos profissionais se lembraram de situações aparentemente sem relação com a saúde mental.

O que parece estranho num primeiro momento⁹¹ foi se repetindo com outros entrevistados e pareceu indicar um certo padrão. Pinto (2017) notou que há uma variedade de sentidos atribuídos ao entendimento de casos de saúde mental pelos profissionais de saúde da família e sugere ligação com a formação profissional, tempo de experiência na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e inserção na comunidade. Em um polo, os residentes de SF tenderiam a lançar mão de definições mais biomédicas (talvez pela recente inserção no cenário da SF e pelo estágio inicial de formação) e, no outro, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) tenderiam a utilizar entendimentos mais abrangentes e relacionais.

Tradicionalmente, na área de saúde, pensa-se em uma pessoa como unidade do caso a ser analisado. Todavia, alguns entrevistados trouxeram núcleos maiores para suas respostas. Isso se deu mais frequentemente entre os matriciadores, enquanto que os médicos se mantiveram mais focados em casos individuais⁹². Num certo sentido, parece natural que médicos estejam atentos a situações individuais, observadas em atendimentos rotineiros, enquanto que matriciadores, que não são responsáveis diretos pelos pacientes e têm maior circulação pelo território, possam alargar seus relatos e tentar construir generalizações para entender os movimentos das populações das unidades que acompanham.

Tais recortes podem ser utilizados para ilustrar o efeito do tipo de interação sobre a capacidade de associar traços individuais a fenômenos mais amplos na esfera sociocultural, por exemplo. Tal sensibilidade é central para a esfera de cuidados da ESF, haja visto que o escopo é o cuidado da família no território. Como desdobramento, é importante mencionar que o deslocamento da esfera individual para a esfera sociocultural permitiu a alguns profissionais observar que a disposição para o entendimento de saúde (e saúde mental) daquela comunidade e o modo como se dão as interações com os serviços de saúde são diversas e dinâmicas.

⁹¹ Provocando o questionamento de que talvez os entrevistados não tivessem entendido a pergunta.

⁹² Matriciadores trouxeram exemplos de atendimentos em grupo, visitas domiciliares e relatos de contatos com a vizinhança, enquanto os médicos trouxeram relatos de atendimentos individuais e eventualmente com familiares presentes.

Outra suposição a respeito dos casos descritos se refere diretamente à percepção dos entrevistados a respeito das dificuldades de cuidar, num cenário pautado pela lógica da integralidade e da complexidade. Pode ser efeito da assunção da responsabilidade pela atenção integral que já esteja moldando o olhar dos profissionais. Por outro lado, o risco de medicalização das comunidades se atualiza na percepção de comportamentos diferentes (dos que pressupõem serem os comportamentos adequados), traduzidos e incorporados ao universo médico a partir de um entendimento demasiado abrangente do que sejam transtornos mentais. Assim, moldando as intervenções, mas também transmitindo à população modos psiquiatrizados ou psicologizados de compreensão e enfrentamento do sofrimento (MENÉNDEZ, 2003).

Nesse sentido, são dignas de nota as menções aos encaminhamentos para serviços especializados e ao uso excessivo de medicação psicotrópica. A dificuldade flagrante dos profissionais, especialmente médicos, foi a de contextualizar essas demandas dos pacientes historicamente.

A prescrição de medicação (psicotrópica), exames complementares e encaminhamento para especialistas, por meio do sistema de regulação (SISREG), são recursos próprios da medicina e do sistema de saúde institucionalizado no Brasil. Tornam-se uma possibilidade no horizonte de práticas de auto-atenção dos usuários à medida que os profissionais e os serviços de saúde os oferecem como tal (LANGDON e WIJK, 2010; MENÉNDEZ, 2003).

Mais ainda, poderiam indicar uma apropriação criativa dos recursos na direção da intermedicalidade proposta por Greene (1998), onde contextos intermédicos são articulados e ressignificados pelos atores sociais (GREENE, 1998; DA SILVA, 2008; LANGDON, 2014). Mas, para tanto, é importante considerar que os atores e grupos sociais em interação possuem agência. Nesse sentido, a subversão dos usos dos recursos vai além da lógica hegemonia/subalternidade em direção à negociação de diferentes culturas (GREENE, 1998; MENÉNDEZ, 2003; DA SILVA, 2008).

Ainda sobre a definição de casos, outro dado interessante das entrevistas é que houve uma minoria de relatos de não adesão ao tratamento. Novamente, isto surpreende, haja visto que a noção de CC foi desenvolvida para auxiliar no entendimento entre profissionais de saúde e usuários provenientes de minorias a respeito do tratamento.

Uma primeira possível explicação é que os casos de não adesão, normalmente considerados os mais difíceis, são preferencialmente acompanhados pelos serviços de saúde mental. Ainda assim, fica evidente o impasse entre responsabilidade pelo território e integralidade e a dificuldade de acesso para os pacientes portadores de transtornos mentais

graves, preteridos pela especificidade das estratégias de cuidado. Outra hipótese é que, devido à não adesão ao tratamento nas CF, seria possível que os pacientes “perdidos” não tenham sido “resgatados” por questões internas às equipes (por exemplo, excesso de demanda). Mais uma vez, se coloca o problema da barreira do acesso, já que as discordâncias, que não puderam ser acolhidas ou negociadas por dificuldades estruturais internas, engendraram um ciclo de exclusão e violência estrutural⁹³ (FARMER, NIZEYE, STULAC e KESHAVJEE, 2006).

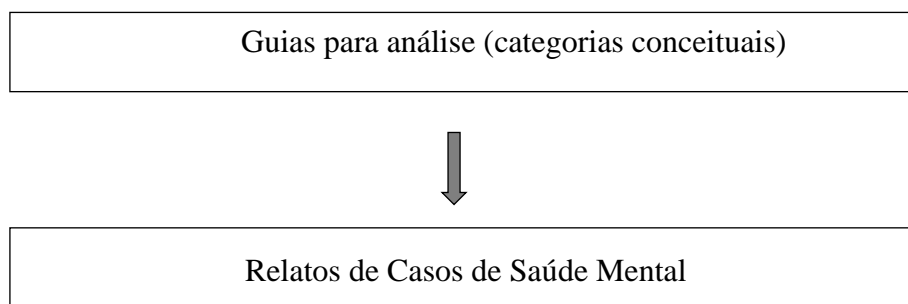
Considerando essa segunda hipótese, dois aspectos são dignos de nota. Referem-se a limitações dessa pesquisa. Não entrevistar outros integrantes das equipes de referência limitou a compreensão do fenômeno da não adesão ao tratamento do ponto de vista profissional. Além de perder a perspectiva das ACS, identificadas como atores centrais no funcionamento das CF nessa pesquisa, os usuários dos serviços certamente teriam muita experiência a respeito dos processos de negociação com os profissionais e com a frequência nos serviços de saúde.

A seguir, alguns relatos foram selecionados de modo a ilustrar as questões acima levantadas e refletir sobre a apreensão da dimensão sociocultural nas práticas em saúde mental na APS. Nem todos os relatos foram incluídos, não só pelo risco de exibir um Mapa Desmedido, mas também porque houve coincidências e repetições nas falas, fazendo supor, então, que as dificuldades expressas não são individuais, mas parte de uma configuração maior e que provavelmente reflete a organização da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

Núcleo Discursivo Significante – Médicos

Figura 5 - Guias para análise e núcleos discursivos significantes

Médicos



⁹³ A violência estrutural é definida pela limitação imposta por estruturas sociais a indivíduos e grupos sociais de realizar seu pleno potencial. Frequentemente, presente há muito tempo e de forma disseminada, é normalizada por instituições estáveis e experiências frequentes. Por ser tão comum em nossos modos de entender o mundo, parece quase invisível. Acesso desigual a recursos de saúde é um exemplo de violência estrutural (FARMER, NIZEYE, STULAC e KESHAVJEE, 2006).



- A receita tem que ser do jeito dele
- Não precisa passar pelo médico
- Tem muita gente com remédio prescrito por outros colegas de outras unidades
- Central de encaminhamentos
- Um caso que a gente tinha que sentar para conversar em equipe
- O que a gente não conseguir fazer, a gente vai passar você para o especialista
- A gente conseguiu por intermédio da agente comunitária dele
- Vamos pensar no que pode ser
- Vamos selecionar os problemas
- Eu não estou tratando a causa
- A experiência do trabalho aqui
- Casal psiquiátrico
- A mãe dele é meio que conivente
- Ele não sabe o que ele tem.

Já tive assim, paciente que gritou comigo, mas era questão de medicação, de receita. A receita tem que ser do jeito dele. Ele tava acostumando com um jeito da receita, de um tempo para pegar os medicamentos e eu tinha colocado com um tempo diferente para pegar [os remédios]. Foi o único problema que eu tive com paciente psiquiátrico. (...) Tem muitas pessoas que eu vejo que são um pouco mais instruídos, daí é fácil de você lidar, explicar. Tem umas que já chegam e não entendem nada. Não sabem para que serve o remédio, nem nada. Também já chegam questionando: vou tomar isso para que? Já outros são bem resistentes para você tentar lidar. Tem várias situações daqui. (Alice)

Na fala dessa médica, é possível perceber a tensão na negociação da prescrição. Ela credita as dificuldades inerentes ao processo à dificuldade de entendimento dos pacientes, relacionada, a seu turno, ao nível de escolaridade e não ao desejo legítimo de ter informações a respeito das substâncias prescritas ou ao formato da prescrição. Parece se tratar de uma compreensão pautada pela subalternização dos pacientes que limita a exploração dos seus entendimentos acerca do cuidado de si mesmo.

No relato de outra médica, a seguir apresentado, focado na automedicação, percebe-se novamente a dificuldade de negociar com os pacientes o uso da medicação.

Eles fazem doações entre si. (risos). Já ouvi de tudo. “Porque minha vizinha tava num sei como e eu dei para ela”. Inclusive uma dessas pacientes minhas que eu tentei matricular hoje, ela tinha falado para mim que ela não tava tomando as medicações do CAPS porque ela tava tomando a medicação que a vizinha, que também fazia tratamento no CAPS, estava tomando. Ela não sabia nem o nome da medicação. Porque quando ela não se sentia bem a vizinha falava “olha, esse remédio é muito bom. Ele me deixa calminha”. Vai a gente tentar explicar que não pode. É bem complicado porque é bem cultural. Eles não acham que tem mal algum. “Se o remédio serve para mim, por que não vai servir para ela que tá parecida comigo? Tá tendo a mesma coisa que eu tava tendo antes. Não precisa passar pelo médico”. Infelizmente, é complicado, mas se você não aproveitar do poder que você tem para tentar mostrar que é uma coisa regrada, não sei o que acontece mais (risos). Mercado negro. Daqui a pouco estão vendendo a medicação (risos). (Beatriz)

Se, por um lado, é possível perceber o tom pejorativo com o qual a médica lida com as iniciativas de automedicação, por outro, ela também demonstra intuir que se trata de um comportamento culturalmente compartilhado por um conjunto de mulheres e que reproduz relações de poder na interação direta com as pacientes, encarnando o poder médico chancelado pelo discurso biomédico.

Outra médica também demonstra apreensão com o uso considerado excessivo de medicação, mas, em seu caso, houve uma percepção ampliada do problema, possível a partir da contextualização desse processo como uma resposta ao próprio sistema e à oferta de outros médicos.

Um dos maiores impactos que eu tive, quando cheguei na atenção básica, foi a quantidade de pacientes que tomavam benzodiazepínicos. Tem muita gente com remédio prescrito por outros colegas de outras unidades. O paciente chega “Ah, não durmo. Toma um rivotril”. E é óbvio que ele vai dormir, mas ele ficava naquela dependência. Tirar esse medicamento me deu muito trabalho. Na verdade, eles nem queriam passar por consulta. Os pacientes chegavam para eu renovar a receita. E tá sendo um trabalho muito difícil, mas eu tento não dar medicamento se o paciente não tem indicação. Muitas vezes se coloca o paciente no grupo. Quando ele faz outras atividades, a dor que ele sente passa. (Camila)

O reconhecimento do uso particular da medicação, demonstrado nos relatos acima, ilustra a questão da incorporação de um instrumento médico (remédio) e sua subversão segundo padrões culturais compartilhados em grupos sociais, configurando um exemplo de intermedicalidade. Todavia, tal reconhecimento por si só não garante o processo de negociação, nem a intuição de que se trata de relação de poder entre diferentes modelos de cuidado (biomédico x leigo). Para tanto, foi necessário aliar o estranhamento do uso (segundo

os padrões biomédicos), a observação de que são muitos os pacientes nessa situação e a contextualização dos modos de cuidar (biomédico x leigo) para elaborar uma proposta de intervenção diversa (inserção em atividades grupais), configurando então uma experiência culturalmente sensível ou de interculturalidade (MENÉNDEZ, 2016).

Uma variação da automedicação, nos cenários investigados, poderia ser a demanda por atendimento especializado e inserção no Sistema de Regulação (SISREG). Embora não se trate de um instrumento médico terapêutico direto, segue aqui elencado por seu caráter de instrumento diagnóstico (avaliação por um especialista) e terapêutico indireto (após prescrição por um especialista).

Ela tem o diagnóstico de fibromialgia e ela veio aqui querendo o encaminhamento para reumato, para ver se tratavam ela. Aí, expliquei para ela alguns métodos não farmacológicos de alívio da dor, mas ela queria o encaminhamento para a reumato. Expliquei para ela que ela já estava usando medicações que eram também medicações que tinham efeito sobre a questão da dor, mas por fim eu encaminhei. Muitas vezes, eles vêm aqui com essa ideia de que a gente é uma central de encaminhamentos. Existe uma cultura na população em geral de achar que a gente é uma central de encaminhamento. Eles acham que só na atenção básica pode ser inserido no SISREG e eles acham que tudo pode ser inserido no SISREG. (Bernardo)

A APS é um dos níveis de atenção do sistema de saúde, responsável pela entrada na rede assistencial. Então, parece interessante que os pacientes saibam disso e estranho que os médicos se queixem dos pedidos por especialistas e exames. O que se notou nas entrevistas é que os médicos com mais tempo de experiência nas CF e mais conhecimento dos recursos do território pareciam lidar com essa demanda de uma forma mais rotineira, o que parece confirmar a importância da continuidade do cuidado como elemento fundamental não só para a ESF, mas também para a capacidade de reflexão acerca das práticas assistenciais para as equipes de saúde (BONET, 2014). Assim, por exemplo:

Não sei se eles percebem ou sentem que você quer o bem-estar deles, por isso você está pedindo ajuda do fulano, encaminhando para outro. Quando chega aqui, a gente já diz, médico generalista, o que a gente consegue fazer, o que a gente não conseguir fazer, a gente vai passar você para o especialista. Acho que eles criam vínculo com a gente por essa história de médico da família. (Ana)

Por outro lado, uma suposição, feita a partir da observação na diferença de manejo entre médicos de família e médicos recém-formados, é que, na unidade B, onde se observou maior rotatividade dos profissionais, talvez o pedido por encaminhamentos externos seja uma estratégia pragmática dos pacientes em relação ao próprio cuidado, de modo a garantir avaliação e acompanhamento, mesmo que haja dificuldades para atendimento com o médico da CF.

A esse respeito, Menéndez (2003) defende que numa pesquisa, ao adotar a perspectiva do profissional ou do serviço, o mais comum é ignorar ou excluir outras formas de atenção ou as criticar, haja vista a tendência de centrar a descrição na forma que cada profissional representa. Incluir as perspectivas e usos dos diferentes atores pode permitir a detecção da variedade de articulações das diferentes formas de atenção potencialmente utilizadas em um dado contexto, já que a maioria dessas articulações é gerada por meio das ações que sujeitos e grupos realizam para reduzir ou solucionar seus problemas.

Nesse sentido, é interessante retomar as práticas de auto-atenção e o lugar que ocupam nas negociações diagnósticas e terapêuticas. Menéndez (2003) as define como representações e práticas empregadas por sujeitos e grupos sociais para diagnosticar, compreender, aliviar, cuidar e prevenir processos que afetam a saúde, sem interferência direta ou intencional de curadores profissionais, tendo caráter autônomo. Estão relacionadas à reprodução biossocial dos grupos, mas também às estratégias de representações das doenças e das práticas de cuidado (MENÉNDEZ, 2003; LANGDON, 2014). Por meio das redes de trocas entre os atores sociais, são transmitidos e intercambiados conhecimentos sobre os processos saúde-doença-busca de cuidado. Assim, as práticas e concepções e, por conseguinte, os modelos de atenção são reconstruídos continuamente (MENÉNDEZ, 2003)⁹⁴.

Menéndez (2003) observa que, em geral, os profissionais de saúde (biomédicos) tendem a qualificar negativamente as práticas de auto-atenção, reduzindo-as a uma questão de automedicação. As equipes de saúde costumam considerar que a automedicação é perniciosa, resultado da falta de educação ou ignorância e comum aos estratos sociais mais baixos. Essas falas costumam surgir a partir de experiências de trabalho pessoais ou são transmitidas oralmente nas instituições de saúde⁹⁵.

Diferente do conceito médico de auto-cuidado, o conceito de Menéndez [de auto-atenção] desloca a ação do profissional de saúde para os atores como coletividade. Enquanto o primeiro trata da adequação do paciente para incorporar os valores e as instruções da biomedicina, o segundo trata de sua autonomia na articulação dos recursos terapêuticos acessíveis, independentemente de sua origem, e na criação de articulações novas (LANGDON, 2014, p. 1026).

⁹⁴ Os modelos de atenção à saúde partem da ideia de que os diferentes sistemas médicos possuem especificidades e se mantêm em contínua interlocução e reconfiguração. Além disso, a articulação entre diferentes conhecimentos e as práticas de cuidado em saúde tem caráter dinâmico e processual.

⁹⁵ Todavia, ele também observa que as pessoas se apropriam e aprendem constantemente a respeito dos indicadores diagnósticos e de intervenções terapêuticas através da relação médico-paciente. Nesse momento, aberturas afetivas e cognitivas são estabelecidas de modo a assumir a prescrição de maneira experiencial. Assim, profissionais, serviços e sistema de saúde deveriam atentar e estimular a auto-atenção como parte central de suas estratégias (MENÉNDEZ, 2003).

Alguns relatos trouxeram a dimensão da integralidade do cuidado.

Uma situação de uma paciente gestante que chegou comigo já numa situação de gestação já muito avançada e falou que queria doar o filho dela, não queria aquela criança. Então, era um caso que a gente tinha que sentar para conversar em equipe para a gente saber o que, como equipe, a gente poderia fazer com ela. Será que chamaria a psicóloga, a enfermeira, faria uma visita domiciliar, enfim. Eu achei muito legal porque a ACS chegou a fazer várias visitas, já tava no final da gestação. A gente acionou a nossa assistente social e nossa assistente social foi até a casa da mãe. Hoje é a mãe, enfim. Foi acompanhar, fazer aquele acolhimento, escuta e explicou quais seriam todos os trâmites e que conversou com a família e ficou dando apoio. Conclusão da história: ela veio hoje na consulta com a filha e fiquei muito feliz porque ela não sente mais essa vontade. Ela falou que pelas conversas que ela teve, principalmente com a ACS dela, que ela tem um contato bem próximo, e com a assistente social, ela entendeu que não adiantaria doar a filha dela. A família está dando todo apoio. Que se ela fosse doar, a pessoa que ficaria responsável pela guarda da criança seria a própria mãe dela, então ficaria ali sempre com a filha. (Camila)

Nesse caso, percebe-se que a integração da equipe e a articulação das ações puderam dar suporte para uma paciente que procurou a CF solicitando orientação para doar sua filha. Tratava-se de uma moça de 20 anos de idade, grávida de 7 meses (não planejou a gestação), já mãe de dois filhos, solteira e sem trabalho. Não é possível discutir esse caso em profundidade por não haver mais elementos da história pessoal da usuária, de seu contexto familiar, nem dos detalhes do manejo do caso. Mas, para além do agenciamento das intervenções planejado pela equipe, há uma questão sutil e que precisa ser ressaltada para dar corpo à reflexão que se segue.

Esse é um dos casos que foram relatados após o pedido de casos difíceis em saúde mental. Contudo, em nenhum momento, há menção a um diagnóstico psiquiátrico. Tampouco há referência ao sofrimento emocional que provavelmente a paciente estava apresentando e que a fez procurar a CF.

O que leva a supor algumas possibilidades para sua inclusão entre os relatos trazidos por essa médica. A primeira é que, pensando em cuidado integral, uma situação pessoal como essa pode ser abordada pela ESF, especialmente porque a paciente procurou o serviço. Por outro lado, o fato da paciente ter ido à unidade solicitar orientação desencadeou um fluxo de intervenções contrário ao que ela solicitou, determinando a permanência da criança consigo e sugerindo que talvez sua fala não tenha sido acolhida.

Essa segunda suposição necessariamente leva a um questionamento dos riscos para a ESF, para o matriciamento, e, fundamentalmente, para as comunidades, de uma assistência culturalmente insensível, ou como Menéndez coloca: “um dos principais constrangimentos às

iniciativas interculturais é o papel da biomedicina e do setor da saúde”⁹⁶ (MENÉNDEZ, 2016, p. 11).

Outro risco que esse caso desvela é a ampliação do que seja considerado caso de saúde mental e assim das intervenções sobre a comunidade.

Um outro relato reforça tal preocupação:

Atendi a uma paciente que está desempregada, com problema em casa e tem um quadro depressivo leve e julguei apropriado, naquele momento, iniciar a medicação para ela, mas acho que não é isso que vai resolver o problema dela. (...) Acabar tratando uma questão que, do meu ponto de vista, é social com uma medicação, não sei se estou fazendo isso da melhor forma. Quando é uma doença, uma bactéria, alguma coisa assim, quando você dá o medicamento e aquilo ali vai resolver, o problema vai ser resolvido. Só que agora o transtorno é depressivo por conta de... eu acredito... o tempo de consulta às vezes também é reduzido e a gente não consegue abordar tudo, mas eu acredito que tenha sido por causa das dificuldades socioeconômicas em casa. E eu tratar aquilo ali com remédio? Eu não estou tratando a causa. Eu falei, acho que vai ajudar, vai melhorar o humor dela, mas não vai ser a solução do problema. (Bernardo)

Nessa situação, o médico consegue explicitar sua preocupação com as diversas dimensões que conformam o sofrimento. Mas fica evidente o impasse colocado pela insuficiente problematização a respeito das causas socioculturais do adoecimento mental, bem como a dificuldade para sua investigação e inclusão no projeto terapêutico, seja por fatores concretos, tais como tempo reduzido de consulta, ou pela insuficiência de recursos teóricos para reflexão e tomada de decisão (MENÉNDEZ, 2003; TARGA e OLIVEIRA, 2012). Nesse caso, o risco de medicalização é gritante.

Agora mesmo, eu tive um caso, de uma paciente, semana passada. Idosa, uma pessoa não dormia, se agitava, aí veio a experiência do trabalho aqui. Um remédio assim. A paciente diabética. Pelo que eu sei da história dela, que eu fico sabendo pelos amigos, vizinhos, que ela, mesmo diabética, bebia muito. Já soube agora no final que ela tava mesmo usando droga. Então, estava mesmo insuportável, na casa, na família, não dormia mais. Teve um dia que ela quebrou tudo, aquela coisa. Aí, veio para cá, mas você não pode pegar uma paciente e internar. E eu fiquei “tenho que ajudar essa pessoa”, “tenho que ajudar essa família”. Vou fazer o que?! Tentar uma risperidona para ela, para ver se ela fica calma. (risos). Aí, depois veio a notícia “dra. não dorme, não dorme”. O que eu faço? Vamos trocar o remédio. Vou dar esse, nessa dose assim e você me dá uma resposta se dormiu ou não dormiu. Mas se tiver uma agitação, se agravar o negócio, você leva nesse endereço aqui, é uma urgência psiquiátrica. Pega, bota num carro e leva porque lá alguém vai fazer ela dormir (risos). Com a risperidona não dormiu. Fiquei aqui “será que eu posso fazer risperidona com zolpidem? Pois num é que deu certo?! (Risos). (Ana)

⁹⁶ Tradução minha.

A relação com a família e com a vizinhança deram subsídios para a médica ter dimensão da gravidade do caso e estabelecer um plano terapêutico gradual, em que foi possível cuidar da paciente sem precisar lançar mão do recurso de internação psiquiátrica (mesmo que estivesse no horizonte – *porque lá alguém vai fazer ela dormir*).

Outro caso, em que a relação com a família e a realização de exame físico cuidadoso possibilitaram a ampliação do processo diagnóstico e terapêutico, é apresentado a seguir:

Na semana passada, foi um paciente esquizofrênico e ele se recusa a tomar as medicações. Ele acha que ele não tem nada. Aí, tinha uma polifarmácia para ele tomar e a mãe dele que tinha pedido consulta para ele e ele veio junto. A mãe entrou sozinha para conversar comigo. Que ela achou que as medicações, ele não estava se sentindo bem. Conversei com ela sobre a importância da adesão ao tratamento e ele já é acompanhado no CAPS. Ele explicou que ele acreditava que era a medicação que estava causando o zumbido no ouvido dele, que ele estava tonto toda hora. Ele achava que tinha relação com a medicação. Vamos fazer exame físico e peguei o otoscópio. Aí fui olhar e era só cera no ouvido dele. Falei que muito provavelmente que aquilo que ele estava sentindo era por conta de uma causa orgânica. Expliquei para ela tudo direitinho. Mostrei as imagens dos canais semicirculares. Prescrevi serumin e mandei retornar para a gente lavar o ouvido depois. Vamos pensar no que pode ser, vamos tentar descartar primeiro essa causa. É uma causa orgânica aparente que pode estar sendo o fator causal desse problema dele. Vamos descartar primeiro isso, tratar primeiro isso e, se não for o caso, se ele persistir, a gente continua na nossa investigação de ver se realmente é algum efeito da medicação e partir para o estudo das medicações. Parece que ele entendeu que podia ser alguma coisa no corpo dele causando isso. (Bernardo)

Esse relato tem alguns aspectos importantes. O paciente e sua mãe começam a consulta questionando a indicação de medicação psicotrópica. Ele acha que não tem nada. A partir da investigação do médico, é que surge a queixa de tontura e que os usuários podem associar a um efeito colateral da medicação. O médico não recusa essa percepção do paciente. A partir do exame físico, surgem outras hipóteses e, sem desqualificar a suposição do paciente, ele faz a prescrição, agenda retorno para uma reavaliação e indica a possibilidade de continuar a investigação se necessário.

Pode-se dizer que se trata de uma negociação bem-sucedida. O paciente e sua mãe foram ouvidos e sua hipótese considerada, havendo um diálogo entre agentes sociais (GREENE, 1998; DA SILVA, 2008). Outro aspecto interessante desse caso é que o exame físico pode ter sido entendido pelo paciente e sua mãe como expressão de cuidado e preocupação e talvez isso tenha sido fundamental para a continuidade do diálogo. Mais ainda, configuraria a dimensão afetiva do aprendizado na relação médico-paciente que permite que o paciente se aproprie do processo de cuidado (MENÉNDEZ, 2003).

Outro caso de negociação de tratamento bem-sucedida é descrito por Antônia. Nesse caso, tratam-se de dois irmãos, portadores de esquizofrenia, sem tratamento regular há muito tempo e dependentes de uma tia idosa.

Só com a tia e praticamente sem recurso algum. Só o Márcio era aposentado e tinha benefício. O Maurício, como não tinha trabalho, não tinha tido carteira assinada porque logo depois ele adoeceu e surtou. Aí, a gente não tinha comprovante nenhum. A gente tentou conseguir algum tipo de benefício, mas pelo fato de o Márcio ter o benefício e a tia, os três morando juntos, a gente não conseguiu. A gente ajudava no que podia. A gente conseguiu, por intermédio da agente comunitária dele, que faz parte de um grupo da igreja e a gente conseguiu limpar a casa, pintar, arrumar. Assim, a gente faz uma vaquinha e fornece alimentação para eles. (Antônia)

A partir dessa fala, pode-se observar a fragilidade da situação, contornada a partir da interação dos usuários, da tia, da equipe da CF e de uma ação social da igreja, intermediada pela ACS responsável por essa família. Essa médica ainda relatou outros casos em que, além da negociação do cuidado entre equipe e pacientes, outros atores do território foram incluídos. Ela associou os casos e a intermediação por muitos a partir da percepção de uma conjuntura que ela identificou como de fragilidade socioeconômica da população sob sua responsabilidade.

A inserção da família aparece em outros relatos dos médicos.

A minha consulta, às vezes, o pessoal fica até chateado porque vem casal. Saber que tem um marcado, mas o outro vai pedir receita para ele também porque tá vencendo a receita dele. Boto aqui como demanda. Tenho paciência. Aí eu acho que eles sentem certo apoio. Vem tudo dessa parte psicológica, de escutar. (Ana)

Eu falei: “vamos selecionar os problemas aqui, ver o que está mais te incomodando agora porque a gente não dá conta de resolver tudo em uma consulta. Vamos resolver isso que está te incomodando agora e vamos marcar mais uma consulta para você”. Aí ela pediu para marcar uma consulta para a filha também. (Bernardo)

No primeiro relato, a médica com mais experiência, nem se surpreende com o pedido de um casal ou família para ser atendido em conjunto. Ela até tem estratégias para manter seu processo de trabalho e dados de produtividade ajustados para tais situações. No segundo relato, embora o médico estivesse tentando individualizar a consulta para a paciente, ela pediu que se estendesse a toda família. Embora os relatos de atendimento familiar não tenham sido tão frequentes entre os entrevistados, essas duas situações trazem à tona uma característica importante para a saúde da família que é a consideração do núcleo familiar como unidade de acompanhamento, mesmo que a tendência tradicional (biomédica) sejam os atendimentos

individuais. Isso talvez seja intuído pela médica ao classificar o atendimento familiar como *vem tudo dessa parte psicológica, de escutar*.

Todavia, não é sempre que a família é representada positivamente na experiência dos médicos. Para ilustrar tal situação,

Teve um caso que os dois, eles são até um casal psiquiátrico [sic]. Eles ficaram super grave e até proibiram a entrada da gente lá no prédio. Eles deixaram os porteiros avisados para não deixar ninguém entrar, ninguém subir. Mandaram mensagem dizendo que achavam isso uma invasão de privacidade, que eles não queriam mais saber de ninguém, que, se eles quisessem, teriam vindo até a clínica para procurar tratamento, ajuda. (Alice)

O outro está abandonando o tratamento e a gente vai fazer uma busca ativa com o CAPS para ver se consegue uma resposta melhor. Mas ele já falou que ele tá ótimo. Ele chegou querendo doar as pernas aqui na clínica e foi internado nessa época (risos). E aí ele saiu de alta com a prescrição para fazer uso contínuo e ele não vem renovar as receitas. Ele não vem às consultas. Faço encaminhamento para ele fazer um atendimento ambulatorial e ele diz que não pode ir porque arrumou um trabalho novo, que ele está ótimo, entendeu? Agora estou tentando ver se eu consigo marcar com alguém do CAPS que ele tem vínculo para ir até a casa dele para poder conversar melhor a respeito de tudo isso (riso). E tentar reforçar, por mais que eu já tenha conversado com o pai dele e tudo mais. Mas eu preciso me encontrar com ele para poder reforçar a questão da adesão do tratamento. O pai veio, mas a mãe dele é meio que conivente com o filho. Ela acha também que o filho tá muito bem, que não precisa fazer o tratamento (risos). Eu pedi para as meninas irem, as agentes comunitárias. A visão que elas tiveram e me repassaram, é como se a mãe fosse aquele estigma assim “meu filho não é doido. Meu filho tá bem. Ele está trabalhando. Tá feliz no trabalho dele. Tá vendo só, como não precisava dessa medicação? (Beatriz)

Nessas duas primeiras falas, os familiares são vistos como um empecilho para realização do acompanhamento médico porque questionam o diagnóstico e as propostas terapêuticas e, em última instância, o discurso biomédico sobre o sofrimento mental. Além disso, as médicas não reconhecem a legitimidade da escolha dos pacientes em não receberem visita domiciliar ou não se identificarem com o diagnóstico. O “*casal psiquiátrico*” ou a “*mãe conivente*” são expressões fortes que denotam a desqualificação das perspectivas dos pacientes e familiares e o lugar marginalizado delegado aos familiares, o que, por sua vez, inviabiliza a negociação de outras possibilidades de intervenção mais inclusivas (por exemplo, incorporando verdadeiramente a perspectiva das ACS e dos profissionais do CAPS) e menos estigmatizantes (considerando a escolha sobre quem pode visitar a própria casa – no caso de Alice; ou a inserção no trabalho como uma saída que aumenta a agência e valor simbólico do paciente – no caso de Beatriz).

O paciente veio hoje comigo falar, trouxe encaminhamento do Serviço Z para fazer acompanhamento clínico. Já estava sendo acompanhado lá. Perguntei “por que você está sendo acompanhado no Serviço Z? [ele disse] Não sei, estou sendo acompanhado pelo psiquiatra. Ele é um paciente totalmente lúcido, orientado, enfim... Falei: “você sofre, você chora? [Ele disse] Não. Passei mal uma vez”. Ele passou mal, deu entrada na emergência e de lá encaminharam para o acompanhamento com a psiquiatria. Ele toma risperidona,, mas ele não sabe para que ele tá tomando aquele remédio. Ele não sabe o que ele tem. Ele fala que tem problema na cabeça. Isso me chamou atenção porque, muitas vezes, o paciente realmente não sabe. Ou o paciente tem hipertensão, câncer e pode ter qualquer outra doença, mas se for uma questão de saúde mental é doença mental e ele não consegue diferenciar o que ele tem. (Camila)

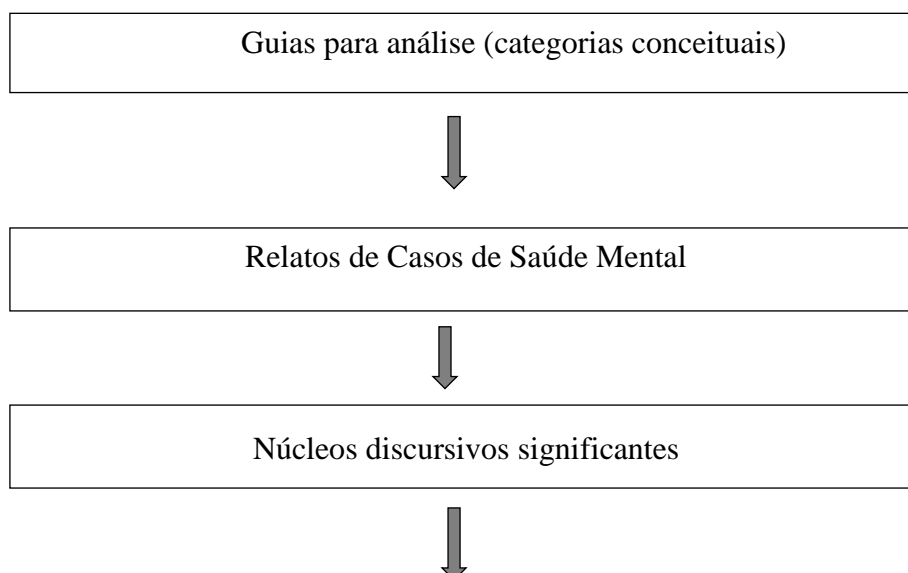
Nesse caso, percebe-se o assombro da médica de família com a ignorância do paciente sobre seu diagnóstico. Na comparação, que faz ao final, com pacientes portadores de outras condições (clínicas), desvela a impressão de desqualificação do paciente portador de transtorno mental que nem é informado sobre seu quadro pelo psiquiatra.

Há um detalhe importante nessa cena. O paciente chegou com encaminhamento para a médica da CF. E nem o documento com os dados do paciente para a médica tinha informações sobre seu caso (por exemplo, diagnóstico). Tal fato estimula a curiosidade sobre o tipo de relação que o psiquiatra ou outro profissional de saúde mental que encaminhou pretende estabelecer com a médica ou com a CF. Talvez o efeito desse conjunto de desvalorizações seja o paciente ter dito à médica que nem conta muito com o atendimento dela. Pede então que ela faça um encaminhamento para um atendimento especializado em acupuntura pelo SISREG.

Núcleo Discursivo Significante – Matriciadores

Figura 6 - Guias para análise e núcleos discursivos significantes

Matriciadores



- Eles sofrem porque a cultura deles é de dar continuidade às questões familiares
- Eu corresponsabilizo eles o tempo inteiro.
- E começaram os dois a trocarem informações sobre a Paraíba
- A sensação que eu tive, quando eu cheguei lá, parecia que eu tava em outro mundo
- A gente tá lá exercendo outro papel. Sim. É difícil separar essas relações
- Porque o que aparece pelo médico ou pelo enfermeiro é o que chega em consulta. Mas os agentes comunitários chegam da rua, chega da visita.

Angolanos. E eles vêm com uma questão religiosa. Eu comecei a perceber isso tem pouco tempo. O sofrimento desses caras está muito relacionado à questão da religião... E com muitas questões relacionadas à cor, relacionada à cultura, nossa cultura que é diferente da deles. Relação homem-mulher, como elas se posicionam com seus esposos, com seus filhos. É diferente. Eu falo “olha, a gente pode pensar isso juntos com o tempo. Eu comecei a pautar isso nas reuniões de matriciamento. Se eles tinham percebido a diferença da forma de cuidar da saúde, até da forma de cultuar o cristianismo, que a gente precisava começar a pensar nisso para promover o cuidado específico para aquela família. De um olhar mais delicado, qualificado. Eles sofrem com a violência porque eles acreditam muito nos outros, segundo eles. Eles sofrem porque a cultura deles é de dar continuidade às questões familiares. Você percebe que os adolescentes que nasceram no Brasil, estudaram no Brasil, nas nossas escolas, eles têm um pensamento muito diferenciado. Muito diferente dos pais. Isso é muito difícil para a mãe e para o pai. O pai não tem chegado. O pai geralmente trabalha muito. A mãe tem chegado mais. Eu não tenho uma vertente específica para lidar com isso, mas eu acho que a partir dessa sensibilidade, de tá junto, a gente vai começando a dar lugar para essa demanda que tá chegando.
(André)

Esse matriciador deu como exemplo de casos em saúde mental uma população de imigrantes angolanos com sofrimento emocional que ele associa a dificuldades de inserção na sociedade brasileira, não só por seu conjunto de valores (continuidade familiar, religião, trabalho), mas também pela necessidade de trabalhar muito e pelo preconceito que têm sofrido – materializado pelo racismo. Essa situação foi apresentada ao final da entrevista, no último dia na unidade A, e foi absolutamente surpreendente, pois todas as médicas já haviam sido entrevistadas e nenhuma mencionou esses pacientes.

Esse assombro, associado ao trabalho de comparação das entrevistas e análise, levou ao questionamento do espaço da consulta individual na detecção da diversidade sociocultural. Os médicos sinalizaram a empatia, a escuta ativa e a elaboração do projeto terapêutico singular como instrumentos para uma prática culturalmente sensível. Todos aplicáveis em

contexto de consulta médica, mas limitados à capacidade inter-relacional e assim à possibilidade de apreensão de fenômenos mais individuais.

Por outro lado, o modo de condução apontado por esse matriciador – não ter uma vertente ou um instrumento específico – se aproxima da proposta de Guilherme e Dietz (2014), que consiste em prescindir de protocolos e, a partir do reconhecimento do estranhamento e da insuficiência de saberes, buscar a aproximação e o diálogo.

Tal desprendimento também se observa no relato que se segue:

Eu tinha uma usuária complicadíssima, complicadíssima, complicadíssima... (ênfase) e fazia escândalo lá na frente, brigava, fazia o escarcéu. E não uma vez. Várias vezes. Uma vez ela chegou para a academia. Fiz avaliação dela, normal. Em menos de um mês, era outra pessoa. Todas as queixas que ela me trouxe no dia da avaliação, já não traz mais. Pelo menos é de uma forma mais consciente. Ela inclusive vai para o CAPS agora. Foi transferida para o outro CAPS e “já veio “poxa, me transferiram para lá. Eu não queria ir”. “Mas lá é tranquilo de ir. Em vez de você andar x, você vai andar y e chegar no mesmo lugar, fica tranquila. Agora, você tem que começar a conversar com seu psiquiatra novo para você diminuir a sua medicação”. [A paciente disse:] “Mas eu não quero perder o vínculo com o CAPS”. “Precisa. Você já não tá se sentindo bem? Então agora está na hora de você começar a conversar com ele. Ele não vai tirar essa medicação toda de uma vez, mas, aos poucos, ele vai tirar metade de um comprimido. Devagar e sempre, você não vai tirar a medicação toda e ficar 100%. Vai ficar ainda nuns altos e baixos, mas vai conviver bem até um momento em que você vai tirar a medicação”. [A paciente disse:] “Mas a medicação faz muito bem para mim”. “Eu sei que faz e é por isso que você está tomando. Mas, ao mesmo tempo, eu sei também que faz mal para o resto do seu corpo. Então, agora que você já se entende bem, vamos começar a buscar outras formas”. [A paciente disse:] Vou pensar”. Já é alguma coisa. A equipe em si já estava num estado de “não quero mais”. Mas é o que te falei, eu responsabilizo eles o tempo inteiro. (Daniel)

Além da aproximação, outro passo importante foi a intermediação do cuidado oferecido – atendimento em conjunto com um CAPS e auxílio no manejo da medicação –, no sentido de que considera o que a paciente fala, mas, na devolução de informações de saúde, faz sempre de modo contextualizado com a história dela, o que aumenta as possibilidades de incorporação desses conhecimentos e práticas em seu conjunto de ações de auto-atenção.

Na fala que se segue, podemos observar outro relato associado ao uso de medicação, mas um encaminhamento diferente dos dois primeiros casos.

Recebemos uma semana passada que está aqui há 10 anos e ela falando dessa vontade de voltar. Ela era da Paraíba. Ela foi para o grupo de saúde mental porque ela é muito ansiosa, toma várias medicações e não consegue dormir. Ela falando um pouco da história: o marido dela é usuário de drogas e o filho dela de 20 anos também é usuário de drogas. Esse marido foi preso na Paraíba e eles se juntaram lá, a família dos dois são de lá e ela teve dois filhos com esse marido dela. O segundo filho, mais novo, ela teve, o marido estava preso e a família retirou. Pegaram a criança e disseram

que ela não teria dois filhos de um vagabundo. Então, ela foi falando isso e foi a primeira vez que ela foi no grupo. Ela foi chorando e falando dessa vontade de voltar para a terra dela. Foi aparecendo muito isso. E várias pessoas do grupo também eram do Nordeste. Um senhor que a esposa morreu na mesma semana e a família dele também é da Paraíba e eles começaram a falar das cidades, as cidades dos dois são vizinhas. As cidades eram vizinhas na Paraíba. E começaram os dois a trocarem informações sobre a Paraíba, por exemplo. Nunca se viram. (Elisa)

Nesse relato, a matriciadora, descreve um atendimento em grupo que viabilizou o encontro de duas pessoas oriundas de uma mesma região. Nesse encontro, puderam compartilhar memórias. Como no caso dos relatos de alguns médicos, a escolha por descrever essa situação suscitou dúvidas. Por que ela relatou esse episódio? O que está implícito nessa cena? A matriciadora parece querer defender sua hipótese de que uma *fragilidade socioeconômica*⁹⁷ – nordestinos que não conseguiram se estabelecer na cidade – como determinante no processo, se não de adoecimento, pelo menos no de medicalização. Ela associa o excesso de medicação e insônia na mesma formação discursiva.

Há um raciocínio nesse trecho que associa elementos de desigualdade social (renda, escolaridade, ocupação) a piores condições de saúde e que não permite que a profissional aproveite de modo mais abrangente e sistematizado sua própria observação de que pessoas podem conformar novas relações e sentidos numa atividade grupal.

Mas a gente vê que tem muito a ver com o meio. Por exemplo, eles banalizam algumas coisas. Vamos falar, por exemplo, de violência. Você falou do exemplo do transtorno mental grave, mas vou dar o exemplo da violência. A própria questão do abuso sexual. Às vezes, você atende família onde isso acontece, você detecta, você quer tratar, mas você ouve das próprias famílias que a própria menina era safadinha. Que a própria mãe foi abusada pelo avô, pelo pai, que tipo assim, que era natural nas gerações futuras isso acontecesse. Existe uma banalização de algumas coisas lá. Você pode dizer para eles de algumas coisas de DST's, de doenças, algumas coisas, que isso não assusta. Você pode mostrar o pior quadro que a doença pode levar e é tão cultural deles, aquele meio, o ritmo do baile funk, a promiscuidade, a forma como você vende seu corpo para conseguir uma droga, para conseguir um dinheiro. Quando você está falando algumas coisas parece que você está em outro mundo. A sensação que eu tive quando eu cheguei lá parecia que eu tava em outro mundo. Eu costumo dizer que a Favela X foi minha escola de vida (risos). (Bianca)

Nesse trecho, percebe-se que a matriciadora observou um padrão de relações de violência, numa determinada população, tomada como natural pelos usuários (*era natural nas gerações futuras isso acontecesse*). A favela descrita é uma das regiões mais violentas e

⁹⁷ A matriciadora utilizou a expressão fragilidade sócio-econômica algumas vezes durante a entrevista. Quando questionada a que se referia, respondeu que entendia que tal termo se aplicava a populações em situação de vulnerabilidade sócio-econômica e “desfiliação cultural”.

segregadas da cidade para mulheres e homens. Contudo, o reconhecimento do padrão de comportamento e seu caráter sociocultural não impediram que ela tenha concentrado seus esforços em respostas biomédicas (*Você pode mostrar o pior quadro que a doença pode levar*), que não dialogam com a experiência dos usuários a seu turno.

Tal abordagem, centrada no reconhecimento das "diferenças" entre profissionais e usuários, que supõe que os grupos sociais são homogêneos entre si, vistos quase como uma entidade separada do resto da sociedade, além de desconsiderar as diferenças internas, tem sido apontada como falha na promoção de uma negociação intercultural (MENÉNDEZ, 2016).

A relação com a diferença se reproduz dentro da equipe de saúde na interação com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Isso pode ser percebido no caso descrito por Elisa, a respeito de uma família acompanhada pela CF, na qual uma das filhas tem autismo. O pai foi preso, a única fonte de renda é a da mãe, que precisa trabalhar e a menina passa o dia circulando pela vizinhança sozinha. Elisa comenta a relação com a ACS:

A ACS ficava julgando porque conhecia muito tempo e ela ficava “não, não vou ficar falando com ela porque eu conheço a raça”. O pai matou um monte de gente. Porque ele tem história, porque ela mora lá desde criança e sabe o que o pai fez ou não fez e fica julgando que se for falar com a mãe, a mãe vai achar ruim, vai falar para o pai porque acha que já conhece o suficiente nem para intervir. Isso é muito louco. As vezes têm medo porque conhece, mas a gente não tá lá enquanto um vizinho fofoqueiro. A gente tá lá exercendo outro papel. Sim. É difícil separar essas relações. As vezes também de achar que aquilo não tem mais jeito. (Elisa)

Há um reconhecimento de que os ACS são profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, um esquecimento de que, como todos nós, eles têm um conjunto de conhecimentos e valores. Mais ainda, o preconceito e exclusão, atualizados na fala e na recusa de abordagem da ACS, indicam relações de poder internas à comunidade que regulam as dinâmicas de interação de todos os habitantes (inclusive os ACS). Os ACS integram a equipe exatamente por representarem o saber local e, nesse sentido, ocupam o difícil papel de intermediadores culturais.

Grande parte dos casos quem traz são as agentes comunitárias. Se não aparece por elas, dificilmente vai aparecer por outros. Porque o que aparece pelo médico ou pelo enfermeiro é o que chega em consulta. Mas os agentes comunitários chegam da rua, chega da visita. Eles precisam fazer um determinado acompanhamento e não necessariamente aquela pessoa faz aquela regularidade porque ela entende que não precisa, porque ela associou com outro tipo de tratamento, às vezes da igreja, ou que toma garrafada e ela acha que não é tão necessário fazer. (Elisa)

Nessa formação discursiva da mesma entrevista, observa-se outra perspectiva mais positiva da intervenção dos ACS. Trata-se de um relato sobre a dificuldade de receber pacientes usuários de álcool e drogas e moradores de rua. Eles só chegam ao serviço se forem trazidos pelos ACS. Embora pareça incongruente com o relato anterior, desvela as possibilidades de incorporação e negociação dos saberes e valores das comunidades na medida em que as particularidades de cada ator social (inclusive dos ACS) são consideradas e contextualizadas.

4.4.5 Abordagem planejada nas reuniões de matriciamento

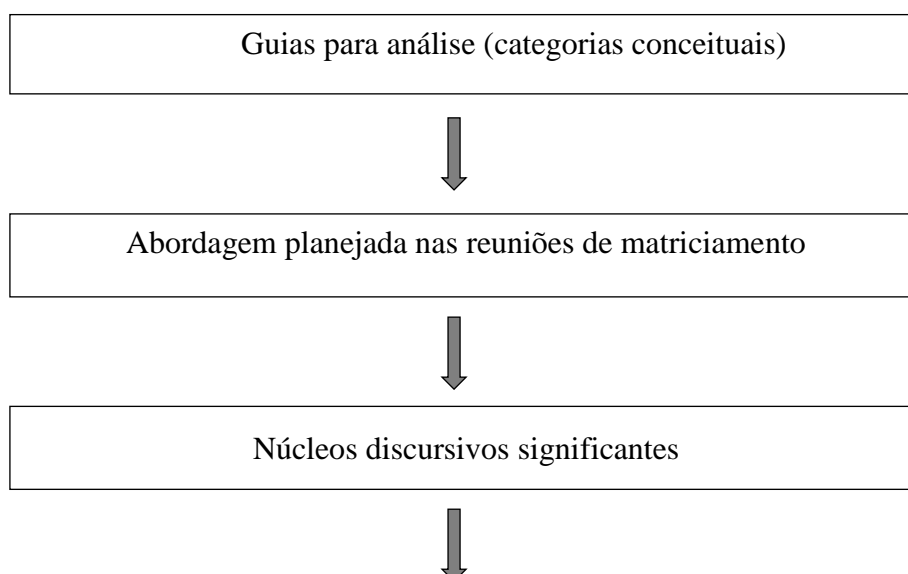
A parte final das entrevistas aproveitava os relatos de caso trazidos pelos profissionais e buscava encadear o questionamento sobre o papel do matriciamento nas negociações de tratamento. Perguntou-se como se dava a discussão dos casos de saúde mental no matriciamento.

Houve diferença novamente entre os relatos dos médicos e matriciadores.

Núcleo Discursivo Significante – Médicos

Figura 7 - Guias para análise e núcleos discursivos significantes

Médicos



- Direcionamento
- Liga diretamente
- Nada como um especialista
- Nada como um especialista para dizer esse é melhor
- Atendimento junto
- A primeira avaliação com o auxílio do psicólogo do NASF
- A gente aqui na parte clínica
- A gente sempre conversa juntas
- Conseguiu conversar sobre isso, todo mundo junto
- Interconsultas
- Me ajuda muito a manejar
- Para discutir sobre aquele caso pra saber o que fazer

Principalmente com pacientes que já vêm de internação, vêm de alta e aí falam: agora é na clínica da família. Só que aqui a gente não tem psiquiatra. O paciente vem: “mas eu não tô conseguindo ficar acordado, dra. Não vou conseguir trabalhar. Essa medicação me deixa muito grogue. Eu fico com muito sono, não sei que”. E aí? Eu não tinha coragem de falar assim “vou reduzir isso daqui ou vou reduzir aquilo dali”. Só se fosse algo que eu tivesse mais familiaridade. (...) Realmente eu preciso de um direcionamento. A Nara (psiquiatra) chegou e hoje eu consegui ajustar esses casos com ela. (Beatriz)

Então, medico, inicio tratamento, marco outras consultas. A gente tem um grupo de saúde mental, eu tinha comentado com você, né? A gente vai conduzindo esses pacientes aqui mesmo. Quando é um caso mais complicado, paciente de difícil adesão ao tratamento e o paciente já está tomando diversas medicações, esse paciente a gente encaminha para o ambulatório de psiquiatria. Converso com a Bianca e ela liga diretamente para o ambulatório para ele ser avaliado por um psiquiatra porque já foge do meu controle. (Camila)

Nos dois relatos acima, pode-se observar a relação com casos difíceis a partir da perspectiva médica. Entre os critérios, estão pacientes oriundos de internação psiquiátrica (provavelmente portadores de transtorno mental grave, por exemplo, esquizofrenia) e que usam medicação psicotrópica variada⁹⁸. Não se pode afirmar que se trata somente de

⁹⁸ Não podemos afirmar se em excesso também e tal observação é importante porque dá uma ideia de como os médicos se sentem mais inseguros em manejar interação medicamentosa do que uso abusivo de medicação – vide relatos de casos em seção acima descrita.

insegurança de médicos jovens (Beatriz e Camila), pois, em relatos de outros médicos, tais queixas também foram mencionadas.

Num primeiro momento, tal observação causou espanto, mas considerando a articulação entre as diferentes esferas de cuidado, intermediadas pelo apoio matricial, faz sentido que os casos graves (inclusive os de não adesão ao tratamento) sejam encaminhados para atendimento especializado em saúde mental.

Mas a minha dúvida é: essa receita até quando posso ficar renovando? Eu só estou renovando receita da psiquiatra. Antes eu tinha psiquiatra que me ajudava. Que era do NASF. Vinha, me ajudava, ajudava a gente, fazia matriciamento com a gente. Nada como um especialista para dizer esse é melhor. Ou esse dá efeito colateral, ou esse, não. A gente combina esse com esse e dá certo. Isso é o que eu sinto falta. (Ana)

Acho muito complicado fazer o diagnóstico porque são pessoas com muitas questões, muitas coisas, então... Fico insegura em relação a ir pelo caminho do diagnóstico e “é isso e vai usar isso, isso e isso”. São pacientes que a maioria já chega para a gente tomando muitas medicações. Aí, eu acho muito complicado. Agora a gente não tem mais o psiquiatra. (Antônia)

Eu tento fazer o meu melhor. Li os manuais técnicos da prefeitura sobre saúde mental. Acho que é muito difícil fazer o manejo de medicação de saúde mental. Não é uma coisa que eu tenho vergonha de falar, eu acho difícil usar as medicações. E não acho que todos os casos, só a medicação, pelo contrário, a maioria dos casos só a medicação não vai resolver. (Bernardo)

Os relatos acima colocam duas questões relevantes para o matriciamento. A primeira é a construção diagnóstica. A posição marginal da disciplina de psiquiatria nos cursos de graduação médica e os parâmetros “abstratos” de avaliação (alterações de comportamento), sem correlação orgânica evidente, faz com que a maioria dos médicos tenha dificuldade em articular e integrar os relatos dos pacientes, dos familiares, exame psicopatológico, história de vida, entre outros aspectos relevantes. Além disso, e talvez devido a isso, a combinação de medicações que tratam sintomas (e não a causa orgânica) cause espécie.

Não à toa, os médicos comentaram em diversos momentos da entrevista que se sentiriam mais seguros com a opinião de um especialista. Ou seja, um psiquiatra. Todos reconheceram a importância de um matriciador em saúde mental no planejamento da condução dos casos, mas a questão da medicação também esteve presente em todas as entrevistas com os médicos.

Menéndez (2003) aponta que a investigação dos usos de medicação é uma das vertentes da auto-atenção que precisa de mais atenção. É necessário um melhor entendimento

do fenômeno da automedicação, mas também da penetração das tecnologias biomédicas, nesse caso materializada pela medicação, nas práticas de cuidado dos grupos sociais.

Não foi possível aprofundar esse tema nessa pesquisa, mas, considerando os relatos da demanda dos pacientes por encaminhamentos para especialistas (e inserção no SISREG) e da demanda dos médicos de família por especialistas (para orientar quanto a prescrição), corrobora-se a sugestão de Wenceslau e Ortega (2015) quanto à necessidade de mais estudos a respeito da inserção do matriciamento na ESF.

Em alguns relatos, o matriciamento foi entendido como uma ferramenta para integralidade e inclusão dos usuários.

Acho que é importante o atendimento junto. Se eu sou clínico e o sujeito veio aqui para um problema clínico, mas você percebe que ele tem um problema psiquiátrico, o NASF vem com o matriciamento e te ajuda a entender aquele sujeito lá, tem o tratamento clínico para quem ele já tem a confiança e... (Ana)

A gente faz a primeira avaliação com o auxílio do psicólogo do NASF, que é uma pessoa bem disponível. E a gente faz essa avaliação junto e em cima disso e a gente [diz] “vamos ter que encaminhar? Vamo”. Geralmente, nossos pacientes, a referência é o Serviço Z e a gente agenda para lá, para a saúde mental. Lá eles avaliam, lá tem equipe multidisciplinar. Eles ficam fazendo acompanhamento lá, dependendo do caso, não só com psiquiatra, mas também com a psicologia e terapia ocupacional. E com a gente aqui na parte clínica, renovação de medicação, quando tem algum problema, eles referem para gente e a gente tenta resolver dentro do possível. (Antônia)

Como funciona o fluxo aqui: o paciente chega e passa por uma consulta comigo e todo paciente que eu detecto questões de saúde mental, eu marco consulta com a nossa psicóloga, do NASF, que é a Dra. Bianca. A gente sempre conversa juntas e fechando um diagnóstico para esse paciente, transtorno mental leve, transtorno de humor, depressão, ansiedade, transtorno de humor bipolar, esses transtornos mais leves, a gente conduz aqui. (Camila)

A discussão dos casos parece ter sido oportuna na definição das situações que seriam absorvidas completamente pela CF ou que seriam compartilhadas com serviços especializados em saúde mental. Todavia, em alguns casos clínicos relatados em seção acima (relatos de casos), foi possível perceber que o encaminhamento para outros serviços ficou centralizado pela mediação dos matriciadores. Tal como se observa no comentário abaixo:

Sim. Ele tem os atendimentos individuais dele. Ele faz um acompanhamento para ver se tem necessidade desse encaminhamento. Como o NASF não tem esse vínculo de terapia, ele tem alguns grupos que ele faz aqui. (Antônia)

Esse relato sugere que as relações entre profissionais da ESF e serviços de saúde mental ainda não se dá de forma orgânica. Muito provavelmente, há questões de ordem estrutural envolvidas nesse trâmite, como, por exemplo, gerenciamento das agendas dos

profissionais, existência de reuniões entre serviços nos territórios. Nessa pesquisa, foi possível levantarmos hipóteses para essas dificuldades. Para fins de articulação ao debate em construção na tese, pode ser que tais dificuldades na intermediação, seja por questões estruturais, seja por outras dificuldades relacionais (entre profissionais), apareça como um índice de fragilização ou precariedade, como observado no diário de campo, da ESF como política pública.

Nos relatos que se seguem, os médicos explicitam como avaliam a articulação do cuidado no apoio matricial.

Acho que acaba faltando tempo de fazer mais essas, essas interconsultas. Mas eu gostei, achei bem interessante. (Alice)

Sempre foi assim, marca interconsulta. (Ana)

Foi nessa reunião junto com o NASF que a gente conseguiu conversar sobre isso, todo mundo junto. Ter um tempo na agenda, no nosso cronograma, para isso é muito importante. Apesar de eu achar que ainda é insuficiente. Acho que tinha que ter mais vezes, acho que esses profissionais tinham que ter uma disponibilidade maior aqui na clínica, foi bem produtivo e ter isso registrado. Não é uma conversa de corredor. Não é um bate-papo, te encontrei, falei. É uma coisa organizada, né? É uma pena, eu vejo assim, não ter mais. (Bernardo)

Acho sensacional. O NASF daqui, diferente da outra clínica que eu trabalhei, é muito completo. Tem muitos profissionais. Então, é uma reunião que acaba sendo muito rica. Às vezes, existem muitas queixas para um paciente só. Eu, como recém-formado, cheio de limitações técnicas, acho que me ajuda muito a manejar as coisas que eu não me sinto muito à vontade de manejar sozinho. (Bento)

Então, eu tento fazer esse vínculo e eu tô conseguindo ficar bem próxima da psicóloga do NASF. A gente está sempre discutido os casos. A gente faz interconsulta todo mês. A gente separa um turno da manhã e uma data específica só para fazer esses atendimentos. (Beatriz)

Toda terça-feira à tarde nós temos reunião de equipe e o NASF tem o calendário deles. A gente separa aqueles casos que são mais complicados para discutir com a enfermeira, as ACS, toda a equipe do NASF para discutir sobre aquele caso pra saber o que fazer. A maioria dos pacientes psiquiátricos eu nem chego a levar para discussão porque não tem muito o que se discutir quando é um quadro mais leve. Já passo diretamente para psicóloga, marco a consulta direto com ela mesmo. (Camila)

Essencialmente, duas possibilidades de interação foram ressaltadas – interconsulta e reunião de equipe. Nos dois casos, são estratégias de manejo de casos e de transmissão de conhecimentos tradicionais na medicina. E é importante ressaltar isso também, pois aparentemente o apoio matricial tem reproduzido a lógica biomédica de interação, o que pode ter repercussões para a apreensão e a transmissão das dimensões sociais, culturais e políticas

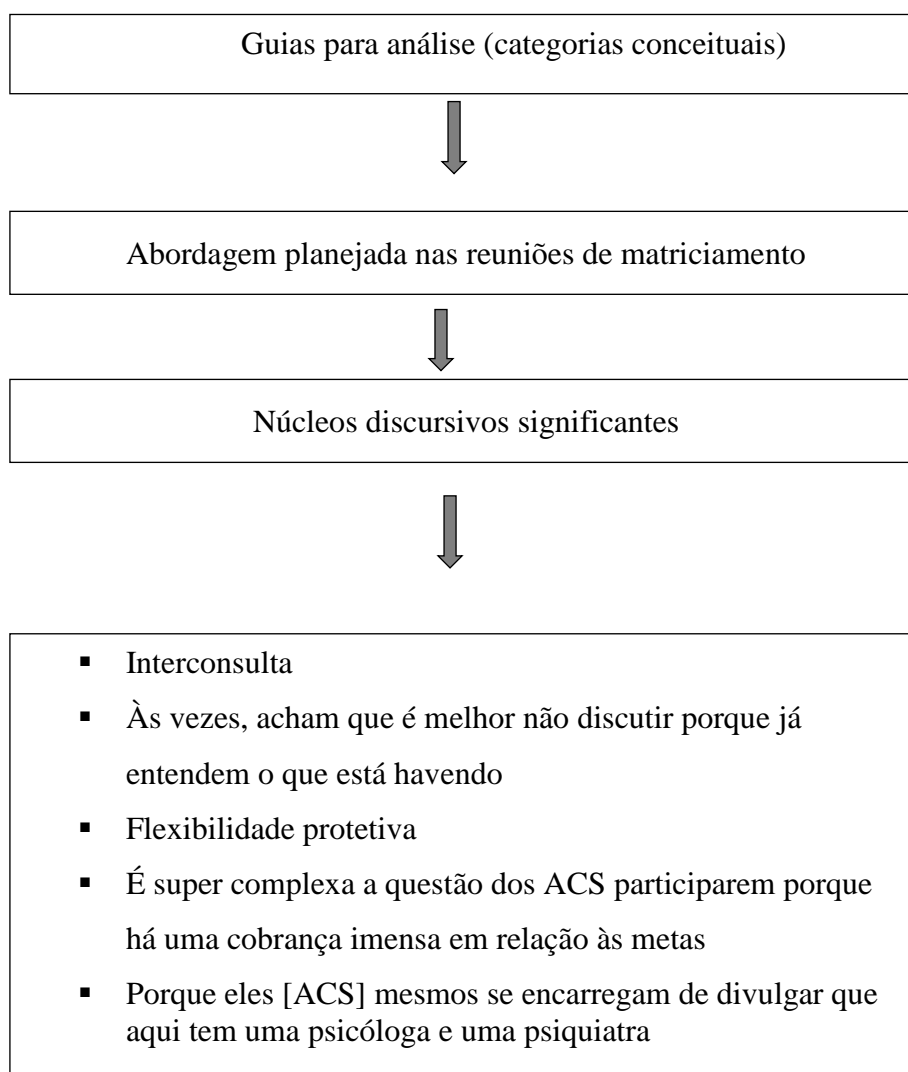
dos grupos sociais que interagem com as CF. Além disso, é necessário atentar para a omissão de atividades pertinentes à ESF, tais como atividade em grupo e visitas domiciliares, que são consideradas ferramentas importantes de educação permanente do matriciamento.

Em seguida, será possível comparar a perspectiva dos matriciadores.

Núcleo Discursivo Significante – Matriciadores

Figura 8 - Guias para análise e núcleos discursivos significantes

Matriciadores



Nosso papel no primeiro momento é, tá, o Joãozinho. “Qual é a questão dele? A equipe já conhece? Não conhece o paciente. Vamos conhecer primeiro?” A gente orienta o que ele deve fazer. (...) A gente preza pela interconsulta porque a ideia é o quê? O profissional junto com a gente veja o que a gente faz. Daí para gente poder dar instrumentos para eles também. A gente vai mostrando todos os materiais de apoio. Algumas técnicas, algumas coisas que a gente pode compartilhar. (Bianca)

Nessa fala, a matriciadora descreve duas estratégias utilizadas para elaboração do caso. Inicialmente, a discussão em equipe e a indicação do caminho de investigação do caso pela equipe e a interconsulta. Os dois percursos corroboram a impressão de que tem havido uma reprodução da lógica biomédica.

No seguinte relato, André explica que alguns médicos têm vergonha de discutir suas dificuldades na reunião de matriciamento e, por isso, preferem a interconsulta.

Na interconsulta. Porque a gente tá com o problema ali na sua frente. Geralmente, muitos deles não levam essa questão para o matriciamento. Eu percebo que essas questões não são levadas para o matriciamento. Tem uma dificuldade de expor a sua dificuldade de manejo. (André)

Eles [equipe de referência] às vezes acham que é melhor não discutir porque já entendem que o que está havendo é o que a pessoa necessita e já marca direto com a psicóloga, mas isso às vezes perpassa por outras coisas que se perdem no caminho se só olha aquela demanda específica. (Elisa)

Quando você vai matriciar ou fazer qualquer tipo de abordagem, não adianta você ir blindado com qualquer conceito que você acredite que aquilo lá teria que acontecer. Se você se blindar, você (só) vai fazer aquela ação. Se aquela ação não deu certo, “opa, deu errado”. Não temos mais opções. Isso porque eu tô blindado com o que tinha que dar certo. O que eu percebo muito aqui é que o matriciamento, junto com as ações, elas sempre têm o plano a, plano b, plano c, plano d, plano e é aquele que a gente vai pensar na hora. E se a gente não tiver essa flexibilidade protetiva, já era. (...) Eu costumo matriciar no corredor. As pessoas não estão blindadas, a gente tá conversando, aí eu posso te dar outras possibilidades. Participo (das reuniões oficiais). As pessoas me escutam, mas não tanto quanto fora. Fora, eles me escutam muito mais. (Daniel)

Na situação relatada por André, pressupõe-se que, por questões subjetivas, os médicos preferem o espaço da interconsulta para discussão de suas dificuldades no manejo dos casos. Expressa, por um lado, a questão da hegemonia do saber médico que pode ser ameaçada pela exposição pública, mas, por outro lado, denota um aspecto muito delicado e muito mais amplo que é a relação com o erro e o não saber. Errar e não saber são avaliados negativamente e não como possibilidade de aprendizado e desenvolvimento, inclusive coletivo (SIMPKIN e SCHWARTZSTEIN, 2016).

O apoio matricial é entendido como espaço de aprendizado e suporte em suas diferentes facetas. Para tanto, é preciso observar aspectos como acolhimento e segurança para que os profissionais possam desfrutar do processo. Talvez a fala de Daniel demonstre uma estratégia formulada por esse profissional para oferecer suporte aos profissionais que não seja vivido como ameaçador, mas realmente um espaço de troca intercultural (considerando que médicos e matriciadores representam diferentes “culturas”).

Nesse sentido, também se aproxima do entendimento de Guilherme e Dietz (2014), quando afirmam que a disposição para a interculturalidade deve ser articulada de forma relacional e contextual e se constituir como uma espécie de *habitus*, caracterizado pela consciência da diversidade e pela capacidade reflexiva, ao invés de um *monopólio profissional* de conhecimentos e experiência, quase sempre definido num determinado contexto cultural.

O relato de Elisa aponta que muitos profissionais não levam casos para o matriciamento e já marcam atendimento psicológico diretamente. Se, a princípio, isso realmente é um problema para a lógica do matriciamento e para a construção conjunta dos planos terapêuticos, não se pode deixar de notar dois aspectos sutis em sua formação discursiva.

O primeiro aspecto é a disponibilidade da psicóloga para atendimentos individuais. O apoio matricial não foi pensado para proporcionar atendimento especializado dentro das unidades de saúde da família, mas somente em caráter de consulta conjunta ou interconsulta. Essa agenda aberta pode apontar para duas possibilidades, ambas delicadas. A primeira possibilidade é a rede especializada em saúde mental estar com acolhimento reduzido de novos pacientes. A segunda possibilidade é a matriciadora não estar conseguindo trabalhar conforme as indicações para o matriciamento (seja por preferência pessoal, seja por contingências do serviço).

O segundo aspecto a ser destacado na formação discursiva é os profissionais acharem que já entenderam o que está acontecendo. Elisa mostra preocupação de que essa suposição dos profissionais gere reducionismo na compreensão dos casos, mas, com essa fala, ela desvela relações de poder baseadas nos saberes em jogo na interação entre os profissionais dentro de uma unidade de saúde: seja por uma subalternização dos saberes não-médicos, seja pela desqualificação das tentativas médicas de se apropriar de outros saberes.

Por fim, diferente dos médicos, os matriciadores incluíram os ACS nas atividades de matriciamento e discussão dos casos.

É super complexa a questão dos ACS participarem porque há uma cobrança imensa em relação às metas. Quando os caras começam a participar dos grupos, eles gostam, eles trabalham. Têm várias ideias, a gente consegue fazer um “p” de um trabalho. (André)

E o trabalho de dizer para os ACS que aqui não vai ter uma psiquiatra? Porque eles mesmo se encarregam de divulgar que aqui tem uma psicóloga e uma psiquiatra. (Bianca)

Nas duas falas, a integração dos ACS à CF aparece seja positivamente, seja negativamente. André apresenta a dimensão criativa da entrada dos agentes em atividades de grupo, por exemplo, fazendo supor que a diferença de perspectiva e o saber local são incorporados e subvertem a prática de cuidado. Mas a pressão das metas e a cobrança em relação a outras atividades de cuidado interferem na participação dos agentes.

Na fala de Bianca, uma outra dimensão se apresenta e desvela as dificuldades na interação entre profissionais e ACS. A matriciadora se queixa de que os ACS levam informação da CF para a comunidade. Uma das contrapartidas da inserção dos atores locais nos serviços de saúde é essa. Supor que os ACS atuarão somente em “benefício” do serviço é ingenuidade, mas não só. É também desatenção com uma das maiores potencialidades do trabalho em equipe, no território e articulado à comunidade, qual seja, a inclusão dos atores sociais locais e o enfrentamento das tensões constitutivas nas relações entre os diferentes sistemas de atenção à saúde.

4.5 Em direção a um fechamento

Ao iniciar as entrevistas, após apresentação pessoal da pesquisadora, do projeto e do modelo de pesquisa, todos os entrevistados responderam a algumas poucas questões pessoais, para fins de delimitar minimamente suas histórias pessoais e experiências, de modo a auxiliar na interpretação de suas falas.

Uma pequena coincidência surgiu entre alguns. Dos onze profissionais entrevistados, seis não eram naturais da cidade do Rio de Janeiro. Uma única entrevistada mencionou seu estranhamento em relação à região em que trabalhava, comparando com o que eram seus referenciais pessoais de cidade e vizinhança. Tal observação é útil para pensar sobre um aspecto da formação profissional que é importante na reflexão sobre a questão da sensibilidade cultural.

Ao longo da formação, sob argumento da profissionalização e criação de um corpo de conhecimento universal, acadêmicos das áreas de saúde (especialmente os de medicina) são instados a assumir perspectivas ditas objetivas. Nesse processo de “impessoalização”, passam a colocar em segundo plano sua própria história pessoal e aprendem a procurar “o que realmente importa” nos casos.

Nesse exercício, vão, por um lado, aprendendo concretamente a desvalorizar aspectos culturais em si e, conseqüentemente, nos outros (TAYLOR, 2003; WILLEN e KOHLER,

2015). Por outro lado, reificam a ideia de cultura e de diversidade cultural como se fosse mais um sinal a ser decodificado (KLEINMAN e BENSON, 2006b).

A busca por um conhecimento universal na saúde pública é pautada por um naturalismo e por uma cientificidade que, em conjunto, legitimaram sua aplicação política para conformação dos espaços urbanos e medicalização dos espaços sociais (BIRMAN, 2005). As tentativas de criar cursos e capacitações para estimular a sensibilidade cultural que não reflitam sobre a “cultura da não cultura” dos profissionais de saúde e sobre os condicionantes sociais do processo saúde-doença-busca de cuidados estão fadados ao insucesso (METZL e HANSEN, 2014; WILLEN e KOHLER, 2015).

No Brasil, a saúde coletiva, a seu turno, tem proposto a multidisciplinaridade como condição para constituição de um espaço de produção de saber e práticas crítico ao discurso hegemônico biomédico (BIRMAN, 2005). E, talvez por isso, tenha sido possível resgatar nas falas dos médicos e matriciadores observações acerca de aspectos socioeconômicos interferindo na relação profissional de saúde-paciente, na relação dos usuários com os serviços, nas características do território que influenciam os comportamentos, adoecimentos e busca por cuidado de seus habitantes.

Um aspecto que atravessou todas as entrevistas e que deve ser ressaltado nesse momento foram as contradições e tensões nas relações entre os médicos e matriciadores, entre profissionais e usuários, entre profissionais e agentes comunitários da saúde. Ainda que sejam constitutivas das relações sociais, elas também expressam o processo em construção da multidisciplinaridade da saúde coletiva.

Nesse sentido, precisam ser problematizadas. Podem ser vistas por diferentes prismas. A interculturalidade será a perspectiva aqui adotada. Há duas arenas em que se coloca a questão da interculturalidade. A relação entre médicos e matriciadores e a relação entre profissionais e população.

No primeiro caso, parece haver um certo consenso quanto ao trabalho e aos modos de trabalhar juntos. Mas as pequenas diferenças e sutis contradições demonstram que há mais por observar e pensar. Vê-se, por exemplo, que os médicos repetem que sempre foi nas interconsultas (que puderam compartilhar os casos) ou que são os especialistas que *sabem melhor*, ou, por outro lado, os matriciadores percebem que as demandas e agendas lotadas dos médicos interferem na disponibilidade de discussão e acolhimento dos casos.

Assim, o modo preponderante de apreensão do sofrimento e das soluções para ele, do paciente e de sua família vão se restringindo aos espaços da consulta e interconsulta. É a cultura do encaminhamento ao especialista, reduzindo as possibilidades de interação entre os

profissionais e seus diferentes saberes. Nesse ponto, outra ressalva é muito importante. Investigar o modo como se organizam os processos de trabalho internamente às unidades e em relação à gestão municipal não era objeto da pesquisa, mas articular dados dessa ordem ajudaria na compreensão das pressões por cumprir metas e das possibilidades de aproximação e mapeamento do território, por exemplo, considerados obstáculos importantes para a realização do cuidado.

A outra arena em que a interculturalidade está colocada é na relação entre os profissionais de saúde e os grupos sociais, aqui representados pelos usuários, seus familiares, mas também pelos agentes comunitários de saúde. O que se notou é que os profissionais tenderam a reconhecer as especificidades socioculturais da população, especialmente quando se tratavam de situações atípicas (segundo seus padrões), tais como, nível socioeconômico mais baixo, história de migração (nordestinos, angolanos), diferentes etnias (índios).

Muitos relatos indicaram os esforços e a sensibilidade dos profissionais em construir conjuntamente com os atores sociais soluções adequadas. Mas nem sempre as tensões foram negociadas em condições justas. Ou os pacientes precisaram gritar para ser compreendidos, ou as prescrições (de psicotrópicos) precisaram ser controladas a sete chaves para não serem “traficadas”, ou “mães coniventes” precisaram ser buscadas para darem satisfações. Mesmo os agentes comunitários “deram trabalho” para não espalhar na comunidade que a unidade de saúde contava com psiquiatra e psicólogo.

Como Menéndez (2016) defende, a esfera da autoatenção é espaço privilegiado para observar a interação entre diferentes grupos sociais. Ela vai aparecer nas estratégias de automedicação e autocuidado, mas também na intermedicalidade e nas subversões dos modelos e instrumentos biomédicos. Para tanto, é preciso reconhecer a legitimidade dos atores sociais envolvidos nesse processo de negociação e transformação. Tal apropriação permitirá outras abordagens e compreensão não só dos processos qualificados como perniciosos, mas também do papel dos profissionais e serviços de saúde na construção dos processos sociais.

Foto 5 - Via pública, região Méier



Fonte: A autora, 2019.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intenção inicial desta pesquisa era investigar a percepção dos médicos de família e de matriciadores de saúde mental acerca da diversidade cultural presente nos cenários de cuidado e quais estratégias utilizam nos processos terapêuticos. Tal empreendimento se baseou na suposição de que o apoio matricial é um espaço em que modos particulares de lidar com o processo saúde-doença – dos profissionais oriundos da saúde da família e dos profissionais da saúde mental – estão em negociação.

Ambos os profissionais são influenciados pelo movimento sanitaria brasileiro, pelo olhar integral para os sujeitos e comunidades que atendem, mas com suas especificidades constitucionais e numa interface recente e ainda em construção. Exatamente por isso, este se configura como um campo fértil para aproximação e reflexão.

Além disso, o desenvolvimento dessa pesquisa, aplicado mais diretamente aos cenários assistenciais brasileiros, também poderia dialogar com outras perspectivas mais abrangentes, a partir das perguntas e reflexões que suscitasse.

A noção de competência cultural serviu como fio condutor nessa busca e acabou se tornando o disparador para os questionamentos que surgiram à medida que o trabalho se desenvolveu. Sua escolha se deve a alguns elementos.

O primeiro diz respeito à seleção do campo de pesquisa – o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Esse novo campo de intervenção e cuidado traz para a Saúde Mental no Brasil novas possibilidades e desafios na produção de cuidado integral e inclusivo, e, para a Saúde da Família, maior integralidade, mas também acesso e equidade.

A noção de competência cultural (CC) seria o instrumento para investigação do contexto sociocultural e para adequação das práticas de saúde, conforme as necessidades de uma comunidade ou população específica, e um dos critérios de qualidade na Atenção Primária em Saúde no Brasil e internacionalmente (STARFIELD, 2002).

A CC foi desenvolvida com o intuito de garantir acesso e equidade em saúde a populações minoritárias, excluídas (CROSS et al, 1989) e é influenciada, por um lado, pelo debate, iniciado na década de 1950, acerca da importância da relação médico-paciente, incluindo suas referências socioculturais e, por outro, no reconhecimento da diversidade cultural como fator condicionante do estado de saúde (KIRMAYER, 2012).

O uso da competência cultural como noção e como instrumento ganhou vulto nos países anglo-saxões, sob a chancela e a influência da antropologia médica norte-americana.

Desde a década de 1970, essa “escola” vem estimulando (e instrumentalizando) o processo de formação médica a valorizar as narrativas dos pacientes e a ensinar os médicos a decodificarem o significado cultural e médico dessas narrativas. Além disso, tem proposto a articulação das várias formas de cuidados como parte dos serviços de saúde (MENÉNDEZ, 2003).

No trabalho de revisão ora empreendido, percebeu-se que diferentes definições e adaptações dessa noção variaram de acordo com as instituições de ensino, pesquisa e assistência que a adotaram. Entre as críticas feitas à sua utilização, duas devem ser retomadas.

A ideia de competência supõe a capacidade de orientar o processo de ensino e aprendizado para resultados, redirecionando os currículos e a organização das práticas de ensino e avaliação. Entre suas qualidades, estariam o treinamento flexível individualizado, padrões transparentes de avaliação e maior responsabilidade pública.

Há várias limitações no ensino baseado em competências. Para fins da discussão apresentada aqui, ressaltam-se duas: é difícil identificar a variedade de competências que cubram todas as funções do trabalho e, assim, os tipos de conhecimento que são relevantes para a competência identificada; além disso, a abordagem baseada em competência está fundada numa visão comportamentalista, que tenta dividir as funções de trabalho em pequenas tarefas distintas, ignorando as conexões entre tarefas individuais e o significado subjacente a cada tarefa, bem como o entendimento da natureza complexa da realidade social (LEUNG, 2002; DIWAKAR, 2002; FRANK et al, 2010).

Como foi possível perceber na análise das entrevistas, vários médicos indicaram a escuta ativa ou o planejamento terapêutico singular, ferramentas típicas de uma Clínica Ampliada, ou ainda, avaliação da pessoa como um todo, do Método Clínico Centrado na Pessoa, como instrumentos para apreender as particularidades socioculturais de seus pacientes.

São estratégias importantes e úteis para o cuidado de qualidade, mas são insuficientes. O mais comum é que hábitos, conhecimentos e valores sejam tomados como naturais. Desse modo, dificilmente serão destacados e investigados segundo um modelo explanatório (KLEINMAN e BENSON, 2006b). Além disso, para desenvolver uma escuta ativa ou uma anamnese centrada na pessoa⁹⁹, é preciso que os processos de trabalho da unidade de saúde sejam planejados para tal, o que está relacionado não somente à competência administrativa

⁹⁹ Como apresentado no capítulo “Lógicas do Cuidado”, a anamnese centrada na pessoa é formada pelos aspectos tradicionais de uma anamnese médica, acrescida por seções em que os aspectos socioculturais do paciente são aprofundados e os relativos à explicação sobre o adoecimento e as expectativas quanto ao tratamento também.

do gestor da unidade, mas também a uma cultura e a um ambiente político que valorizem práticas de cuidado atenciosas no nível do sistema de saúde.

Um outro exemplo que pode ser incluído nessa observação foi resgatado da descrição do diário de campo. Refere-se ao que chamei de *narrativa da precariedade*. As muitas críticas feitas pelos profissionais das relações e processos de trabalho, ou da rede de serviços de saúde ainda fragmentada, ou as observações sobre os territórios em que atuavam, repetidas, em diferentes contextos, por diferentes profissionais, pareceram naturalizadas.

A esse respeito, a rotatividade de profissionais nas unidades de saúde da família, especialmente médicos, não deve ser tomada como fortuita. O que pareceu um contratempo da pesquisa, a partir da fala dos profissionais, se mostrou mais um elemento para a impressão de *uma narrativa da precariedade*. E parece se refletir na relação que os usuários estabelecem com os profissionais e unidades. Onde os médicos ficam menos tempo, houve mais queixas de pedidos excessivos de encaminhamento pelo SISREG e mais relatos de automedicação e dificuldades de manejo.

O choque cultural (WAGNER, 2017) que pude sustentar nas visitas e entrevistas permitiram recolher essas impressões. A partir do reconhecimento do impacto desse estranhamento, é que indico a segunda crítica à competência cultural.

O outro aspecto, também já discutido, refere-se à incorporação ingênua do conceito de cultura no campo da saúde. De modo geral, ela é entendida como um modelo para interpretar o conjunto de conhecimentos, práticas e instituições que cada grupo coletivamente organizado estabelece, e, em geral, os grupos são reconhecidos por sua etnia, religião, gênero, raça ou nacionalidade. Desse modo, a competência cultural se limitaria a uma habilidade técnica em que os profissionais de saúde seriam capacitados para reconhecer e adaptar as técnicas assistenciais (KLEINMAN e BENSON, 2006; LANGDON e WIJK, 2010; KIRMAYER, BENNEGADI e KASTRUP, 2016).

Tal entendimento se relaciona com a ideia de “diferença”, utilizada por grupos sociais para se distinguirem de outros (KIRMAYER, ROUSSEAU e GUZDER, 2014). Deve ser problematizada, pois as limitações trazidas por esse entendimento de cultura, além de atualizarem uma tendência ao etnocentrismo (KIRMAYER, BENNEGADI e KASTRUP, 2016), não permitem a reflexão em profundidade sobre a relação com a diversidade dos grupos sociais que constituem uma comunidade ou um país, e o papel da saúde pública (coletiva) nesse processo.

Como já mencionado, as formas como um país se define têm implicações para a integração dos grupos sociais que o compõem e depende de processos históricos e construções

sociais das identidades. Assim, o modo como as culturas nacionais costuram essas diferenças numa única identidade deve ser investigado (HALL, 1997)¹⁰⁰. E o papel dos sistemas de saúde e de instituições cultural e politicamente determinadas deve ser problematizado também.

Nessa pesquisa, os efeitos da preferência pelo reconhecimento das diferenças socioeconômicas (em detrimento de aspectos culturais) puderam ser resgatados, por exemplo entre usuários com maior ou menor renda e escolaridade e seus efeitos na relação com os serviços e profissionais de saúde. No presente caso, não só matriciadores de saúde mental, mas também médicos de família fizeram esse tipo de correlação. Tais achados apontam para a necessidade de mais estudos que investiguem a dificuldade de incorporar elementos sócio-culturais às práticas de saúde, como Nunes (2009) e Targa e Oliveira (2012) indicam.

A dimensão sociocultural é considerada fundamental pelo movimento da RPB, mas, ao longo da pesquisa, notou-se que a questão da diversidade cultural não tem ocupado lugar de destaque na produção em saúde mental. Menezes et al (2018) encontraram, em revisão recente, muitos estudos voltados para os determinantes sociais da saúde, mas poucos foram os que abordaram aspectos tradicionalmente ligados ao entendimento de cultura enumerados acima (etnia, religião, gênero, raça). Os estudos quantitativos em saúde mental estavam atentos à demonstração de correlações entre os determinantes sociais e os transtornos mentais, enquanto os estudos qualitativos aparecem mais voltados para questões caras à RPB, tais como estigma e inclusão social a partir da perspectiva dos usuários e profissionais de saúde.

Uma questão, que poderia se colocar nesse ponto, seria que definição de cultura poderia ser útil para avançar as investigações acerca da diversidade cultural e saúde mental. A cultura como diferença, privilegiando análises de grupos com características determinadas, ou a cultura que privilegia a expressão sociocultural e seus efeitos sobre o processo de inclusão? O questionamento ora proposto se materializa a seguir nas limitações observadas nas diferentes perspectivas.

Embora o debate recente acerca dos determinantes sociais da saúde indique que as dinâmicas sociais de adoecimento, exclusão e limitação sejam sustentadas por aspectos culturais, poucos são os estudos que conseguem problematizar criticamente essas influências. A maior colaboração entre pesquisas qualitativas e quantitativas são fundamentais para o avanço desse entendimento (SOLAR e IRWIN, 2010; ALLEN et al, 2014; LUND et al, 2018).

¹⁰⁰ A esse respeito, Kirmayer, Rousseau e Guzder (2014) comentam que cada modelo engendra soluções e problemas para o manejo da alteridade e da diversidade cultural.

No caso brasileiro, é preciso reforçar o alerta de Bezerra Jr (1994), a despeito da valorização da produção e da expressão artística dos usuários, seus familiares e técnicos de saúde mental, tal abordagem, legítima e louvável, não é suficiente para ampliarmos o conhecimento acerca dos mecanismos de exclusão presentes na sociedade brasileira. Assim, lamentavelmente, podemos reproduzir nos serviços de saúde ao silenciar a cultura (NUNES, 2009).

Nessa pesquisa, ficou evidente o papel relevante dos ACS na inclusão e nas negociações terapêuticas bem sucedidas dos casos ou na exclusão e nas dificuldades de manejo. Não foram incluídos diretamente como profissionais a serem entrevistados por um viés biomédico da pesquisadora (ou psicologizante): as dificuldades de manejo terapêutico, mesmo que culturais, devem ser manejadas pelo profissional de saúde em ambiente apropriado, ou seja, no consultório.

A participação dos ACS se deu de modo intenso, mesmo que indireto. Nas unidades visitadas de ESF, eles têm papel ativo e transformador da assistência, positiva e negativamente, diferente das propostas da literatura em saúde mental global, onde os agentes leigos de saúde recebem um treinamento em saúde mental e se espera que reproduzam os conhecimentos adquiridos.

Assim, se inicialmente o planejamento era entrevistar médicos e matriciadores e analisar todo o material em conjunto, após algumas visitas, depois confirmadas pelas leituras das transcrições, observou-se que, apesar das coincidências e consonâncias em alguns pontos, médicos e matriciadores das unidades pesquisadas não conformam equipes de trabalho perfeitamente ajustadas. Nas pequenas contradições, apresentaram-se as tensões cotidianas. E, assim, as negociações em jogo.

Talvez esse tenha sido o grande aprendizado desse percurso de pesquisa e aquilo que possa ser transmitido. Aproveitando Menéndez (2016, p. 115): detectar não apenas as diferenças, mas também as semelhanças entre as diferenças¹⁰¹.

¹⁰¹ Tradução minha.

REFERÊNCIAS

- ADAMSON, J.; WARFA, N.; BHUI, K. A case study of organisational cultural competence in mental healthcare. *BMC Health Services Research*, 11(218), 8, 2011.
- AGGARWAL, N. K., CEDEÑO, K., GUARNACCIA, P., KLEINMAN, A., LEWIS-FERNÁNDEZ, R. The meanings of cultural competence in mental health: an exploratory focus group study with patients, clinicians, and administrators. *SpringerPlus*, vol. 5(1), 384, 2016.
- AGRELI, H.F., PEDUZZI, M., SILVA, M.C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface*, Botucatu, vol. 20(59), p. 905-16, 2016.
- ALEM, A. Breve relato sobre a formação das Divisões Administrativas na Cidade do Rio de Janeiro: período de 1961 a 2015. IPP/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Coleção Estudos Cariocas. No 20151102, Novembro – 2015.
- ALLEN, J., BALFOUR, R., BELL, R., MARMOT, M. Social determinants of mental health, *International Review of Psychiatry*, vol. 26:4, p. 392-407, 2014.
- ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde Debate*, vol. 33(83), p. 349-370, 2009.
- AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, 123p.
- AMARANTE, P., NUNES, M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 23(6), p. 2067-2074, 2018.
- ASSIS, N.M.; MARTINS, L.L.; SOUZA, L.M.M; NICOLAO, I.A.; SOUZA, N.M. Acolhimento de imigrantes haitianos via integração ensino-serviço-pesquisa na atenção primária à saúde: relato de experiência. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, 12(39), p. 1-9, 2017.
- ATHIÉ, K., FORTES, S., DELGADO, P.G.G. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*, vol. 8(26), p.64-74, 2013.
- BAIROS CARIOCAS. Síntese das informações sobre a cidade do Rio de Janeiro (IPP). Disponível em <
<http://pcrj.maps.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=7fe1b0d463e34b3b9ca2fafd50c3df76>> . Acesso em 08/11/2018.
- BASTOS, G.A.N., BASTOS, J.P., SANTOS, I.S. Abordagem comunitária: diagnóstico de saúde da comunidade. In: GUSSO, G., CERATTI LOPES, J.M. (org). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012, 2v, p. 248 – 255.

BECKER, H.S. De que lado estamos? In: *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro: Zahar, p.123-136, 1976.

BETANCOURT, J.R., GREEN, A.R., CARRILLO, J.E., ANANEH-FIREPOMG, O. Defining Cultural Competence. A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Public Health Reports*, vol. 118, p. 293-302, Jul–Aug 2003.

BEZERRA JR., B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

_____. Saúde Mental – De médico, de louco e de todo mundo um pouco – o campo psiquiátrico no Brasil dos anos oitenta. In: GUIMARÃES, R., TAVARES, R.A.W. (org). *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 1(1), p. 7-11, 1991.

BIRMAN, J., COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P.D.C. (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994, 202p.

BONET, O. *Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina*. Editora 7Letras (Viveiros de Castro Editora LTDA-ME), 2018.

BORDE, E., HERNÁNDEZ-ALVAREZ, M., PORTO, M.F.S. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde Debate*, vol. 39(106), p. 841-854, 2015.

BORGES, C., TAVEIRA, V.R. Territorialização. In: GUSSO, G., CERATTI LOPES, J.M. (org). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, formação e prática*. PortoAlegre: Artmed, 2012

BORGES, C.F., BAPTISTA, T.W.F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 24(2), p. 456-468, fev 2008.

BORRELL-CARRIÓ, F., SUCHMAN, A.L., EPSTEIN, R.M. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Ann Fam Med*, vol. 2, p. 576-582, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.

_____. *Brasil. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

_____. Ministério da saúde. secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização

da atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada/ Ministério da Saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da saúde, 2009, 64 p.

BULLON, A. Learning by teaching an unsuccessful “cultural sensitivity” course. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, vol. 37, p. 280–287, 2013.

BUSS, P.M., PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CAMARGO JR, K. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Global public health: an international journal for research, policy and practice*, vol. 6:1, p. 102-105, 2011.

CAMINHO IMPERIAL. <https://pt.wikipedia.org/wiki/Caminho_Imperial>. Acesso em 13 de janeiro de 2019.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 4(2), p. 393-403, 1999.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 5(2), p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G.W.S., AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciencia & Saúde Coletiva*, vol. 12(4), p. 849-859, 2007.

CAMPOS, G.W.S., DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 23(2), p; 399-407, fev 2007.

CANESQUI, A. M. As ciências sociais e humanas em saúde na Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. *PHYSIS: revista de Saúde Coletiva*, v. 18, p. 215-250, 2008.

CAP 3.2 – blog da CAP3.2. Disponível em <<http://cap3-2.blogspot.com>>. Acesso em 08/11/2018.

CASTRO, R.C.L. A abordagem médica centrada na pessoa no processo terapêutico da hipertensão arterial sistêmica e do *diabetes mellitus* em atenção primária à saúde: fatores associados e qualidade do manejo. Tese (Doutorado) apresentada à Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

CAVALLIERI, F., LOPES, G.P. Índice de Desenvolvimento Social - IDS: comparando as realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro. IPP/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Coleção Estudos Cariocas.No 20080401, Abril – 2008.

CDSS, 2008 - CDSS (2010). Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório final da Comissão para os determinantes sociais da saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde.

CERATTI LOPES, J.M. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: GUSSO, G., CERATTI LOPES, J.M. (org). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, formação e prática*. PortoAlegre: Artmed, p. 113-124, 2v, 2012.

_____. Princípios da medicina de família e comunidade. In: GUSSO, G., CERATTI LOPES, J.M. (org). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, formação e prática*. PortoAlegre: Artmed, p. 1 – 12, 2v, 2012.

CHIAVERINI, D.H. (org). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília, DF: 2011, 236 p

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 da USP*, vol. 45(6), p. 1501-06, 2011.

COSTA, G., GUALDA D. M. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde–doença. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 17(4), 2010.

CROSS, T. et al. *Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children*. Georgetown University, Child Development Center: Washington (DC), 1989, 90p.

CUNHA, G.T., CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

DA SILVA, G. Negociações em Pauta: Práticas de Autoatenção, Conhecimento e Poder no Contexto Atikum. – IV Encontro Nacional de ANPPAS, Brasília, 2008.

DELGADO, P. G. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 25(1), p. 13-18, 2015.

_____. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. *Saúde em Foco: informe epidemiológico em saúde coletiva*, ano VI, nº 16, pp. 41-3.

DELPHIN-RITTMON, M.E., ANDRES-HYMAN, R., FLANAGAN, E.H., DAVIDSON, L. Seven Essential Strategies for Promoting and Sustaining Systemic Cultural Competence. *Psychiatr Quarterly*, vol 84, p. 53–64, 2013.

DIWAKAR, V. Commentary: The baby is thrown out with the bathwater. *BMJ*, n. 325, p. 695-696, 2002.

DORIA, C, TUBINO, M.J.G. Avaliação da busca da cidadania pelo Projeto Olímpico da Mangueira. *Ensaio: aval. pol. públ. Educ.*, Rio de Janeiro, v.14, n.50, p. 77-90, jan./mar. 2006.

DUNCAN, B.B., SCHMIDT, M.I., GIUGLIANI, E.R.J., DUNCAN, M.S., GIUGLIANI, C. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência*. Porto Alegre: Artmed, 2013, 1952p.

ENGEL, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, n. 196 (4286), p. 129-136, April 8 1977.

FARIA, M.L.V., GUERRINI, I.A. Limitações do paradigma científico hegemônico no acolhimento ao sofrimento psíquico na atenção básica. *Interface – comunic., saúde, educ.*, v 16, n 42, p 779 – 92, jul/set. 2012.

FARMER, P. E., Nizeye, B., Stulac, S., & Keshavjee, S. Structural violence and clinical medicine. *PLoS medicine*, 3(10), e449, 2006.

FASSIN, D. That obscure object of global health. In: INHORN, M. C., WENTZELL, E. A. *Medical anthropology at the intersections: Histories, activisms, and futures*. Duke University Press, 2012.

FERNANDEZ, J.C.A. Determinantes culturais da saúde: uma abordagem para a promoção de equidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.23, n.1, p.167-179, 2014.

FLICK, U. *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

_____. Entrevista episódica. In: BAUER, M., GASKELL, G (org). *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 11 ed., 2013.

_____. Narrativas. In: *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 3a ed., p. 164-179, 2009.

FONSECA, M.L.G. Sofrimento difuso nas classes populares no Brasil: uma revisão da perspectiva do nervoso. In: VASCONCELOS, E.M. (org). *Abordagens psicossociais* (vol II). Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2a edição, 2014.

FORONDA, C., BAPTISTE, D.L., REINHOLDT, M.M., OUSMAN, K. Cultural Humility: A Concept Analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 27(3), p. 210–217, 2016.

FORTES, S. et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physis*, Rio de Janeiro, vol.24, no.4, Oct./Dec. 2014.

FRANK, J.R., SNELL, L.S., CATE, O.T., HOLMBOE, E.S. et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Medical Teacher*, vol. 32, p. 638–645, 2010.

FREEMAN, T.R., BROWN, J.B. O segundo componente: entendendo a pessoa como um todo, seção 2: contexto. In: STEWART, M., BROWN, J.B., WESTON, W.W., MCWHINNEY, I.R., MCWILLIAM, C.L., FREEMAN, T.R. *Medicina Centrada na Pessoa – transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FURTADO, J. P., ODA, W. Y., BORYSOW, I. D. C., KAPP, S. A concepção de território na saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 32, 2016.

GARBOIS, J.A., SODRÉ, F., DALBELLO-ARAÚJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde Debate*, vol. 41(112), p. 63-76, 2017.

_____. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. *Saúde e Sociedade*, vol. 23(4), p.1173-1182, 2014.

GEORGETOWN UNIVERSITY. Child and Human Development Center.
<<https://gucchd.georgetown.edu>> Acessado em 25 de agosto de 2017

GIORDANO, C. *Migrants in translation: caring and the logics of difference in contemporary Italy*. Oakland: University of California Press, 2014. 304p.

GIUGLIANI, C., LAVOR, A.C.H., LAVOR, M.C., BARBOSA, M.I.S. Agentes Comunitários de Saúde. In: DUNCAN, B.B., SCHMIDT, M.I., GIUGLIANI, E.R.J., DUNCAN, M.S., GIUGLIANI, C. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013, 1952p.

GOMES, R et al. A Polissemia da Governança Clínica: uma revisão da literatura. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2431-2439, Aug. 2015.

GONÇALVES, R.J., SOARES, R.A., TROLL, T., CYRINO, E.G. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 33(3), p. 382-392, 2009.

GREGG, J., SAHA, S. Losing culture on the way to competence: the use and misuse of culture in medical education. *Academic Medicine*, vol. 81(6), p. 542-547, 2006.

GREENE, S. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist*, vol. 25(4), p. 634-658, 1998.

GUILHERME, M., DIETZ, G. Diferencia en la diversidad: perspectivas múltiples de complejidades conceptuales multi, inter y trans-culturales. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, vol. 40, p. 13-36, 2014.

GUSSO, G., CERATTI LOPES, J.M. (org). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, formação e prática*. PortoAlegre: Artmed, 2012, 2v (846p, 1354p).

HALL, S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A Ed., 1997, 108p.

HARZHEIM, E., MENDONÇA, C.S. Estratégia de Saúde da Família. In: DUNCAN, B.B., SCHMIDT, M.I., GIUGLIANI, E.R.J., DUNCAN, M.S., GIUGLIANI, C. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013, p. 32-42.

HERNANDEZ, M., NESMAN, T., MOWERY, D., ACEVEDO-POLAKOVICH, I.D., CALLEJAS, L.M. Cultural Competence: a literature review and conceptual model for mental health services. *Psychiatric Services*, 60(8), p. 1046 – 1050, 2009.

IOM (Institute of Medicine). *Leveraging culture to address health inequalities: Examples from native communities*. Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press, 2013.

IVBIJARO, G.O.; ENUM, Y.; KHAN, A.A.; LAM, S.S.K.; GABZDYL, A. Collaborative

Care: Models for Treatment of Patients with Complex Medical-Psychiatric Conditions. *Curr Psychiatry Rep*, vol. 16, p. 506, 2014

KAKUMA, R., MINAS, H., VAN GINNEKEN, N., DAL POZ, M.R., DESIRAJU, K., MORRIS, J.E., SAXENA, S., SCHEFFLER, R.M. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *Lancet*, vol. 378, p. 1654–63, 2011.

KIRMAYER, L.J. Embracing Uncertainty as a Path to Competence: Cultural Safety, Empathy, and Alterity in Clinical Training. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, vol. 37, p. 365–372, 2013.

KIRMAYER, L.J. Cultural competence and evidence-based practice in mental health: epistemic communities and the politics of pluralism. *Social Science & Medicine*, 75, p. 249-256, 2012.

KIRMAYER, L.J. Cultural psychiatry in historical perspective. In: BHUGRA, D., BHUI, K. (Eds.) *Textbook of Cultural Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

KIRMAYER, L.J., BENNEGADI, R., KASTRUP, M.C. Cultural awareness and responsiveness in person-centered psychiatry. In: MEZZICH et al. *Person Centered Psychiatry*. Springer: Switzerland, p 77-95, 2016.

KIRMAYER, L.J., KRONICK, R., ROUSSEAU, C. Advocacy as Key to Structural Competency in Psychiatry. *JAMA Psychiatry*, 75(2), p. 119–120, 2018.

KIRMAYER, L.J., GROLEAU, D., ROUSSEAU, C. Development and evaluation of the cultural consultation service. In: KIRMAYER, L.J., GUZDER, J., ROUSSEAU, C. *Cultural Consultation – encountering the other in mental health care*. Springer: New York, p.21-45, 2014.

KIRMAYER, L.J., MEZZICH, J.E., VAN STADEN, C.W. Health Experience and Values in Person-Centered Assessment and Diagnosis. In: MEZZICH et al. *Person Centered Psychiatry*. Springer: Switzerland, p. 179-199, 2016.

KIRMAYER, L.J., ROUSSEAU, C., GUZDER, J. The place of culture in mental health services. In: KIRMAYER, L.J., GUZDER, J., ROUSSEAU, C. *Cultural Consultation – encountering the other in mental health care*. Springer: New York, 2014.

KLEINMAN, A., BENSON, P. Culture, moral experience and medicine. *The mount Sinai Journal of Medicine*, 73(6), p. 834 – 839, 2006a.

_____. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*, 3(10): e294, 2006b.

KLEINMAN, A., EISENBERG, L, GOOD, B. Culture, illness and care – clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of internal medicine*, vol. 88, p. 251-258, 1978.

KNAUTH, D.R., OLIVEIRA, F.A., CASTRO, R.C.L. Antropologia e atenção primária a saúde. In: DUNCAN, B., SCHMIDT, M.I., GIUGLIANI, E.R.J. *Medicina Ambulatorial*. Porto Alegre: Artmed; 3ª ed., p. 66 – 71, 2004.

KNAUTH, D. R., LEAL, A. F. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. *Interface*, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 457-467, Sept. 2014.

KOVRT, B.A., MENDENHALL, E. (ed). *Global Mental Health – Anthropological Perspectives*. Left Coast Press, Walnut Creek – California, 2015.

_____. How anthropological theory and methods can advance global mental health. *Lancet – Psychiatry*, vol. 3(5), p. 396-398, 2016.

KOLLING, M.G. Método clínico centrado na pessoa. In: DUNCAN, B.B., SCHMIDT, M.I., GIUGLIANI, E.R.J., DUNCAN, M.S., GIUGLIANI, C. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013, 1952p.

LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciência & saúde coletiva*, vol.19, p. 1019-1029, 2014.

LANGDON, E. J., WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 18(3), p. 173-181, 2010.

LEAL, E.M. A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do programa de saúde mental de Santos. Dissertação (mestrado), Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social – UERJ, 1994.

LEUNG, W. Competency based medical training: review. *BMJ*, vol. 325, p. 693-695, 2002.

LOCK, M., NGUYEN, V. *An anthropology of biomedicine*. Chichester, West Sussex/Malden, MA: Wiley-Blackwell, 2010, 506p.

LUND et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet*, vol. 5, n. 4, p.357-369, apr. 01, 2018

MACEDO, J.P., ABREU, M.M., FONTENELE, M.G., DIMENSTEIN, M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, vol. 26(1), p. 155-170, 2017

MAIA, J.L.A., CHAO, A.R.T. Subúrbio carioca: conceitos, transformações e fluxos comunicacionais na cidade. *Conexão-Comunicação e Cultura*, vol. 15 (29), 2016.

MALINOWSKI, B. *Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da Aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia*. São Paulo: Ubu Editora, 2018, 672p.

MALTA, F.S., COSTA, E.M., MAGRINI, A. Índice de vulnerabilidade socioambiental: uma proposta metodológica utilizando o caso do Rio de Janeiro -Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 22, núm. 12, p. 3933-3944 dez, 2017.

MANGUEIRA. História da Mangueira. Disponível em <http://www.mangueira.com.br>; Acesso em 29/12/2018.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*, vol. 365, p.1099-1104, 2005.

MCWHINNEY, I.R. A evolução do método clínico. In: STEWART, M., BROWN, J.B., WESTON, W.W., MCWHINNEY, I.R., MCWILLIAM, C.L., FREEMAN, T.R. *Medicina Centrada na Pessoa – transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed, p. 35-48, 2010.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & saúde coletiva*, vol. 8, p. 185-207, 2003.

_____. Intercultural health: proposals, actions and failures. *Ciencia & saude coletiva*, vol. 21(1), p. 109-118, 2016.

MENEZES, A.L., MÜLLER, M. R., SOARES, T. R.A., FIGUEIREDO, A. P., CORREIA, C. R.M., CORRÊA, L. M., ORTEGA, F. Paralelos entre a produção científica sobre saúde mental no Brasil e no campo da Saúde Mental Global: uma revisão integrativa. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 34(11), november 23, 2018

METZL, J.M., HANSEN, H. Structural Competency and Psychiatry. *JAMA Psychiatry*, vol. 75(2), p. 115–116, 2018.

_____. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine*, vol.103, p.126-133, 2014.

MINAYO, M.C.S. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. In: ALVES, P. C. B., RABELO, M. C. *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1998.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 11a ed, 2008, 393p.

_____. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 29-46, 1998.

_____. A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a saúde coletiva. *Saude e sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 21-31, Mar. 2013.

MINAYO, M. C.S. et al. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, p. 97-107, 2003.

MÜLLER, M.R. *Acompanhando no Território: Assistência Domiciliar como estratégia de cuidado em saúde mental*. Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

_____. Social Determinants of health and mental health – the Brazilian case (apresentação oral). Trabalho apresentado em: Cartographies of suffering and Mental Health in Latin America, 2nd PLASMA Workshop, London - GB, 2018.

NEY, M.S., RODRIGUES, P.H.A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 22, p. 1293-1311, 2012.

NUNES, M.O. O silenciamento da cultura nos (con)textos de cuidado em saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1 (2), p. 1984-2147, 2009.

Nunes, E.D. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica. *Revista de Saúde Pública*, 40 (N Esp), p. 64-72, 2006.

_____. As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. *Saude e Sociedade*, São Paulo, vol. 1(1), p. 59-84, 1992.

NUNES, M., JUCÁ, V.J., VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 23(10), p. 2375-2384, out 2007.

OLIVEIRA, E.C., MEDEIROS, A.T., TRAJANO, F.M.P., NETO, G.C., ALMEIDA, S.A., ALMEIDA, L.R. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. *Esc Anna Nery*, vol. 21(3), p. 1-7, 2017.

ORLANDI, E.P. Filiações Teóricas. In: *Análise do Discurso: Princípios e Procedimentos*. ORLANDI, E. P. Campinas: Pontes. 2ª ed, 2003.

_____. Discurso, imaginário social e conhecimento. *Em aberto*, vol. 14(61), 2008.

_____. A Análise de Discurso e seus entre-meios: notas a sua história no Brasil. *Cadernos de estudos Lingüísticos*, 2011.

ORTEGA, F., WENCESLAU, L.D. Challenges for implementing a global mental health agenda in Brazil: The ‘silencing’ of culture. *Transcultural Psychiatry*, 2019.

OSMO, A., SCHRAIBER, L. B. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Sociedade*, vol. 24, p. 205-218, 2015.

PALLONE, Simone. Diferenciando subúrbio de periferia. *Ciência e Cultura*, 57(2), 11, 2005.

PATEL, V. Addressing social injustice: a key public mental health. *World Psychiatry*, vol. 14:1, p. 43-45, 2015.

PATEL, V., BELKIN, G.S., CHOCKALINGAM, A., COOPER, J., SAXENA, S., UNÜTZER, J. Grand challenges: integrating mental health services into priority health care platforms. *PLOS Med.*, vol. 10(5), p. 1-6, 2013.

PECHÊUX, M. *O discurso: estrutura ou acontecimento*. SP: Pontes, 1987.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, vol. 35(1), p. 103-9, 2001.

PINTO, V. Os sentidos atribuídos pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família aos “Casos” de saúde mental. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

POPE, C., MAYS, N. Métodos Observacionais. In: POPE, C., MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, 3ª ed., p. 45-55, 2009.

POPE, C., ZIEBLAND, S., MAYS, N. Analisando dados qualitativos. In: POPE, C., MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, 3ª ed, p. 77-95, 2009.

PRATES ML et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, June 2017.

QUEIROZ, M. S.; CANESQUI, A.M. Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. *Revista de saúde pública*, v. 20, p. 141-151, 1986.

REZENDE, M.A. A Vila Olímpica da Verde-e-Rosa: considerações sobre política social de uma escola de samba do Rio de Janeiro. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Ouro Preto, 4 a 8 de novembro de 2002 (acessado em 29/12/2018, disponível em <http://academiadosamba.com.br/monografias/rezende.pdf>).

RUSSO, J. A., CARRARA, S. L. Sobre as ciências sociais na Saúde Coletiva - com especial referência à Antropologia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 25(2), p. 467-484, 2015.

SAHA, S., BEACH, M. C., COOPER, L. A. Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*, vol. 100(11), p. 1275-1285, 2008.

SAPAG, J.C., RUSH, B., BARNSLEY, J. Evaluation Dimensions for Collaborative Mental Health Services in Primary Care Systems in Latin America: Results of a Delphi Group. *Adm Policy Ment Health*, vol. 42, p. 252–264, 2015.

SIMPKIN, A. L., e SCHWARTZSTEIN, R. M. (2016). Tolerating uncertainty—the next medical revolution? *New England Journal of Medicine*, 375(18), 1713-1715.

SMITH, R.C., FORTIN, A.H., DWAMENA, F., FRANKEL, R.M. An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient Education and Counseling*, vol. 91, p. 265-270, 2013.

SOLAR, O, IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). WHO, Geneve, 2010, p. 76.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p

STEWART, M. Reflections on the doctor-patient relationship: from evidence and experience. *Br J Gen Pract*. Vol. 55(519), p. 793- 801, 2005.

STEWART, M., BROWN, J.B., WESTON, W.W., MCWHINNEY, I.R., MCWILLIAM, C.L., FREEMAN, T.R. *Medicina Centrada na Pessoa – transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

TAKEDA, S. Organização de serviços de Atenção Primária em Saúde. In: DUNCAN, B.B., SCHMIDT, M.I., GIUGLIANI, E.R.J., DUNCAN, M.S., GIUGLIANI, C. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência*. 4^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013, p.19-31

TARGA, L.V., OLIVEIRA, F.A. Cultura, saúde e o médico de família. In: GUSSO, G., LOPES, J.M.C (org). *Tratado de medicina de família e comunidade – princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TAYLOR, J.S. Confronting “Culture” in Medicine’s “Culture of No Culture”. *ACADEMIC MEDICINE*, vol. 78, n. 6, jun 2003.

TEAL, C. R., STREET, R. L Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model. *Social science & medicine*, vol. 68(3), p. 533-543, 2009.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2001, 168p.

_____. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1), p. 25-59, jan.-abr. 2002.

TERVALON, M., MURRAY-GARCÍA, J. Cultural Humility Versus Cultural Competence: A Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 9, n. 2, p. 117-125, May 1998.

TESSER, C.D., POLINETO, P, CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 15 (supl. 3), p. 3615-3624, 2010.

TORRE, E.H.G, AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência e Saúde coletiva*, vol. 6(1), p. 73-85, 2001.

VELIZ-ROJAS, L., BIANCHETTI-SAAVEDRA, A.F., e SILVA-FERNÁNDEZ, M. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 35(1), 2019.

VENÂNCIO, A.T.A. Antropologia e Saúde Mental: uma revisão. In: VENÂNCIO, A.T.A, CAVALCANTI, M.T (ORG). *Saúde mental: campo, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: Edições: IPUB/CUCA, p. 83-102, 2001.

VENANCIO, A. T. A., CASSILIA, J. A. P. A doença mental como tema: uma análise dos estudos no Brasil. *Espaço Plural*, vol. 11(22), 2010.

VICTORA, C.G., KNAUTH, D.R., HASSEN, M.N.A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000, 136p.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M, PINELL, P. The genesis of collective health in Brazil. *Sociol Health Illn*. Vol. 36(3), p. 432-46, 2014.

WAGNER, R. *A invenção da cultura*. São Paulo: Ubu editora, 2017, 240 p.

WENCESLAU, L.D. Saúde Mental Global e Atenção Primária á Saúde no Brasil: um estudo de caso sobre os cuidados às pessoas com sintomas depressivos na Estratégia Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2017.

WENCESLAU, L.D., ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface: comunicação, saúde, educação*, vol. 19(55), p.1121-32, 2015.

WHO. WONCA. *Integrating mental health in primary care: a global perspective*. Geneva: WHO, 2008.

WHO, CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION. *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization, 2014.

WILLEN, S.S., KOHLER, A. Cultural competence and Its discontents: reflections on a mandatory course for psychiatry residents. In: KOHRT, B. A., MENDENHALL, E. (Eds.). *Global mental health: anthropological perspectives*. Routledge., p239-254, 2016.

WILLIAMS, C. C. The epistemology of cultural competence. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services* , vol. 87(2), p. 209-220, 2006.

YASUI, S., LUZIO, C.A., AMARANTE, P. From manicomial logic to territorial logic: Impasses and challenges of psychosocial care. *Journal of Health Psychology*, v. 21, p. 400-408, 2016

ANEXO A - TÓPICOS NORTEADORES DA ENTREVISTA

1. O que você entende sobre Competência Cultural?
2. Quais são os instrumentos e/ou estratégias para uma prática de saúde culturalmente sensível?
3. Você poderia relatar um caso de saúde mental que você tenha percebido dificuldades no manejo associados a diferenças culturais?
4. Como a equipe técnica e os matriciadores de saúde mental lidam com esses casos?

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada Competência Cultural no Matriciamento em Saúde Mental conduzida por Manuela Rodrigues Müller. Este estudo tem por objetivo investigar a percepção pelos médicos de família e matriciadores em saúde mental (SM) das diferenças culturais observadas em suas práticas profissionais e dos efeitos para o manejo dos casos, bem como a utilização de ferramentas para adaptação cultural às populações atendidas.

Você foi selecionado(a) por exercer atividades nos serviços de atenção primária em saúde (APS), especificamente na estratégia de saúde da família (ESF), e nos núcleos de atenção a saúde da família (NASF). Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

As entrevistas serão realizadas individualmente, em acordo com sua disponibilidade, conduzidas somente pela pesquisadora responsável, estima-se que durem cerca de 01 (uma) hora e serão gravadas para fins de transcrição. Nenhum dos entrevistados será identificado nos textos transcritos, nem no texto final e as fitas e material gravado serão destruídas ao final do processo de doutoramento. Eventuais gastos para sua participação serão ressarcidos pela pesquisadora principal*.

Entende-se que possa haver eventual desconforto em compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos que possa sentir incômodo em falar. Contudo, não é preciso responder a qualquer pergunta, se sentir que ela é muito pessoal ou sentir desconforto em falar. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual. Os resultados obtidos se tornarão públicos nos meios acadêmicos e científicos de forma consolidada e sem qualquer identificação individual, ou das instituições participantes, de modo a minimizar o risco de exposição e visando assegurar o sigilo de sua participação.

Com essa pesquisa, espera-se contribuir para o debate em torno da interface entre saúde mental e atenção primária à saúde/saúde da família, valorizando os aspectos culturais relativos aos processos de cuidados em saúde.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Manuela Rodrigues Müller, tel: (21) 98893 0683, Doutoranda CHS-IMS/UERJ, email: muller.manuela@gmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (co-participante): Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Centro – Rio de Janeiro, CEP 20031-040, telefone (21) 2215-1485, Email: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

* Considerando, a RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012:

II – DOS TERMOS E DEFINIÇÕES

Sub-item:

II.21 – ressarcimento – compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação;

III - DOS ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Sub-item:

III.2 - As pesquisas, em qualquer área do conhecimento envolvendo seres humanos, deverão observar as seguintes exigências:

Alínea

g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes.

IV – DO PROCESSO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Sub-item:

IV.3 – O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente:

Alínea

g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes.

ANEXO C - COMPONENTES DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Quadro 2 - Componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa, retirado de Ceratti Lopes, 2012.

Componente 1	<p style="text-align: center;">Explorar a doença e a experiência da pessoa em estar doente</p> <p>envolve o entendimento dos conceitos saúde-doença, considerando os elementos em especial doença (disease) e experiência com a doença (illness). O método médico convencional (anamnese e exame clínico) identifica a disease, mas é necessário investigar especificamente a experiência com a doença por meio de questionário específico¹⁰². Tal esclarecimento permite identificar o significado pessoal da experiência de doença, mas também casos de pessoas assintomáticas, que não se sentem doentes, e não aceitam tratamento, ou as situações em que as pessoas demandam exames ou tratamento por se sentirem doentes;</p>
Componente 2	<p style="text-align: center;">Entender a pessoa como um todo</p> <p>Entendimento integrado da pessoa inteira, resultado das informações colhidas e acumuladas ao longo do tempo, considerando o contexto e o estágio de desenvolvimento em que a pessoa está, podendo ser acrescentadas por informações colhidas com os próprios familiares. As informações dizem respeito a família, estudo/trabalho, crenças e vivências nas várias etapas que constituem o ciclo individual e familiar. Em tempo, considera-se extremamente importante a elaboração do genograma familiar como <i>instrumento de conhecimento, interpretação e intervenção</i>. Tal entendimento possibilita reconhecer o protagonismo da família em melhora ou agravar o adoecimento, bem como o efeito das crenças culturais, atitudes da pessoa, bem como condições afetando outros membros da família, sobre o cuidado. Além disso, auxilia na interação médico-pessoa e na compreensão dos modos de adoecer, rompendo com a abordagem tradicional, em que a doença assume status de entidade, para instituir uma abordagem terapêutica <i>multifatorial e interdisciplinar</i>;</p>

¹⁰² O que mais está preocupando você?; Quanto o que você está sentindo afeta sua vida?; O que você pensa sobre isso?; Quanto você acredita que eu posso ajudar? Essas perguntas identificam, nessa respectiva ordem, as ideias sobre o que está acontecendo com a pessoa, os sentimentos sobre estar doente, o impacto sobre sua vida, e, finalmente, as expectativas da pessoa sobre o que deve ser feito. E remetem ao modelo explanatório proposto por Kleinman (ver citação correta).

Componente 3	<p data-bbox="619 235 1327 309" style="text-align: center;">Elaborar um projeto comum ao médico e à pessoa para manejar os problemas</p> <p data-bbox="600 383 1345 1697">Trata-se do compromisso mútuo de encontrar um projeto comum para tratar dos problemas, requer a concordância em três áreas principais, quais sejam: <i>natureza dos problemas e estabelecimento de prioridades</i> – não envolve apenas negociação, mas também um movimento para conciliar opiniões ou achar terreno comum. Geralmente, as pessoas têm uma hipótese antes de irem ao médico e seu próprio modelo explicativo, então, cabe ao médico validá-lo, ou não, e aproveitar para explicar o problema e o manejo recomendado de forma consistente com o ponto de vista da pessoa de modo que faça sentido nas palavras dela, que ela entenda e concorde com as recomendações; <i>definição de objetivos do tratamento</i> – surgem dificuldades na relação quando médico e pessoa têm visões ou prioridades distintas sobre o problema de saúde, ou quando a pessoa exerce sua autonomia de modo negativo em relação as suas necessidades de cuidado, a não aderência ao tratamento pode ser expressão da discordância quanto aos objetivos do tratamento. Assim, no processo de entendimento, definição de problema e <i>determinação do manejo</i>, o médico deve buscar o momento adequado para determinar o manejo/encorajar a participação da pessoa no processo/clarear a concordância da pessoa, caracterização dos papéis do médico e da pessoa – na MCP, o médico deve ser flexível em relação a abordagem que a pessoa busca e/ou necessita, considerando aspectos culturais, tipo de problema e o perfil da pessoa, além disso, é importante ter em mente que no trabalho em equipe (comum na APS), a pessoa se relaciona de diversos modos de acordo com cada profissional. O médico deve descrever o problema, abrindo espaço para que a pessoa faça perguntas, e finalizando com um plano em que fiquem claros problemas, objetivos e regras (ações) definidas para cada um;</p>
Componente 4	<p data-bbox="619 1727 1327 1800" style="text-align: center;">Incorporar prevenção e promoção da saúde na prática diária</p> <p data-bbox="600 1816 1345 2067">prevenção e promoção da saúde a cada visita da pessoa à unidade requerem continuidade e cuidado abrangente como filosofia por trás da prática, dependem de uma relação colaborativa entre médico e paciente, mas também protocolos claros, sistema de registro eficaz, trabalho em equipe e utilização de recursos da rede de assistência familiar e comunitária;</p>

Componente 5	<p style="text-align: center;">Intensificar a relação médico-pessoa</p> <p>utilizando a escuta ativa, ou seja: ouvir com atenção e interesse, interrompendo quando necessário, mantendo o foco e direcionando, além disso, pode-se ser flexível com o tempo da consulta, lançando mão dos atributos da <i>longitudinalidade</i> (então, haverá outras oportunidades para prosseguir com a criação de vínculo e cuidado) e da <i>demora permitida</i> (quando não há risco de vida);</p>
Componente 6	<p style="text-align: center;">Ser realista</p> <p>possibilita que o médico utilize o tempo e energia de forma eficiente, sem expectativas além das possibilidades, o que significa que o médico deve ser capaz de definir prioridades, direcionar recursos de forma otimizada e trabalhar em equipe. Outras recomendações são envolver pessoas e famílias nas decisões, manter pessoas ou famílias informadas e dar suporte, obter retorno das pessoas e família sobre o cuidado, ser franco e leal quanto aos efeitos colaterais e reconhecer os erros.</p>

ANEXO D - DIRETRIZES INDICADAS NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO SUS

Quadro 3 - Diretrizes indicadas no processo de humanização do SUS (Brasil, 2018).

Acolhimento	Entendido como reconhecimento como legítima e singular a necessidade de saúde do usuário, sendo construído coletivamente, a partir da análise dos processos de trabalho, e com uma escuta qualificada.
Gestão Participativa e cogestão	Expressão da inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão, e se materializa por meio de arranjos de trabalho que potencializam a experimentação da cogestão – tais como, rodas de conversa, colegiados gestores, mesas de negociação, contratos internos de gestão, câmara técnica de humanização (CTH), grupo de trabalho de humanização (GTH), gerência de porta aberta, etc.
Ambiência	Disponibilização de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, mas que também respeitem a privacidade, desencadeiem mudanças no processo de trabalho e permitam o encontro entre as pessoas. São possíveis a medida que se dá a discussão compartilhada do projeto arquitetônico das unidades, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço.
Clínica ampliada e compartilhada	Compreendida como uma ferramenta teórica e prática na abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, mas que leva em conta a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Sua aplicação permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia. Devem-se lançar mão dos recursos que enriquecem os processos diagnósticos (outras variáveis além do enfoque orgânico), a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes

	com o usuário), e decisões compartilhadas e comprometidas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.
Valorização do Trabalhador,	Dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão é um aspecto importante do processo de humanização, pois incrementa a capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho. Além de assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão, viabilizar o Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa são estratégias que tornam possível o diálogo, intervenção e análise do que gera sofrimento, do que fortalece o grupo de trabalhadores e do que propicia os acordos nas práticas no serviço de saúde.
Defesa dos Direitos dos Usuários	Os serviços e profissionais de saúde devem incentivar o conhecimento dos direitos dos usuários e assegurar que sejam cumpridos ao longo do processo do cuidado e nas oportunidades de uso do sistema de saúde. Assim, todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ter informações sobre sua saúde e decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.