

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação Em Psicologia

Marcela Ribeiro Lima Sant'Ana

**A PRODUÇÃO DE VÍNCULOS ENTRE USUÁRIOS COM SOFRIMENTO
PSÍQUICO GRAVE, SEUS FAMILIARES E EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Belo Horizonte

2022

Marcela Ribeiro Lima Sant'Ana

**A PRODUÇÃO DE VÍNCULOS ENTRE USUÁRIOS COM SOFRIMENTO
PSÍQUICO GRAVE, SEUS FAMILIARES E EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia BHe Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do título mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social

Linha de Pesquisa: Cultura, Modernidade e Subjetividade

Orientadora: Prof.^a Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido

Belo Horizonte

2022

| | |
|---------------|---|
| 150 | Sant'Ana, Marcela Ribeiro Lima |
| S232p 2022 | A produção de vínculos entre usuários com sofrimento psíquico grave, seus familiares e equipes de saúde da família [manuscrito] / Marcela Ribeiro Lima Sant'Ana. - 2022. |
| | 126 f. |
| | Orientadora: Cláudia Maria Filgueiras Penido. |
| | Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. |
| | Inclui bibliografia. |
| | 1. Psicologia – Teses. 2. Cuidados primários de saúde - Teses. 3. Saúde mental - Teses. 14. Famílias – Saúde mental – Teses. I. Penido, Cláudia Maria Filgueiras. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título. |



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE

MARCELA RIBEIRO LIMA

SANT'ANA

Realizou-se, no dia 14 de dezembro de 2022, às 09:00 horas, Plataforma Teams, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *A PRODUÇÃO DE VÍNCULOS ENTRE USUÁRIOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE, SEUS FAMILIARES E EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA*, apresentada por MARCELA RIBEIRO LIMA SANT'ANA, número de registro 2020653812, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Claudia Maria Filgueiras Penido - Orientador (UFMG), Prof(a). Teresa Cristina da Silva Kurimoto (UFMG), Prof(a). Deivisson Vianna Dantas dos Santos (UFPR).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, a presente ata, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.



Documento assinado eletronicamente por **Teresa Cristina da Silva Kurimoto, Assessor(a) de gabinete**, em 16/12/2022, às 13:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Maria Filgueiras Penido, Professora do Magistério Superior**, em 16/12/2022, às 13:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Deivisson Vianna Dantas dos Santos, Usuário Externo**, em 21/07/2023, às 15:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1969944** e o código CRC **EB4C14EA**.

AGRADECIMENTOS

Nos últimos quase três anos me debrucei sobre o vínculo, esse atributo humano que escancara: quem sou eu, se não o outro? Ou ainda, vários outros. Esses agradecimentos, portanto, serão direcionados aos tantos outros que me compõem e compuseram esse estudo.

Hoje, com a finalização desta pesquisa, entendo que o meu maior aprendizado sobre o cuidado comunitário às pessoas com sofrimento psíquico grave veio do bairro Nova Granada, onde nasci. Lá, todos cuidavam para que o Laércio e o Ronaldo pudessem, a seus modos, existir, e ocupar as ruas e também as nossas casas. A loucura foi bem-vinda. Por isso, agradeço à minha família e também aos meus ex-vizinhos, que tanto me ensinaram através do exemplo.

Minha amiga Carolina Castro, colega de profissão e de vida acadêmica. Pra você, não tenho palavras para agradecer. Por isso, invento uma posição inexistente na academia: você é a coautora afetiva dessa dissertação. Obrigada por sempre ter acreditado que eu era uma pesquisadora.

Agradeço especialmente à minha irmã Júlia e à minha mãe Cláudia, vocês me seguraram no momento exato em que precisei.

À minha irmã Fernanda, agradeço por ter sido o primeiro exemplo de dedicação e inteligência. À Maria Eduarda, por ter chegado e mostrado que amor se multiplica e vínculos se reinventam. Ao meu pai, Júlio, por ter ensinado o afeto do toque e da palavra.

Às cuidadoras da minha saúde psíquica, Margaret Couto e Beth Pontes, obrigada por terem estado e me sustentado na direção do meu desejo.

Agradeço à Michelle Silva, mulher que sempre me inspirou em seu compromisso ético com o conhecimento, com a psicologia e com o SUS, e que me fez um primeiro gentil convite à escrita.

Agradeço à minha amiga da vida, Yolanda, que generosamente me ajudou na construção do meu pré-projeto e esteve sempre disponível para conversar sobre as dores e delícias da academia.

Agradeço aos meus amigos do CEFET - lugar onde nunca estudei, mas que me deu a oportunidade de construir uma sofisticada relação de apoio mútuo, amor, carinho e incentivo.

Em especial aos amigos Alison e André, que antes de mim se aventuraram na pesquisa e se dispuseram a me acolher nos momentos difíceis.

Agradeço às amigas Cris Januária, Clarisse, Rebeca, Débora e Fabi. Ser amiga é um dos papéis que mais me alegra exercer, obrigada por estarem ao lado. À Dani e à Maria, agradeço por terem sido minha família em grande parte desse processo.

Aos professores Carlos Gama e Teresa Peixoto, agradeço pelas ricas contribuições na minha banca de qualificação. O convite à realização de entrevistas abertas foi fundamental para essa pesquisa.

Agradeço à Camila Alvarenga, colega de profissão e amiga, pelo apoio e por ter feito a ponte entre mim e a Tulíola. À Tulíola, agradeço por ter me ajudado em um momento em que eu estava muito perdida enquanto pesquisadora.

Agradeço aos colegas do Centro de Saúde São Jorge, do Hospital Risoleta Neves e do CREAS Eldorado pelas trocas que possibilitaram eu ser a profissional que sou hoje. Em especial à Patrícia, cuja ética e compromisso com o trabalho me transformaram profundamente. Agradeço ainda a minha supervisora Raíssa de Matos, que de forma ética, amorosa e comprometida, aceitou estar ao meu lado nos caminhos da clínica psicanalítica.

Aos professores Regina Ribeiro, João Leite e Renato Franco, agradeço pelas ricas contribuições para a pesquisa nas reuniões do nosso grupo de pesquisa do CNPq.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq pelo auxílio financeiro, concedido na forma de Bolsa de Iniciação Científica e custeio, através do edital CNPq/MCTI/FNDCT N° 18/2021.

Agradeço à UFMG, instituição que tem sido a minha casa desde a graduação e sempre me convoca para o desejo de conhecer. Viva a universidade pública e de excelência!

Aos colegas do L@gir agradeço pela parceria e pelas trocas. Aos IC's, digo que vocês me ensinaram muito. Esse trabalho é nosso. Em especial, agradeço à minha dupla de mestrado Ana Clara, você foi a melhor parceira que eu poderia ter, à Júlia, que foi/é a minha inspiração e à Maíra, que produziu uma das pesquisas mais ricas que já li.

Às pessoas que confiaram o seu tempo e afetos nas entrevistas dessa pesquisa, em especial aos usuários, agradeço por terem me afetado, provocado e abalado as minhas convicções.

À minha orientadora Cláudia, agradeço por ter sido firme, rigorosa e, ao mesmo tempo, generosa. Eu aprendi nessa trajetória que relações assimétricas sempre têm desafios. Fico feliz que tenhamos conseguido juntas inventar/produzir um vínculo favorável ao meu desenvolvimento como pesquisadora. A dedicação a essa pesquisa está refletida nisso. Muito obrigada, por tudo.

RESUMO

A produção de vínculos é uma importante estratégia para o cuidado na Atenção Básica (AB). Entretanto, a manutenção do modelo de assistência biomédico e a tendência às especialidades privilegiam um modelo de atendimento fragmentado, que despotencializa esses vínculos. No que se refere ao vínculo entre usuários com sofrimento psíquico grave, seus familiares e equipes de Saúde da Família (eSF), soma-se a isso os estigmas atribuídos a esses usuários, que reforçam a lógica dos especialismos. Dado que a AB é um serviço de base territorial que provê cuidado longitudinal, o que é estratégico para condições crônicas, ela é potencialmente produtora de cuidado em saúde mental, sendo estratégica para a desinstitucionalização. Assim, faz-se relevante compreender como estão sendo construídos, no cotidiano da AB, os vínculos entre usuários com sofrimento psíquico grave, seus familiares e as eSF. O objetivo geral desta pesquisa foi analisar como são e como se produzem os vínculos entre usuários com sofrimento psíquico grave, seus familiares e as eSF. Considerando a pouca produção sobre o assunto na literatura e a imprecisão quanto ao conceito vínculo, apesar de sua centralidade nas políticas públicas de saúde, essa pesquisa qualitativa em saúde teve um caráter exploratório e a técnica de produção de dados foi a entrevista aberta. Foram entrevistados trabalhadores das eSF, usuários com sofrimento psíquico grave que têm a AB como principal referência de cuidado em saúde mental e familiares desses usuários. A análise dos dados foi inspirada no método hermenêutico dialético proposto por Minayo e teve um caráter indutivo e aconteceu em três etapas: a) Ordenação dos dados; b) Classificação dos dados e c) Análise final. A análise dos dados foi submetida à triangulação de pesquisadores. Não foi possível estabelecer elementos que são a priori potentes ou desafiadores para a produção dos vínculos, sendo a forma como os elementos são manejados o mais importante para essa produção. As condições e recursos da rede de saúde, o uso de psicofármacos e a manutenção da lógica biomédica de cuidado são os elementos que se destacaram na produção dos vínculos. A proximidade própria aos vínculos produzidos na AB se mostrou especificamente potente para o cuidado aos usuários com sofrimento psíquico grave na AB. Essa proximidade propicia que manejos relacionais sofisticados aconteçam em situações críticas, mas, ao mesmo tempo, impõe desafios pela porosidade dos papéis assumidos e atribuídos na produção desses vínculos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental; Vínculo.

Abstract

The production of bonds is an important strategy for care in Primary Care (AB). However, the maintenance of the biomedical care model and the tendency towards specialties favor a fragmented care model, which weakens these bonds.

Regarding the bond between AB users with severe psychological distress, their families and Family Health teams (eSF), the stigmas attributed to these users are added to this, which reinforce the logic of specialisms.

The PC is a territorially based service that provides longitudinal care, which is strategic for chronic conditions, it is potentially a producer of mental health care, being strategic for deinstitutionalization. Thus, it is relevant to understand how the bonds between users with severe psychological distress, their families and the eSF are being built in the daily life of AB.

The aim of this study was to analyze how the bonds between users with severe psychic suffering, their families and the eSF are and how they are produced. Considering the lack of literature about this subject and the imprecision regarding the concept of bonding, despite its centrality in public health policies, this qualitative research in health had an exploratory character and the data production technique was the open interview. ESF workers, users with severe psychological distress who have PC as their main reference for mental health care, and family members of these users were interviewed. Data analysis was inspired by the dialectical hermeneutic method proposed by Minayo and had an inductive character. It took place in three stages: a) Ordering of data; b) Data classification and c) Final analysis. Data analysis was submitted to the triangulation of researchers. It was not possible to establish elements that are a priori potent or challenging for the production of bonds, and the way in which the elements are handled is the most important for this production. The conditions and resources of the health network, the use of psychotropic drugs and the maintenance of the biomedical logic of care are the elements that stood out in the production of bonds. Proximity to the bonds produced in PC proved to be specifically potent for the care of users with severe psychological distress in PC. This proximity allows for sophisticated relational handling to take place in critical situations, but at the same time, poses challenges due to the porosity of the roles assumed and assigned in the production of these bonds.

Keywords: Primary health care; Mental health; Bond.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| AB | Atenção Básica |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ASEDS | Assessoria de Educação em Saúde |
| BPC | Benefício de Prestação Continuada |
| BVS | Biblioteca Virtual de Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CAPSi | Centro de Atenção Psicossocial Infantil |
| CERSAM | Centro de Referência em Saúde Mental |
| COEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CREAS | Centro Especializado de Assistência Social |
| CS | Centro de Saúde |
| DeCS | Descritores em Ciências da Saúde |
| eAB | Equipes de Atenção Básica |
| eSF | Equipes de Saúde da Família |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| L@GIR | Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais |
| NHS | National Health System |
| PBH | Prefeitura de Belo Horizonte |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SM | Saúde Mental |
| SMSA/BH | Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFMG | Universidade Federal de Minas Gerais |

SUMÁRIO

| | | |
|---------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.1 | APRESENTAÇÃO | 13 |
| 1.2 | CAMINHOS INTRODUTÓRIOS | 14 |
| 2 | REVISÃO DA LITERATURA E PROBLEMA DE PESQUISA | 18 |
| 2.1 | PRODUÇÃO DE VÍNCULO NA ATENÇÃO BÁSICA | 18 |
| 2.1.1 | A referência ao vínculo na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) | 18 |
| 2.1.2 | A referência ao vínculo na Política Nacional de Humanização (PNH) | 21 |
| 2.1.2.1 | O apoio matricial como potencializador do vínculo na Atenção Básica | 23 |
| 2.1.3 | Vínculo e Atenção Básica: revisão bibliográfica exploratória | 25 |
| 2.2 | VÍNCULO: CAMINHOS TEÓRICOS | 31 |
| 2.2.1 | O conceito de transferência em Freud | 31 |
| 2.2.2 | A relação Médico-Paciente em Balint | 34 |
| 2.2.3 | Teoria do Vínculo de Pichon-Rivière | 38 |
| 2.3 | SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA | 40 |
| 2.4 | RETOMANDO O PROBLEMA DE PESQUISA | 43 |
| 3 | OBJETIVOS | 45 |
| 3.1 | OBJETIVO GERAL | 45 |
| 3.2 | Objetivos Específicos | 45 |
| 4 | SOBRE O MÉTODO | 46 |
| 4.1 | Tipo de Estudo | 46 |
| 4.2 | Entrada no campo e procedimentos éticos | 46 |
| 4.3 | Escolha dos sujeitos participantes | 47 |
| 4.4 | A escolha da entrevista aberta como técnica de produção dos dados | 49 |
| 4.5 | A produção dos dados | 50 |
| 4.6 | Análise dos dados | 54 |
| 5 | SUJEITOS DA PRODUÇÃO DE VÍNCULOS | 56 |
| 5.1 | Usuários com sofrimento psíquico grave na AB | 56 |
| 5.2 | Famílias de usuários com sofrimento psíquico grave na AB | 58 |
| 5.2.1 | Famílias que participam do cuidado, sofrem e precisam de ajuda | 58 |

| | |
|---|-----|
| 5.2.2 Famílias que participam do cuidado, sofrem, precisam de ajuda, mas a equipe não consegue acessar | 59 |
| 5.2.3 Famílias que não participam do cuidado | 60 |
| 5.2.4 Famílias que recusam o cuidado | 61 |
| 5.3 Equipes de saúde da família | 61 |
| 6 ELEMENTOS ENVOLVIDOS NA PRODUÇÃO DE VÍNCULOS | 63 |
| 6.1 Condições de trabalho e recursos da rede de atenção à saúde | 64 |
| 6.2 O uso de psicofármacos | 69 |
| 6.2.1 <i>Psicofármacos em resposta à crise</i> | 69 |
| 6.2.2 Psicofármacos e cuidado longitudinal aos usuários com sofrimento psíquico grave na AB | 74 |
| 6.2.3 Manejo da prescrição de psicofármacos | 77 |
| 6.3 A Lógica Biomédica | 80 |
| 6.4 Estigma e escolha do serviço de cuidado | 87 |
| 7 A produção de vínculos entre usuários com sofrimento psíquico grave, seus familiares e equipes de Saúde da Família no cotidiano da AB | 91 |
| 7.1 A proximidade nos vínculos produzidos na AB | 91 |
| 7.2 Vínculos: alguns modos de produção | 95 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 104 |
| REFERÊNCIAS | 109 |
| APÊNDICE 01 | 116 |
| Pergunta disparadora – Entrevista com Usuários | 116 |
| APÊNDICE 02 | 117 |
| Pergunta disparadora – Entrevista com Trabalhadores | 117 |
| APÊNDICE 03 | 118 |
| Pergunta disparadora – Entrevista com Familiares | 118 |
| apêndice 04 | 119 |
| Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Trabalhadores | 119 |
| APÊNDICE 05 | 122 |
| Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Usuários | 122 |
| APÊNDICE 06 | 125 |
| Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Familiares | 125 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

O meu interesse por estudar a produção de vínculos entre usuários com sofrimento mental grave e as trabalhadoras da Atenção Básica (AB) foi produzido ao longo dos meus anos de trabalho em políticas públicas. O meu primeiro contato profissional com a AB foi aos 16 anos, quando ingressei em um programa de estágio da prefeitura de Belo Horizonte e fui estagiária por um ano no Centro de Saúde do bairro em que eu morava. Minhas funções eram administrativas ou relacionadas ao atendimento ao público. Depois, já na graduação, participei de um estágio pela UFMG, em que acompanhei reuniões de apoio matricial em dois Centros de Saúde (CS) localizados na região Norte de Belo Horizonte.

Logo que me formei, fui psicóloga em um grande hospital geral público em Belo Horizonte. Nesse trabalho, acompanhei alguns usuários com sofrimento mental grave durante os seus períodos de internação. Essas pessoas estavam lá pelos mais diversos motivos: fraturas de ossos, complicações associadas a condições crônicas de saúde, partos, mas também, para tratar repercussões clínicas resultantes de tentativas de autoextermínio. Aprendi, rapidamente, que se eu fizesse contato telefônico com as equipes de referência do CS, conseguiria preciosas informações para o planejamento do cuidado na cena hospitalar e para o planejamento de uma alta responsável.

No meu segundo emprego, como psicóloga em um Centro Especializado de Assistência Social (CREAS) na região metropolitana de Belo Horizonte, experimentei pela primeira vez trabalhar um pouco mais próxima ao território dos usuários que passavam pelo serviço. Eu era técnica do serviço de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto, e acompanhava adolescentes com alguma trajetória infracional. Alguns desses adolescentes eram pessoas com sofrimento mental grave e, mais uma vez, rapidamente entendi que na AB eu tinha a maior chance de compreender o contexto de vida desses adolescentes. Nesse trabalho, eu podia agendar um transporte para comparecer às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e para fazer visitas domiciliares, e assim o fiz muitas vezes. Mas, ainda que eu recorresse à AB para reivindicar o

cuidado em saúde mental (SM) para alguns adolescentes, foi comum ouvir que esses casos deveriam ser discutidos diretamente com o Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSi.

Embora durante os meus estágios eu tenha me deparado cotidianamente com a loucura nos Centros de Saúde em que estive, quando eu fui profissional de serviços especializados, percebi o receio de muitos profissionais da AB de se abrirem para a discussão de casos que envolviam pessoas em sofrimento psíquico grave. Esse estranhamento me reconduziu à Universidade Pública e ao (re)encontro com minha professora e orientadora de estágio, Cláudia Penido. Assim, foi da prática, de seus incômodos e dos seus desafios, que nasceu essa pesquisa.

1.2 CAMINHOS INTRODUTÓRIOS

As áreas de Saúde da Família e de Saúde Mental operam na história do Sistema Único de Saúde (SUS) como as estratégias mais radicais para a ruptura de um modelo biomédico hegemônico, marcado pelo enfoque na doença e não no sujeito (Oliveira, Vieira, & Andrade 2006). A radicalidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) consiste em sua proposta de ser um novo modelo de atenção à saúde, que opera o cuidado no território, próximo à vida das pessoas, considerando os sujeitos em sua singularidade e inserção sociocultural, baseada na promoção da saúde e participação coletiva. A área de Saúde Mental, por sua vez, foi pautada pelo movimento de reforma psiquiátrica¹, que tem como princípios a solidariedade, a inclusão e a cidadania. Um de seus objetivos é a transformação da sociedade para conviver com a loucura, a partir da reorientação de um modelo centrado na atenção hospitalar para um modelo de atenção descentralizado e de base comunitária (Brasil, 2013; Souza, 2012).

A ESF, na Atenção Básica, e a Reforma Psiquiátrica, na atenção à Saúde Mental, compartilham modelos conceituais e operacionais baseados na autonomia, na participação dos usuários e no cuidado realizado no território (Oliveira et. al, 2006). A combinação entre esses dois campos possibilita que na AB o cuidado aos usuários com sofrimento psíquico² seja

¹ Desde meados de 2016 a política pública de saúde mental tem sofrido fortes abalos com as últimas mudanças de gestão da sua coordenação em nível nacional, o que tem gerado a descontinuidade dos incentivos e investimentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), além de tensionamentos e tentativas em descaracterizar sua proposta original, fruto das reivindicações dos movimentos sociais da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. No momento atual, está em jogo o desinvestimento nos processos de desinstitucionalização (Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial, 2020)

² A legislação brasileira utiliza a expressão ‘portadores de transtorno mental’ para se referir à clientela da política de saúde mental. No entanto, no campo da saúde mental e atenção psicossocial, convencionou-se falar em pessoas

ofertado no mesmo território em que esses residem, o que possibilita a manutenção do cuidado sem a ruptura de seus vínculos sociais e a construção no dia a dia de novos modos que possam, efetivamente, contribuir para o cuidado de sua saúde e para sua autonomia (Souza, 2012).

A ESF opera, sobretudo, a partir de práticas de produção de saúde relacionais, baseadas no trabalho em ato produzido no dia a dia dos serviços de saúde, através da relação entre sujeitos usuários e trabalhadores (Merhy & Franco, 2003). O cuidado acontece dentro do território em que as pessoas moram e constroem suas vidas cotidianamente. Cada pessoa que vive no território tem o direito de ser acompanhado por uma equipe de AB que, por sua vez, deve se corresponsabilizar pelas questões de saúde individuais e coletivas daqueles indivíduos. A AB lança mão de tecnologias relacionais com elevada complexidade para operacionalizar o cuidado, pois lida com questões complexas - que dizem respeito ao viver, sofrer, adoecer e morrer na contemporaneidade - com poucos equipamentos disponíveis (Brasil, 2010).

É nesse sentido que a possibilidade de cuidar do sofrimento psíquico no âmbito da Saúde da Família é apontado por Lancetti (2013) como a principal forma de radicalizar a estratégia de desinstitucionalização. Na atenção em Saúde Mental, as ações mais complexas do cuidado ocorrem no nível primário de atenção. Elas dizem respeito ao lidar com as famílias, vizinhos e atores sociais do território em que vivem as pessoas com sofrimento psíquico. Dessa forma, há uma inversão no raciocínio de que as intervenções mais complexas se encontram no nível terciário de atenção, pois no nível hospitalar o cuidado em saúde mental se dá a partir de respostas padronizadas e massificadas – medicação sedativa, contenção ao leito, afastamento do círculo social (Amarante, 2013).

A descentralização da relação médico-paciente para a relação usuário-equipe é apontada por Lancetti (2013) como outro importante aspecto que favorece o cuidado em Saúde Mental na AB. Isso porque na ESF ainda que os usuários sejam atendidos em outros níveis de atenção, eles retornam para o território e dão continuidade à relação com os membros de sua equipe de referência. Essa relação é nomeada como vínculo pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e é uma tecnologia relacional essencial para a efetividade do cuidado em saúde (Brasil,

com sofrimento psíquico, pois a ideia de sofrimento permite pensar em um sujeito que vive a experiência do sofrimento, diferente da ideia de um portador de transtorno, que reme à ideia de alguém “transtornado” ou que é um “transtorno” (Amarante, 2013). Por estar de acordo com o referencial teórico da atenção psicossocial, o presente projeto adotará o termo "pessoas com sofrimento psíquico" para se referir aos usuários com demandas de cuidado em saúde mental na AB.

2017). Esse vínculo é mediado pela rede de saúde (Brasil, 2010) e se baseia, por parte da equipe, no compromisso com a saúde daqueles que os demandam e, por parte do usuário, no crédito dado à equipe como aqueles que podem contribuir para a defesa de sua saúde (Campos, 1999). Em consonância com Lancetti (2013), essa pesquisa parte da premissa de que a qualidade da produção de vínculos entre usuários com sofrimento psíquico/familiares e trabalhadores/equipes da ESF é fundamental para o cuidado em SM na AB.

Entretanto, apesar da importância da produção desses vínculos para a oferta de cuidado em saúde mental na AB, existem dificuldades para sua construção. Um obstáculo significativo é a manutenção de uma lógica de saúde baseada em especialidades, a qual compreende que cada especialista deve tratar de um tipo de doença. Tal concepção privilegia um olhar para a doença em detrimento do sujeito que a experimenta e, no caso da SM, atribui aos “profissionais psis” – psiquiatras e psicólogos – a responsabilidade pelo cuidado aos usuários com sofrimento psíquico (Souza, 2012; Amarante, 2013). Nesse caso, prevalece a lógica de encaminhamentos desses usuários para outros dispositivos de atenção em saúde mental, o que fomenta uma visão dicotômica entre saúde/saúde mental, fragmenta os sujeitos e fere o princípio da integralidade (Souza, 2012). Soma-se à essa lógica a questão do estigma (Goffman, 1988) atribuído às pessoas com sofrimento psíquico. A esses sujeitos são adjudicados lugares de “periculosidade” e “imprevisibilidade”, o que pode ser reproduzido pelos profissionais de saúde (Chiaverini, 2011).

Diante da problematização construída até aqui, bem como da experiência relatada pela pesquisadora, aponta-se a questão: como são e como estão sendo produzidos os vínculos entre os trabalhadores/equipes da Saúde da Família e os usuários/famílias com sofrimento psíquico no cotidiano da AB? Quais os elementos potencializam a produção desses vínculos? Quais elementos os dificultam?

Para aquém da relevância do estudo da produção do vínculo entre usuários com sofrimento mental/familiares e trabalhadores/equipes de saúde da família, é preciso mencionar que um estudo dessa ordem ajuda a lançar luz sobre um objeto fundamental, mas ainda obscuro, no próprio campo da saúde coletiva: o vínculo. Barbosa e Bosi (2017), em revisão da literatura intitulada “Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva”, analisaram, do ponto de vista semântico, o uso do termo vínculo em pesquisas e documentos no âmbito da

saúde coletiva. As autoras constataram uma lacuna na literatura em relação à demarcação conceitual do vínculo:

Apesar de os estudos, no campo da Saúde Coletiva, [...] constatarem sua inequívoca importância no campo da saúde, o vínculo quase sempre é algo não demarcado, mas que deveria existir como condição para funcionamento da atenção básica em termos de responsabilização e longitudinalidade do cuidado. Este lugar nebuloso certamente não significa o lugar da não existência, mas [...] uma lacuna a ser preenchida que se deve a um incipiente investimento conceitual ao que se soma uma inadequação dos métodos e técnicas de pesquisas utilizados ao focalizarem fenômenos relacionais tão complexos quanto o vínculo no campo da práxis em Saúde Coletiva, notadamente na atenção básica (Barbosa e Bosi, 2017, p.1016)

Aposta-se, finalmente, que a elucidação das questões que essa pesquisa propõe colabore para melhorar as condições de demarcar o conceito de vínculo na saúde coletiva, particularmente na saúde mental, e de escolher métodos e técnicas de pesquisa que se mostrem mais adequados. Do ponto de vista local, esperamos que essa pesquisa contribua para a qualificação do cuidado em saúde mental na AB de Belo Horizonte.

2 REVISÃO DA LITERATURA E PROBLEMA DE PESQUISA

2.1 PRODUÇÃO DE VÍNCULO NA ATENÇÃO BÁSICA

Para efeito desse estudo, o aprofundamento sobre o conceito de vínculo, em documentos e na literatura, se constituiu em etapa fundamental. Para tanto, foi realizada a leitura da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017) e da Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2010), visando a apreensão de definições e contextos nos quais o termo vínculo é trabalhado. Em seguida, foi realizada uma revisão exploratória da literatura sobre vínculo na Atenção Básica (AB) e foram buscadas as proposições de Campos (1999; 2003) acerca do arranjo organizacional de equipes de referência com apoio matricial como potencializador do vínculo na AB.

2.1.1 A REFERÊNCIA AO VÍNCULO NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) destaca a Atenção Básica (AB) como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pela ordenação dos fluxos e contrafluxos de usuários em todos os níveis de atenção em saúde. Segundo suas diretrizes, a população presente no território da Unidade Básica de Saúde (UBS) é denominada População Adscrita. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é apontada como a principal estratégia de consolidação e expansão da AB. A PNAB propõe que a vinculação de famílias a uma equipe multiprofissional de saúde e o atendimento no território favorece a criação de vínculo entre usuários/famílias e profissionais/equipes, ampliando a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (Brasil, 2017).

No texto da PNAB (Brasil, 2017) o termo vínculo(s) aparece(m) onze vezes. O vínculo aparece pela primeira vez no Artigo 7º, que versa sobre as responsabilidades comuns a todas as esferas do governo. Em um primeiro momento, aparece com o sentido de vínculo trabalhista. O Estado deve fortalecer os vínculos de trabalho e criar planos de carreira atrativos com vista a desenvolver a qualificação dos trabalhadores e a qualidade do serviço. No parágrafo seguinte, afirma-se que o Estado deve garantir o provimento e criar estratégias para a fixação dos trabalhadores da atenção básica, com vistas a possibilitar a oferta do cuidado e garantir o vínculo entre trabalhadores e usuários. Nesse segundo momento, a permanência dos

trabalhadores é considerada fator relevante para a possibilidade de criação dos vínculos com a população.

O termo vínculo volta a aparecer no Anexo que trata da Operacionalização da PNAB (Brasil, 2017). Para a organização da execução da AB nos municípios, a PNAB estabelece princípios e diretrizes, caracteriza e relaciona os serviços que devem ser ofertados. Inicialmente, o vínculo aparece nas diretrizes População Adscrita, Longitudinalidade do Cuidado e Resolutividade. A primeira refere-se à população que reside em determinado território coberto por uma UBS. Para a política, o fato de cada UBS ser referência para determinada população visa “estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população” (Brasil, 2017, p.8), o que garantiria a longitudinalidade do cuidado e o reconhecimento da UBS como referência para as demandas em saúde.

Na diretriz de resolutividade, que traz a AB como ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população, o vínculo aparece na expressão *vínculos positivos*. A política afirma que, para ser resolutiva, a AB deve articular tecnologias de cuidado individuais e coletivas, através de “uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas sanitariamente efetivas” (Brasil, 2017, p.8). No que tange à Longitudinalidade do Cuidado, essa diretriz pressupõe a continuidade da relação de cuidado ao longo do tempo, “com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários” (Brasil, 2017, p.8). Nesse caso, o vínculo permitiria o acompanhamento dos efeitos dos múltiplos determinantes na vida das pessoas, evitando a iatrogenia, que em geral decorre do desconhecimento das trajetórias de vida dos usuários e da ausência de coordenação do cuidado.

Na sessão que dispõe sobre os tipos de equipe que podem compor a AB, o termo vínculo aparece na descrição das Equipes de Atenção Básica (eAB). Segundo a política, nessas equipes a organização das jornadas de trabalho dos profissionais e os dias de funcionamento devem se organizar de modo “que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado” (Brasil, 2017, p.12). Nesse ponto, o fator tempo que o profissional passa na unidade ao longo da semana é considerado importante para a criação do vínculo.

No que se refere às atribuições dos profissionais da AB (Brasil, 2017), o vínculo aparece uma vez nas responsabilidades comuns a todas as categorias profissionais e uma vez nas atribuições dos Gerentes de UBS. No primeiro, o vínculo aparece como um dos objetivos do acolhimento dos usuários na UBS, que deve viabilizar o estabelecimento do vínculo. No segundo, o vínculo se refere à relação entre os profissionais que atuam na UBS. Seria tarefa do gerente estimular o vínculo entre os profissionais, o que visa potencializar o trabalho em equipe. No entanto, o texto não deixa claro qual o tipo de vínculo desejado nesse caso, sugerindo o conceito como um sinônimo de boa relação.

Por fim, o termo vínculo aparece três vezes no texto que dispõe sobre o que deve caracterizar o processo de trabalho na AB. Esse deve ser caracterizado: a) pelo “desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação” (Brasil, 2017, p.25), o que deve potencializar a adesão do usuário ao cuidado compartilhado com os profissionais. b) pela postura, atitude e tecnologia do cuidado empregada pelo profissional no acolhimento à demanda espontânea, o que se reflete “nos modos de construção de vínculos (sensibilidade do trabalhador, posicionamento ético situacional), podendo facilitar a continuidade do cuidado ou facilitando o acesso sobretudo para aqueles que procuram a UBS fora das consultas ou atividades agendadas” (Brasil, 2017, p.26); c) pela preocupação com a implementação de diretrizes para a qualificação dos modelos de atenção e gestão, dentre eles a “constituição de vínculos solidários” (Brasil, 2017, p.29).

O uso das expressões *vínculos positivos*, *relações de vínculo* e *vínculos solidários*, indicam a polissemia do conceito ao longo do texto da PNAB. Percebe-se que o vínculo é considerado a priori como algo positivo, que depende da permanência dos trabalhadores nas unidades de saúde, ao mesmo tempo em que deve ser sempre um objetivo do acolhimento aos usuários. Ora o vínculo refere-se à relação do trabalhador-serviço -vínculo empregatício-, ora trabalhador-trabalhador e ora trabalhador-usuário. Com maior frequência na PNAB, o vínculo se atrela à longitudinalidade do cuidado, sendo a relação entre trabalhador-usuário-serviço determinante para o reconhecimento, por parte do usuário, da UBS como referência para o cuidado em saúde.

2.1.2 A REFERÊNCIA AO VÍNCULO NA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada no ano de 2003, visando a operacionalização das diretrizes do SUS no cotidiano dos serviços de saúde. A estruturação dessa política se deu a partir da avaliação dos serviços de saúde que, dentre outros pontos, evidenciou o despreparo de muitos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que o trabalho em saúde pressupõe (Brasil, 2010). A humanização diz respeito à valorização de todos os sujeitos implicados na produção de saúde - usuário, trabalhador e gestor - e tem como valores norteadores a “autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de *vínculos solidários*, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão” (Brasil, 2010, p. 4).

Para a PNH, a rede de saúde é uma rede viva, que passa primeiramente pelas relações humanas. No âmbito da AB, o cuidado acontece dentro do território em que as pessoas moram e constroem suas vidas cotidianamente. Cada pessoa que vive no território tem o direito de ser acompanhado por uma equipe de AB que, por sua vez, deve se corresponsabilizar pelas questões de saúde individuais e coletivas daqueles indivíduos. A AB lança mão de tecnologias relacionais com elevada complexidade para operacionalizar o cuidado, pois lida com questões complexas - que dizem respeito ao viver, sofrer, adoecer e morrer na contemporaneidade - com poucos equipamentos disponíveis (Brasil, 2010). Seus espaços favorecem encontros potentes entre trabalhadores-trabalhadores e entre estes e os usuários. Mas, para isso, “é necessário considerar o diálogo, a convivência e a interação do que cada um traz, por meio das diversas formas de comunicação, dos costumes, dos saberes, dos corpos, das crenças, dos afetos, das expectativas e necessidades” (Brasil, 2010, p.44).

Na PNH, a produção de vínculos é o dispositivo relacional que assume lugar fundamental para o cuidado em saúde e é potencializado na AB pelo seguimento dos casos ao longo do tempo. O vínculo diz respeito a um processo que ata ou liga dois sujeitos, gerando uma ligação afetiva entre ambos. No caso das relações construídas na rede de saúde, a produção dos vínculos acontece mediada por essa rede. Isso implica um encontro entre dois sujeitos - ambos munidos de suas intenções, razões e sentimentos - em situação de desequilíbrio, pois possuem habilidades e expectativas diferentes. O usuário chega ao encontro como aquele que

busca assistência e o trabalhador como profissional supostamente capacitado para assisti-lo, o que coloca condições específicas para que o vínculo aconteça (Brasil, 2010).

No entanto, a PNH aposta na possibilidade de construção de um “comum” entre os diferentes interesses de trabalhadores e usuários. Para que esse comum seja possível, é necessária a criação de espaços coletivos onde encontros entre as pessoas ocorram. Estes podem ocorrer nos atendimentos no espaço da UBS, em visitas domiciliares, em grupos, caminhadas, sala de vacina. A aposta é de que nesses momentos aconteçam conversas nas quais os problemas apareçam, podendo ser analisados e enfrentados. É nesses espaços que podem ser construídos vínculos capazes de produzir graus crescentes de autonomia e corresponsabilidade, possibilitando acordos de cuidado compartilhados. No encontro entre usuário e profissional, a partir de uma escuta qualificada, deve ser considerado o desejo, o interesse e a compreensão do usuário, bem como suas possibilidades concretas de seguir aquilo que lhe é ofertado enquanto tratamento. Ofertar algumas possibilidades ao invés de saídas protocolares é importante para que o usuário possa definir conjuntamente e se corresponsabilizar com os resultados (Brasil, 2010).

Esses espaços de encontro não dizem respeito apenas ao encontro entre trabalhadores e usuários, mas também entre os próprios trabalhadores. A PNH aposta nas reuniões de equipe, nos encontros para o café e nos corredores dos serviços como espaços onde cada trabalhador pode acolher o outro e também ser acolhido, propiciando reflexões e a criação de uma rede de apoio. Nesses momentos o trabalhador se fortalece e se reconhece como sujeito de sua história individual, mas também de um coletivo. Nessa perspectiva, a qualidade do vínculo entre trabalhador e usuário é interdependente da qualidade dos vínculos entre a própria equipe. Isso pois, como já apontado, é necessário que o trabalhador se reconheça como capaz de ofertar cuidado em saúde para que o vínculo entre ele e o usuário aconteça, e sua capacidade estará atrelada ao trabalho em equipe e em rede, onde saídas criativas e coletivas podem ser encontradas para os problemas (Brasil, 2010).

Em suma, a PNH “aposta na grupalidade, na potência de afetar e sermos afetados na prática clínica, individual e coletiva” (Brasil, 2010, p.62), pois acredita que a vida é o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado, e não individualmente. As afetações produzidas nos encontros facilitam ou dificultam a criação de vínculo. Na AB o vínculo “construído no tempo, com o seguimento dos

casos, pode facilitar a identificação de objetos de investimento que cada pessoa tem para além do sofrimento/doença” (Brasil, 2010, p.51), caracterizando assim um vínculo terapêutico. Por fim, a PNH aposta no estabelecimento de vínculos solidários, que podem se constituir se profissionais e população se empenharem para a “construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, tendo como princípio ético a defesa e afirmação de uma vida digna de ser vivida” (Brasil, 2010, p.149).

No âmbito da PNH, um de seus dispositivos, o apoio matricial, chama a atenção por sua condição de potencializar o vínculo na Atenção Básica.

2.1.2.1 O APOIO MATRICIAL COMO POTENCIALIZADOR DO VÍNCULO NA ATENÇÃO BÁSICA

A PNH aponta o Apoio Matricial na AB como um dispositivo que contribui para a melhor atenção ao usuário, o que favorece a responsabilização e a produção de vínculos (Brasil, 2010). Diante disso, de acordo com os objetivos dessa pesquisa, se faz pertinente um exame mais detido sobre o apoio matricial.

Para Campos (2003), a produção de vínculos é um recurso terapêutico. A terapêutica é uma parte importante da clínica que busca meios adequados para a cura, reabilitação, prevenção de danos e alívio do sofrimento. O fortalecimento de vínculos entre usuário, comunidade e família, por um lado, e equipe de saúde, por outro, seria um dos meios adequados para o estabelecimento de uma clínica de qualidade.

Baseado na teoria do vínculo de Pichon-Rivière, Campos (1999) reconhece o vínculo terapêutico como um processo que deve levar em conta as necessidades de cada sujeito e os limites e capacidades da equipe e dos usuários. Sendo assim, não é possível considerar padrões de vínculos bons ou maus a priori. O modelo biomédico, no entanto, ao objetivar a doença destacando-a da pessoa enferma, impossibilitaria de saída o vínculo terapêutico. A superação desse modelo, com a incorporação das dimensões subjetiva e social dos usuários, poderia produzir movimentos e contextos que estimulam os vínculos terapêuticos.

Por se tratar de um recurso relacional, a constituição do vínculo é dependente de movimentos bilaterais, da equipe de saúde, por um lado, e do usuário, por outro. A base do

vínculo, por parte da equipe, é o compromisso com a saúde daqueles que os demandam. Já por parte do usuário, a base do vínculo seria o crédito dado à equipe como aqueles que podem contribuir para a defesa de sua saúde. Nessa perspectiva, a construção do vínculo estimula progressivamente outro padrão de responsabilidade pela coprodução de saúde daqueles que vivem em sua microrregião (Campos, 2003).

Para Campos (1999), existem dois grupos de obstáculos para a possibilidade de uma clínica ampliada, com gradientes mais amplos de vínculo. O primeiro diz respeito à criação do vínculo entre profissionais e usuários ao longo do tempo. Há uma predominância da relação pontual e fragmentada, na qual diferentes profissionais acolhem episódios recortados da vida do usuário, sem um acompanhamento longitudinal. O segundo é relacionado à redução dos projetos terapêuticos à dimensão médica e a uma tendência das especialidades de reduzirem suas ações ao núcleo de saberes de sua formação original.

Ao propor o arranjo das equipes de referência com apoio especializado matricial, Campos (1999) parte do pressuposto de que as mudanças nos padrões de responsabilidade pela coprodução de saúde seriam estimuladas pela reordenação do trabalho em saúde a partir da diretriz do vínculo terapêutico entre equipe e usuários. O apoio matricial qualificaria o cuidado da equipe de referência, aumentando sua resolutividade. As equipes de referência, por sua vez, possibilitariam que o vínculo fosse tratado de forma cotidiana.

O apoio matricial é um arranjo organizacional que se operacionaliza sobre três formatos: através de orientações entre apoiadores e ESF, por atendimentos ou intervenções conjuntas entre o profissional de referência e o apoiador ou por atendimento ou intervenção realizada pelo apoiador. Ainda que um apoiador seja acionado, a equipe de referência continua responsável pela condução dos casos sob sua responsabilidade. O apoiador matricial é um especialista com perfil diferente do profissional de referência, mas que contribui com intervenções que aumentam a resolutividade da equipe de referência, responsável pela coordenação do cuidado de cada caso (Campos & Domitti, 2007). Nesse sentido, o apoio matricial é um dispositivo que pode potencializar a construção de vínculo entre usuários e eSF, na medida em que dá suporte e amplia a clínica das ESF, o que aumenta as condições de se responsabilizar pelo usuário e contribuir para a defesa de sua saúde.

2.1.3 VÍNCULO E ATENÇÃO BÁSICA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA EXPLORATÓRIA

Visando o conhecimento sobre a temática do vínculo na AB no Brasil, foi realizada busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) de estudos em língua portuguesa que contivessem no título o descritor “Vínculo” associado aos descritores “Atenção Primária à Saúde” ou “Atenção Básica à Saúde” ou “Saúde da Família” ou “Estratégia de Saúde da Família”. A seleção dos descritores foi feita com base em consulta ao DeCS - Descritores em Ciências da Saúde. Foram selecionados apenas artigos publicados em periódicos indexados, sem limite de data de publicação definido. O resultado da pesquisa apresentou quarenta e cinco trabalhos. Desses, foram excluídas seis teses e seis dissertações, além de doze artigos duplicados. Restaram vinte e um artigos, os quais estão dispostos no Quadro 1.

| | Artigo | no | Autores |
|--|--|-----------|--|
| | Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família | 004 | Schimith, M. D.; Lima, M. A. D. S. |
| | Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. | 008 | Santos, A. M.; Assis, M. M. A; Nascimento, M. A. A; Jorge, M. S. |
| | Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde | 009 | Monteiro, M. M.; Figueiredo, V. P.; Machado, M. F. A. S. |
| | Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo | 009 | Coelho, M. O.; Jorge, M. S. B. |
| | A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no programa saúde da família. | 011 | Pinheiro, P. M.; Oliveira, L. C. |
| | O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família | 012 | Vieggas, S. M. F.; Penna, C. M. M. |
| | Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na ESF | 012 | Baratieri, T; Teixeira M, E. N.; Silva M, S |

| | | | |
|---|---|-----|---|
| | Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose | 012 | Nogueira, J. A.; Oliveira, L. C. S.; Sá, L. D.; Silva, C. A.; Silva, D. M.; Villa, T. C. S. |
| | Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária a Saúde | 013 | Silva, C. S., Paes, N. A., Figueiredo, T. R. M. R.; Cardoso, M. A. A.; Silva, A. T. M. & Araújo, J. S. S. |
| 0 | Afeto, proximidade, frequência e uma clínica hesitante: bases do "vínculo" entre pacientes com síndrome de Down e a Atenção Primária à Saúde? | 013 | Fontanella, B. J. B.; Setoue, C. S.; Melo, D. G. |
| 1 | Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade | 013 | Storino, L. P.; Souza, K. V.; Silva, K. L. |
| 2 | Estratégia saúde da família e a construção do vínculo no controle da tuberculose pulmonar na Rocinha-RJ | 015 | Sousa, T. F. |
| 3 | Vínculo profissional-usuário: competência para a atuação na Estratégia Saúde da Família | 015 | Stein B. D., Dallas P. A. Teixeira M. M., Rupolo, I. S. Backes, M. T., & Büscher, A.. |
| 4 | Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. | 016 | Girao, A. L. A.; Freitas, C. H. A. |
| 5 | Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família | 016 | Santos, R. C. A.; Miranda, F. A. N. |
| 6 | Acesso e vínculo ao tratamento de tuberculose na atenção primária em saúde | 016 | Neves R. R., Ferro P. S., Nogueira L. M. V., Rodrigues I. L. A. |
| 7 | Matriz Avaliativa do Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: processo de validação por especialistas | 017 | Cunha, E. M., Andrade, G. R. B., Oliveira, C. C. M., Marques, M. C., Vargens, J. M. C., O'Dwyer, G., & Gondim, G. M. M. |
| 8 | A construção do vínculo entre o homem e o serviço de atenção básica de saúde | 017 | Vago D. D. S., Domingues, P. T., Gomes, A. M., & Ferreira, S. N. M. |
| 9 | Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde | 017 | Graff, V. A. & Toassi, R. F. C. |

| | | | |
|---|---|-----|--|
| 0 | Adesão/vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família | 018 | Rego, A. S.; Radovanovic, C. A, T. |
| 1 | A construção do vínculo das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família com as gestantes HIV positivo | 019 | Alves, C. P.; Guelber, F.; Silva, A. M.; Borges, C P. A. |

Quadro 1 – Relação de artigos incluídos na revisão exploratória

A partir da leitura dos artigos, foi possível notar a fragilidade semântica do termo vínculo na literatura sobre a Atenção Básica (AB). Dos vinte e um artigos consultados, dois propuseram definições de vínculo. O primeiro aponta que o vínculo na Atenção Primária à Saúde (APS) “pode ser compreendido como uma relação interpessoal entre usuário e profissional de saúde estabelecida ao longo do tempo, caracterizada por confiança e responsabilidade” (Viegas et al., 2012, p. 376). O segundo estudo delimita a concepção de vínculo a partir da compreensão de “uma relação tipo sujeito-sujeito, do espaço de atuação profissional com a inclusão do contexto local, modos e estilos de vida e a ampliação do eu com o outro para o sujeito-sujeito-família e comunidade, construído na tessitura das redes de informações existentes no território” (Santos et al., 2016, p.353).

O segundo estudo aponta para o caráter polissêmico do termo vínculo e marca as diferentes perspectivas em que o vínculo pode aparecer na política de saúde - como diretriz, tecnologia de relação, objetivo. Nessa definição, é relevante o reconhecimento de que o vínculo não pode ser entendido como referente apenas aos dois atores presentes no encontro, mas também à coletividade a qual ambos estão inseridos, sendo assim mais abrangente que a definição apresentada no primeiro artigo citado.

A conceitualização do termo é particularmente frágil em estudos que visam abordar o papel do vínculo na atenção primária para determinadas linhas de cuidado, como usuários vivendo com tuberculose, hipertensão, HIV/AIDS (Alves et al. 2019; Neves et al., 2016; Rego et al., 2018; Silva et al. 2013; Vago et al., 2017). Nesses estudos, o vínculo aparece atrelado ao conceito de adesão, aparecendo por vezes até como sinônimos. São estudos que buscam discutir as especificidades das demandas em saúde desses usuários, a postura dos trabalhadores da AB diante dessas e as consequências deste encontro para a adesão ou não ao tratamento proposto.

Outros estudos trazem o vínculo como um atributo relacional que seria essencial para a efetividade do cuidado em saúde na atenção básica. Ora o vínculo aparece como fundamental para o fortalecimento da autonomia do usuário (Graff et al., 2017; Monteiro et al., 2009; Santos et al., 2008; Silva et al., 2013;), ora associado ao dispositivo do acolhimento, sendo esse último considerado um componente que possibilita a criação do vínculo (Coelho et al., 2009; Girão et al., 2016; Pinheiro et al., 2011; Schimith et al., 2004; Storino et al., 2013). Em relação ao princípio da integralidade do cuidado, o vínculo é considerado estratégia necessária para o seu alcance por permitir uma horizontalidade das relações (Baratiere et al., 2012; Vieggas et al., 2006).

A longitudinalidade do cuidado, compreendida como a continuidade do cuidado ao usuário ao longo do tempo, em todas as fases da vida e em diferentes demandas em saúde, apareceu em dois artigos sob a expressão *vínculo longitudinal* (Baratieri et al., 2012; Cunha et al., 2017). Baratieri et al. (2012) aponta o vínculo como o que permitiria a continuidade do cuidado, uma vez que ele pressupõe “uma relação interpessoal estreita entre o profissional de saúde e o usuário, aprofundada no decorrer do tempo, à medida que ambos se conhecem gradativamente e melhor, mediante relações de escuta, diálogo, respeito e confiança” (Baratieri et al., p.13, 2012).

O segundo artigo que traz a expressão *vínculo longitudinal* refere-se à validação de uma Matriz Avaliativa do Vínculo Longitudinal na Atenção Primária. O instrumento tem como objetivo ser uma ferramenta concisa e de fácil aplicação por gestores locais para a avaliação de valores e princípios presentes no cotidiano da AB. Para sua construção, foram consideradas três dimensões que compõem o conceito do vínculo longitudinal (Cunha et al., 2017). Diante da polissemia do termo vínculo e da fragilidade de sua conceituação na literatura consultada, conhecer tais dimensões se torna relevante.

A primeira dimensão diz respeito ao reconhecimento da Unidade Básica de Saúde (UBS) como referência para o cuidado ambulatorial da maioria das demandas em saúde do usuário e é fundamentada no princípio organizativo da territorialização. A segunda dimensão refere-se à relação interpessoal entre o usuário e os trabalhadores da Atenção Básica (AB), correspondendo ao vínculo terapêutico. A continuidade da informação, terceira dimensão, diz da organização em prontuário da informação clínica e social de cada usuário. O registro

possibilitaria a conexão da informação entre diferentes profissionais envolvidos no cuidado (Cunha et al., 2017).

A segunda dimensão se refere mais especificamente ao aspecto relacional, na forma do vínculo terapêutico. Os autores apontam alguns critérios que definiriam uma boa relação terapêutica, sendo eles: “disponibilidade de tempo, forma adequada de se comunicar, duração da relação ao longo do tempo e o reconhecimento dos fatores psicossociais do paciente” (Cunha et al., 2017, p. 250). Para além disso, deve incluir a promoção e a valorização da autonomia do usuário (Cunha et al., 2017).

Para a sustentação teórica da dimensão do vínculo terapêutico, os autores do instrumento fundamentam-se no conceito de tecnologia leve proposto por Emerson Merhy. O conceito se refere às práticas de produção de saúde que se dão pela relação, baseado no trabalho em ato produzido no dia a dia dos serviços de saúde, através da relação entre sujeitos usuários e trabalhadores. Essas práticas relacionais operam sob uma lógica de que o usuário é também sujeito da produção de saúde e deve ser protagonista dos atos de cuidado (Merhy & Franco, 2003).

As tecnologias leves fazem contraponto a um modelo técnico assistencial que prioriza o poder médico hegemônico, centrado no uso de tecnologias leve-duras, que dizem respeito aos saberes técnicos estruturados, e tecnologias duras, referentes aos aparelhos e instrumentos (Merhy & Franco, 2003). Assim como Cunha et al. (2017), outros estudos da presente revisão sustentam o vínculo como um dos dispositivos que compõem as tecnologias leves de cuidado em saúde (Coelho et al., 2009; Graff et al., 2018; Girão et al., 2016; Pinheiro et al., 2011; Santos et al., 2016; Stein et al., 2015).

A expressão vínculo terapêutico, por sua vez, não aparece nos outros estudos que compõem a presente revisão. Apesar disso, a dimensão terapêutica do vínculo é citada por muitos autores (Baratieri et al., 2012; Cunha et al., 2017; Girão et al.; Graff et al., 2017; 2016; Pinheiro et al., 2011; Santos et al., 2008; Santos et al., 2016; Schmith et al., 2004; Silva et al., 2013; Sousa et al., 2015; Vieggas et al., 2006). Essa dimensão diz de um potencial que o vínculo carrega em si como tratamento e é baseada nas propostas de Campos (1999). O autor propõe o conceito de vínculo terapêutico como uma alternativa ao padrão de vínculo hierarquizado comum aos serviços de saúde (Campos, 1999).

Por fim, dois estudos trouxeram o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como uma espécie de profissional agenciador do vínculo entre profissional/equipe e usuários/famílias (Santos et al., 2008; Vieggas et al., 2012). A pesquisa de Vieggas et al. (2012) indica que como o ator mais próximo da realidade dos sujeitos, o ACS atua como uma ponte de apoio que permite ao usuário uma abertura e facilita o estabelecimento do vínculo com a equipe. Na mesma direção, Santos et al. (2008) aponta o ACS como profissional “portador natural do vínculo”, possibilitando, assim, uma relação de confiança e cumplicidade que é herdada pelos outros trabalhadores, o que potencializa o vínculo entre eles e os usuários. Todavia, o termo “portador natural” é problemático, pois por se tratar de um dispositivo relacional que ocorre entre eSF e usuário não é adequado pensar que alguém “porta” naturalmente esse vínculo, mas sim que ele é produzido em cada encontro e, no caso do ACS, é potencializado por sua posição híbrida de trabalhador/morador da comunidade.

A partir dessa breve revisão exploratória, o vínculo fica evidenciado como um conceito de difícil caracterização, conforme já evidenciado em estudo de Barbosa e Bosi (2017), embora reconhecido como dispositivo fundamental para o cuidado na AB, frequentemente atrelado a outros conceitos da política de saúde. É reconhecido como uma tecnologia leve de cuidado em saúde sob a forma do vínculo terapêutico e, no contexto da AB, o ACS é um profissional que pode facilitá-lo. Por fim, ao mesmo tempo que os vínculos são potencializados pela longitudinalidade do cuidado na AB, eles também possibilitam que a continuidade do cuidado aconteça. Sendo assim, vínculo e longitudinalidade são categorias que se retroalimentam.

Por outro lado, apesar de não trazerem uma conceituação do vínculo, esses textos fornecem importantes pistas para a caracterização do vínculo no âmbito da AB. Nesse cenário, o vínculo: a) é centrado nos usuários/famílias adscritas e trabalhadores/equipes de referência (Brasil, 2017); b) tem como *setting* o território (Brasil, 2017); c) parte de um desequilíbrio de poder (Brasil, 2010); d) é mediado pela rede de saúde (Brasil, 2010).

A questão da mediação pela rede de saúde merece especial atenção. Barbosa e Bosi (2017) consideram que, sendo o vínculo de algo próprio do campo relacional humano, seu uso instrumental como “um meio para se alcançar determinado fim” (p.1006) deve ser avaliado de forma crítica. Isso porque o vínculo humano não é algo necessariamente positivo, ele pode existir de forma hierarquizada, submissa ou violenta, por exemplo. Nesse sentido, ao transpor o conceito de vínculo para o campo da saúde pública, em especial para a AB, é necessário que

sejam estabelecidos parâmetros ético-políticos que balizem essa “produção ativa de vínculo” (Onocko-Campos, 2003, p.128) propiciada/almejada pelo modelo das Equipes de Saúde da Família (eSF) – cuidado centrado na equipe de referência, população adscrita, cuidado no território.

A partir da busca efetuada até aqui, esse estudo considera como parâmetros ético-políticos para o vínculo na saúde coletiva, em especial na AB, que: a) seja levado em conta as necessidades e possibilidades de cada usuário/família, mas também das equipes (Campos, 1999); b) usuários e trabalhadores possam afetar e ser afetados nos encontros (Brasil, 2010); c) seja buscado identificar “objetos de investimento que cada usuário tem para além do sofrimento/doença” (Brasil, 2010, p.51); d) o acesso à saúde seja reconhecido como um direito de cidadania (Brasil, 2017).

2.2 VÍNCULO: CAMINHOS TEÓRICOS

Ainda que tenha sido possível caracterizar o tipo de vínculo que interessa a esse estudo, ou seja, o vínculo produzido entre usuários com sofrimento psíquico/familiares e trabalhadores/equipes no cotidiano da AB, é reconhecida a necessidade do desenho de um lastro conceitual mais robusto (Barbosa e Bosi, 2017). Ao propor a diretriz do vínculo terapêutico na AB, Campos (1999) aponta a psicanálise como o campo de produção teórica e metodológica que mais se debruçou sobre os padrões de vínculos existentes nas relações de cuidado em saúde, tendo, assim, contribuído para a concepção de vínculo para a saúde coletiva. Diante disso, é relevante retomar os autores que contribuíram para problematizar a temática do vínculo na saúde coletiva. Para tanto, será analisado o conceito de transferência em Freud, algumas proposições de Balint acerca da relação médico-paciente e, por fim, a teoria do vínculo de Pichon-Rivière que, apesar de ser psicanalista de origem, propôs uma psicologia social operativa.

2.2.1 O CONCEITO DE TRANSFERÊNCIA EM FREUD

A psicanálise como teoria e método foi proposta por Sigmund Freud (1856-1939) e, em uma definição breve do autor, é o nome de

1) um procedimento para investigação de processos psíquicos que de outro modo são dificilmente acessíveis; 2) de um método de tratamento de distúrbios neuróticos, baseado em investigação; 3) de uma série de conhecimentos psicológicos adquiridos dessa forma, que gradualmente passam a construir uma nova disciplina científica (Freud, 1923, p. 274).

Inicialmente, os métodos terapêuticos utilizados por Freud para a supressão de sintomas neuróticos eram a hipnose e o método catártico. Todavia, a prática demonstrou que o seu êxito só se mantinha a depender da relação do paciente com o médico, pois, nos casos em que tal relação era perturbada, os sintomas retornavam. Da ruptura com a técnica da hipnose, Freud propõe a associação livre como a “regra técnica fundamental” (Freud, 1923, p. 279) da psicanálise, que consiste em o paciente falar livremente sobre o que lhe vier à mente, sem selecionar os conteúdos. Desse modo, o médico deixa de ser aquele que sugestiona o que deve ser lembrado, assumindo o paciente esse lugar. Ao médico, por sua vez, caberia manter uma “*atenção uniformemente flutuante*” (Freud, 1923, p. 280, grifos do autor) ao conteúdo trazido.

O método proposto por Freud trouxe, assim, inovações à prática clínica médica, pois desloca o lugar do conhecimento sobre o adoecimento para o paciente, e não mais o situa no médico. Este saber é localizado no inconsciente do sujeito e o médico atua como um facilitador que o auxilia na condução desse saber sobre si. Desse modo, a cura dos sintomas acontece pela via das palavras proferidas pelo sujeito, sendo este então quem verdadeiramente opera o processo. A partir da psicanálise, então, a “prática clínica psicológica passa a vincular-se a uma demanda do sujeito, e não necessariamente a uma patologia, como no modelo médico” (Moreira, Romagnoli & Neves, 2007, p.613).

A respeito da relação entre médico e paciente no processo de análise, Freud descreveu e nomeou o fenômeno da transferência. Segundo o autor,

durante o tratamento analítico produz-se normalmente uma relação afetiva especial do paciente com o médico, relação que ultrapassa a medida racional, que varia entre a mais terna devoção e a mais dura hostilidade e que retira suas peculiaridades de atitudes amorosas antigas do paciente, que se tornam inconscientes. Essa *transferência*, que tanto em sua forma positiva como na negativa põe-se a serviço da *resistência*, torna-se o mais poderoso auxiliar no tratamento nas mãos do médico, e desempenha, na dinâmica do processo de cura, um papel que dificilmente se pode exagerar (Freud, 1923, p. 280, grifos do autor).

Essa transferência surge já no início do processo analítico e, em geral, se apresenta primeiro através de sentimentos afetuosos. No começo ela favorece que o processo aconteça, mas, em seguida, se apresenta como resistência ao movimento de análise. Tanto os afetos

amorosos - transferência positiva - como aqueles hostis - transferência negativa - devem ser reconhecidos como resistência e, sobre o seu manejo e superação, Freud aponta que “nós superamos a transferência demonstrando ao doente que seus sentimentos não têm origem na situação presente [e] nem se aplicam à pessoa do médico, mas repetem algo que já lhe ocorreu no passado” (Freud, 1917, p. 588). Assim, a partir da explicitação dessa repetição, o paciente é convocado a transformá-la em lembrança, o que desloca a resistência do lugar de entrave à parte do processo de cura.

Tão central torna-se a transferência para a psicanálise, que Freud propõe uma separação entre neuroses de transferência³ - neurose obsessiva, histeria de angústia e histeria de conversão - e neuroses narcísicas - psicoses. O primeiro grupo se diferencia pelo fato de a libido ser investida em objetos reais ou imaginários, enquanto no segundo o investimento se volta para o ego. Essa característica tornaria as neuroses de transferência privilegiadas para se submeterem à análise, pois seriam aqueles capazes de estabelecer a transferência (Freud, 1917).

Mesmo com essa centralidade atribuída à transferência, Freud pouco produziu a respeito da contratransferência. Essa, por sua vez, diz respeito aos sentimentos inconscientes do analista que decorrem da relação transferencial. Do reconhecimento da contratransferência se deriva, em partes, a exigência de que o médico que pratica a análise se submeta ele próprio à análise pessoal (Zambelli, Tafuri, Viana & Lazzarini, 2013). Em seu texto “Recomendações ao médico que pratica a Psicanálise” (Freud, 1912), o autor aponta que a partir do seu processo analítico o médico deve tomar conhecimento sobre os seus próprios complexos. Isso pois, caso eles não sejam analisados, podem perturbar a apreensão do que é oferecido pelo paciente ao longo do tratamento, caracterizando “um ‘ponto cego’ na sua percepção psicanalítica” (Freud, 1912, p.157). Ademais, corre também o risco de projetar aspectos de sua neurose sobre o paciente, podendo colocar desejos que são seus e que desconsideram a singularidade do analisando.

Outra recomendação de Freud é que “o médico deve ser opaco para o analisando, e, tal como um espelho, não mostrar senão o que lhe é mostrado” (Freud, 1912, p.159). O autor argumenta que se o médico coloca muito de si durante o processo analítico, isso dificulta: a) o surgimento de aspectos do conteúdo inconsciente do paciente; b) a resolução da transferência.

³ Essa separação perdeu força no desenvolvimento da psicanálise e hoje está em desuso, pois se entende como mais adequado considerar que os sujeitos estabelecem diferentes modos de transferência, os quais exigirão do profissional adequações à técnica psicanalítica (Laplanche e Pontallís, 2001).

Esse foi um importante ponto de discórdia e motivo de rompimento entre Freud e seu discípulo Sandor Ferenczi (1873 - 1933). Este último se propôs a analisar pacientes com quadros graves - fora do grupo das neuroses de transferência -, o que era contraindicado por Freud. A partir dessas novas experiências, passou a dar relevo aos sentimentos contra transferenciais do analista e propôs uma elasticidade da técnica psicanalítica, na qual a afetividade e a sensibilidade do analista devem ser consideradas para o sucesso terapêutico (Zambelli et al., 2013).

Embora a obra de Ferenczi não seja foco da pesquisa, evidenciar o seu ponto de atrito com Freud é relevante, pois o autor abre espaço na teoria psicanalítica para a flexibilização da técnica, do *setting* e da clientela da psicanálise. Os dois autores que serão tratados a seguir construíram suas teorias sob influências explícitas da psicanálise. Todavia, assim como Ferenczi, fizeram operar seus conceitos em *settings* muito distintos àqueles propostos por Freud e ampliaram as proposições acerca da relação médico-paciente.

2.2.2 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM BALINT

Michael Balint (1896-1970) foi um psicanalista húngaro discípulo de Ferenczi, que avançou na temática da transferência e da contratransferência. Para fins dessa pesquisa, trataremos de sua principal obra, intitulada “O médico, seu paciente e a doença” (Balint, 1988), mais especificamente sobre suas considerações acerca das especialidades médicas. A obra traz o conhecimento produzido em grupos de discussão, conduzidos pelo autor, que tratavam sobre a relação médico-paciente. Tais grupos, que posteriormente deram origem aos Grupos Balint, aconteciam na Clínica Tavistock em Londres entre os anos de 1949 e 1954 e eram compostos majoritariamente por médicos clínicos gerais, mas também por psiquiatras. Os grupos operavam a partir de relatos de casos da prática clínica dos participantes, com enfoque nos aspectos relacionais dessa prática (Balint, 1988; Brandt, 2009).

A partir de uma analogia à prescrição de medicamentos na prática médica, Balint aponta que a droga mais frequentemente utilizada pelos clínicos gerais é o próprio médico, pois tão importante quando a substância que se prescreve é o modo e o contexto no qual ela é ofertada. Todavia, diferentemente das demais drogas, não há “referências quanto a em que dosagem o médico deve prescrever-se a si mesmo, em que apresentação e posologia, qual suas doses de cura e manutenção” (Balint, 1988, p.1), e, o que considera mais grave, não existe uma bula que

advirta sobre os seus riscos e efeitos colaterais. Os grupos de discussão tinham como principal objetivo, então, “realizar um exame razoavelmente completo da sempre mutável relação médico-paciente, isto é, o estudo da farmacologia da substância *médico*” (Balint, 1988, p.3, grifo do autor).

No contexto londrino, os clínicos gerais eram médicos que atuavam no primeiro nível de atenção do National Health System (NHS)⁴, o que atribuía à relação médico-paciente um caráter longitudinal. Apesar de estes atenderem a uma clientela adscrita, havia uma certa liberdade para os pacientes escolherem o seu médico de referência, o que tornava as rupturas motivadas por aspectos relacionais - entre pacientes e médicos - explícitas e incômodas (Cunha, 2009). Esse contexto é importante para compreender a busca de muitos clínicos por, ao compartilhar seus casos nos grupos de discussão, ampliar suas habilidades relacionais e, assim, mitigar as chances dessas rupturas acontecerem.

Além disso, o fato de os clínicos gerais acompanharem os pacientes e suas famílias ao longo de diferentes momentos da vida e de distintas demandas em saúde, atribui a essa relação características distintas daquelas entre especialistas e pacientes. A principal diferença se detém no fato de que os especialistas têm conhecimentos que os permitem tratar apenas doenças do seu campo em especial, tendo assim limites bem estabelecidos de atuação. Sendo uma relação pontual e fragmentada, o especialista pouco sabe sobre a personalidade total do paciente. O clínico geral, por sua vez, é munido de informações que dizem não só da personalidade do paciente, mas também de seu ambiente, da qualidade de suas relações sociais, modo particular de lidar com o trabalho. Esse conhecimento em especial privilegia o olhar sobre o sujeito que experiencia a doença e dota o clínico geral de ferramentas terapêuticas relacionais que não compõem o repertório do especialista (Balint, 1988).

Outro ponto é que o ambiente privilegiado para a atuação do especialista é o hospital, local no qual o paciente é em especial resumido à sua enfermidade (Balint, 1988). Sobre isso, Balint (1988) destaca que “*há uma clivagem entre a ciência médica tal como exercida nos*

⁴ National Health System (NHS) é o sistema de saúde pública do Reino Unido criado em 1948 e tem como prioridade a atenção primária. É o sistema de saúde mais antigo do mundo e foi inspiração para a criação do SUS (Amorim e Perillo, 2014).

hospitais e a clínica geral nos consultórios médicos” (p. 35, grifo do autor), mas, apesar disso, os clínicos gerais são formados nos ambientes hospitalares, tendo os especialistas como principais referências de sucesso na carreira médica e a capacidade diagnóstica de um mal-estar físico como sinal de credibilidade e competência técnica. Nesse sentido, os aspectos terapêuticos da relação médico-paciente carecem de valorização e de investimento no âmbito formativo dos clínicos gerais.

Nas discussões em grupo, foi dado destaque a uma situação recorrente que recebeu o nome "conluio do anonimato" (Balint, 1988, p.81) e que se relaciona à questão das especialidades. Tal situação ocorre quando tantos são os médicos envolvidos no cuidado do paciente, que no decorrer do processo são tomadas decisões vitais, sem que nenhum profissional assuma a responsabilidade por essas condutas. Balint (1988) aponta possíveis fatores que atravessam essa relação especialista-clínico-paciente:

1) *Preferência pelo diagnóstico de enfermidades físicas* e a tendência a recomendar, sempre que possível, tratamentos físicos ou operações, mesmo nos casos em que esse procedimento não se encontra plenamente justificado; 2) O *excessivo peso da responsabilidade*, frente à qual cada uma das três partes reage derivando parte desta responsabilidade às outras duas, atitudes da resulta um *conluio do anonimato* quase que institucional; 3) A perpetuação da relação professor-aluno entre o clínico e o especialista, bem além do que seria compatível com a realidade; 4) A falta de compreensão quanto às tendências regressivas do paciente dentro dessa relação triangular, principalmente de sua inclinação a manobrar um profissional contra o outro ou os outros [...] (Balint, 1988, p.91, grifos nossos).

O autor considera que o clínico-geral deve ser aquele que assume a responsabilidade pelo caso e, para tanto, deve se tornar, gradativamente, mais independente dos especialistas que, por sua vez, devem se deslocar da posição de mestres para a de auxiliar do clínico. Mas, se por um lado é pouco provável que o especialista esteja disposto a despojar-se de sua autoridade, por parte do clínico também é difícil agregar mais responsabilidade ao seu trabalho. Dessa forma, o modo como a medicina se estrutura historicamente, baseada em um modelo hospitalocêntrico, favorece a formação de um *conluio do anonimato* quase institucionalizado (Balint, 1988).

Em relação ao lugar privilegiado das enfermidades físicas pela medicina, Balint aponta que diante do médico o paciente sempre oferta uma doença, a qual é descrita a partir de determinados sintomas. Quando o médico encaixa a sintomatologia ofertada em um diagnóstico preciso, nomeia a doença e propõe uma terapêutica, ambos tendem a ficar satisfeitos. O paciente

se regozija porque encontra um nome para o seu mal-estar e o médico porque tem sua capacidade técnica afirmada. Nessa dinâmica, aqueles pacientes que ofertam ao médico uma sintomatologia que não se enquadra em uma nosologia específica de uma doença orgânica são localizados em um lugar hierarquicamente menor (Balint, 1988).

Ocorre, no entanto, que a clientela dos clínicos gerais é composta em sua maioria por pacientes que recorrem ao serviço com queixas pouco específicas, que podem não se associar a diagnósticos fechados. Nesse encontro o autor propõe que há uma confusão de línguas entre médico e paciente. O clínico tende a querer tranquilizar o paciente com a palavra de que não foi encontrado nada de grave e que, portanto, não há com o que se preocupar, o paciente, por sua vez, continua sem respostas para a sua “doença inominada e assustadora” (Balint, 1988, p.23), sentindo-se frustrado e sem oportunidade para expressar seu desapontamento.

Como foi apontado pela revisão exploratória⁵, a produção de vínculos na atenção básica depende de que os trabalhadores se responsabilizem pela saúde daqueles que demandam o cuidado em saúde. Nesse sentido, a produção de Balint é particularmente rica para esse estudo, pois aponta como o modelo da formação médica - supervalorização das especialidades - contribui para a dispersão da responsabilidade e, por consequência, atravessa as condições de produção dos vínculos. Para além disso, em relação ao mal-estar provocado pelo paciente que possui queixas inespecíficas, sobretudo aquelas de origem emocional, Balint reconhece como causa o fato de o médico, nessa situação, sentir a sua capacidade técnica sendo colocada em dúvida. Como saída, o autor propõe, a partir da troca de experiência com os pares, o reconhecimento e a valorização das habilidades relacionais do médico como ferramenta terapêutica. Dessa forma, o médico se reconheceria como mais preparado para o atendimento de tais demandas, o que favoreceria a produção do vínculo.

Na ESF a oferta de cuidado é centrada na equipe multiprofissional e o setting é o território. Embora as proposições de Balint contribuam para a elucidação de importantes fatores que atravessam a produção de vínculos no âmbito da saúde, elas apontam para um cuidado ainda atrelado exclusivamente à figura do médico e construído na cena do consultório clínico.

⁵ Item 3.1.2

Diante desse impasse, buscou-se na obra de Pichon-Rivière considerações teóricas que possam colaborar para a compreensão de um vínculo menos indivíduo centrado.

2.2.3 TEORIA DO VÍNCULO DE PICHON-RIVIÈRE

Enrique Pichon-Rivière (1907-1977) foi um psiquiatra radicado na Argentina que se debruçou sobre o que nomeou uma psicologia social operativa. Tendo partido da psicanálise, o autor foi confrontado com a ausência de uma teoria psicológica que tivesse como premissa a inter-relação dialética entre o indivíduo e a sociedade (Pichon-Rivière, 2009). A psicologia social postulada por Pichon-Rivière tem como objeto de estudo a relação entre estrutura social e configuração do mundo interno do sujeito, relação abordada através da noção de vínculo. Para o autor, o vínculo diz respeito "à maneira particular pela qual cada indivíduo se relaciona com o outro ou outros, criando uma estrutura particular a cada caso e a cada momento" (Pichon-Rivière, p.3, 2007).

Para a elaboração de sua teoria do vínculo, o autor propõe a ampliação dos conceitos psicanalíticos de transferência e de relações de objeto. O primeiro foi proposto por Freud e diz respeito ao fenômeno no qual o paciente reatualiza desejos inconscientes sobre a figura do terapeuta no processo analítico. Trata-se da repetição de protótipos infantis no presente, sendo o afeto experienciado com intensa sensação de atualidade. Para Pichon-Rivière (2009) em cada ocasião em que um indivíduo se encontra com outro há situação transferencial, não sendo assim exclusiva do contexto analítico. Trata-se de "um processo de adjudicação de papéis inscritos no mundo interno de cada sujeito" (Pichon-Rivière, 2009, p.223).

O conceito de relações de objeto, desenvolvido pela psicanalista inglesa Melanie Klein (1882-1960), é retomado pelo autor para a compreensão da constituição do mundo interno dos sujeitos como social, e não instintiva. Segundo Pichon-Rivière (2009), há por parte do sujeito a internalização de experiências sociais externas muito precoces, que constituem os seus vínculos internos. Essas estruturas vinculares incluem o sujeito, o objeto e suas mútuas inter-relações. Assim, o mundo interno é composto pelos vínculos internalizados que estão em constante interação dialética com os objetos do mundo exterior. O autor propõe então que a relação de objeto é a estrutura interna do vínculo. O vínculo interno, por sua vez, condiciona aspectos externos e visíveis do comportamento do sujeito. Trata-se de um vínculo mais ou

menos estável e mais ou menos permanente que é expressa pela maneira habitual do sujeito se comportar.

A partir da ampliação dos conceitos de transferência e relações de objeto, o autor marca a inexistência de relações impessoais, pois todo vínculo de dois se estabelece a partir de vínculos anteriores condicionados historicamente. Desse modo, “o vínculo é sempre um vínculo social, mesmo sendo com uma só pessoa” (Pichon-Rivière, 2007, p.31). O autor considera que todo o conjunto de comportamento de um sujeito - gestos, palavras, expressões - está empenhado no estabelecimento de uma comunicação. Esse processo ocorre através da assunção e adjudicação de papéis, que está presente em toda relação interpessoal. Existe um permanente interjogo de papéis assumidos e atribuídos e, em condições normais, cada sujeito desempenha papéis múltiplos. O status, por sua vez, relaciona-se ao prestígio social atribuído a determinados papéis e pode ser quantificado em termos de um baixo ou alto status. A boa comunicação entre dois sujeitos depende de que ambos assumam o papel que o outro lhe atribui e, caso não ocorra, a comunicação fica prejudicada.

No processo psicoterapêutico o paciente estabelece um tipo de vínculo particular com o analista, o vínculo terapêutico (Pichon-Rivière, 2007). Como em toda relação, há na cena analítica adjudicação de papéis. Inicialmente, o analista deve aceitar o papel que lhe é atribuído para que seja possível o estabelecimento da comunicação. O autor marca a relevância desse primeiro contato como uma amostra para o paciente de como serão os contatos posteriores. Ao longo do processo o terapeuta deve funcionar como um bom depositário, capaz de suportar o que o paciente deposite nele - sendo bom ou mau. Por intermédio das interpretações o terapeuta traz à tona o conteúdo latente do vínculo estabelecido entre eles:

Na adjudicação sucessiva de papéis que aí se realiza, o psicoterapeuta deve ter a flexibilidade suficiente para assumir o papel adjudicado (transferência), não o atuando (*acting in* do terapeuta), mas introduzindo-o (interpretando) em termos de uma conceitualização, hipótese ou fantasia acerca do acontecer subjacente do outro, estando atento para sua resposta (emergente), que, por sua vez, deve ser retomada num contínuo em forma de espiral (Pichon-Rivière, 2009, p.25, grifo do autor)

O caráter terapêutico reside no fato de o terapeuta se informar da adjudicação que lhe é atribuída, permitindo que a comunicação ocorra. Compreender a completude de comportamentos do outro como tentativa de comunicação obriga o terapeuta a não fazer julgamentos de valor. Ao invés disso, deve-se estar atento à finalidade de comunicação, com a

compreensão de que a conduta do sujeito é a única possível naquele momento e naquela situação vincular particular (Pichon-Rivière, 2007).

Em suma, o vínculo é uma ampliação do conceito de relação de objeto. Inclui um sujeito, um objeto e sua mútua inter-relação através do processo de comunicação. Essas relações intersubjetivas têm matizes particulares, por serem influenciadas pelo mundo interno de cada sujeito envolvido. A comunicação implica um emissor, um receptor e a codificação e decodificação das mensagens. No processo comunicacional o sujeito e o objeto realimentam-se mutuamente. Na interação há uma internalização dessa estrutura relacional, que se torna intra-subjetiva. A estrutura será positiva ou negativa dependendo dos sentimentos de gratificação ou frustração que acompanharem essa construção inicial do vínculo (Pichon-Rivière, 2009).

2.3 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA

O cuidado em Saúde Mental (SM) no SUS é orientado pela reforma psiquiátrica e se operacionaliza a partir de serviços substitutivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A AB é o principal ponto da RAPS responsável por desenvolver ações de promoção e prevenção em saúde mental (Brasil, 2013). Por ser um serviço de base territorial e comunitária, caracterizado pela longitudinalidade do cuidado e pela equipe de referência, o potencial de vínculo entre usuários com sofrimento psíquico grave, seus familiares e ESF é superior ao dos demais pontos de atenção (Lancetti & Amarante, 2006). Essas características marcam a atenção básica, e em especial a ESF, como local estratégico para o cuidado em SM no SUS (Brasil, 2013).

Apesar da importância da produção de vínculos como estratégia de cuidado na AB (PNAB, 2017), alguns obstáculos podem se impor, como a manutenção do modelo de assistência biomédico e a tendência às especialidades (Campos, 1999). No caso específico do cuidado em SM, além dos fatores citados, o estigma atribuído às pessoas com sofrimento psíquico também influencia a qualidade do vínculo entre esses usuários/famílias e os trabalhadores/equipe na AB (Chiaverini, 2011). Goffman (1988) define o estigma como um sinal que evidencia algo depreciativo do sujeito, utilizado para separar um grupo dominante de um indivíduo ou grupo de pessoas que possuem determinadas características que os diferenciam

da norma. Em função do estigma, os indivíduos e/ou grupos são objetos de discriminação e passam a ser publicamente evitados (Goffman, 1988).

Em relação às pessoas com sofrimento psíquico, há uma tendência na população geral em considerá-los "imprevisíveis" e "perigosos", o que resulta em comportamentos de evitação e diminuem as possibilidades de oferta de ajuda (Chiaverini, 2011; Nascimento & Leão, 2019). Os profissionais de saúde também podem reproduzir esse comportamento, pois a formação tradicional da área da saúde privilegia os hospitais psiquiátricos e os ambulatórios de psiquiatria como espaços de ensino em saúde mental. Nesses serviços, os estudantes têm contato com usuários com transtornos mentais severos e, possivelmente, em momento de crise. Isso contribui para que esses profissionais sustentem os estigmas e se sintam incapacitados para lidar com demandas de saúde mental (Chiaverini, 2011), corroborando uma lógica dicotômica entre saúde/saúde mental (Romagnoli, 2006).

O trabalhador da ESF que acredita não ter ferramentas efetivas para lidar com usuários com sofrimento psíquico, privilegia o encaminhamento ao especialista, o que não contribui para a responsabilização pela saúde integral do usuário (Chiaverini, 2011, Silveira & Vieira, 2009). Por parte do usuário com transtorno mental, pode haver a internalização do estigma sofrido - autoestigma - e, em função de experiências anteriores, o medo de sofrerem discriminação. Isso faz com que esses usuários também possam ter uma desvalorização e percepção negativa de si, o que favorece o seu isolamento e diminui sua busca e adesão aos tratamentos (Nascimento & Leão, 2019). Tais elementos devem ser considerados ao se pensar na produção do vínculo entre o trabalhador da ESF e o usuário com transtorno mental.

O modelo norteador para o cuidado em SM na AB é o apoio matricial em SM (Brasil, 2004), estratégia que pode potencializar a construção do vínculo entre ESF e usuários com sofrimento psíquico, pois: a) atua diretamente na desconstrução dos estigmas atribuídos aos usuários portadores de transtornos mentais (Chiaverini, 2011); b) constrói junto à equipe de referência estratégias de cuidado em saúde mental, aumentando as condições das equipes de se responsabilizar por esses usuários e contribuir para a defesa de sua saúde (Figueiredo & Campos, 2009; Chiaverini, 2011; Lancetti & Amarante, 2006) c) por isso, contribui para que o acolhimento aos usuários com sofrimento psíquico e seus familiares seja efetivo, sendo o estabelecimento do vínculo um dos objetivos do dispositivo do acolhimento (Brasil, 2017, Chiaverini, 2011).

Nessa lógica de cuidado, as equipes de referência trabalham a construção do vínculo com os usuários com sofrimento psíquico e suas famílias de forma cotidiana. É fundamental, para essa construção, o entendimento de que na ESF já são desenvolvidas atividades que podem ser consideradas práticas de saúde mental. O acolhimento é um dispositivo clínico que consiste na escuta dos usuários que buscam a unidade de saúde, configurando uma estratégia de saúde e saúde mental. Nas consultas individuais com profissionais das ESF há aspectos relacionais que têm função terapêutica. Os grupos de caminhada para hipertensos, as atividades grupais desenvolvidas nas unidades de saúde, as práticas de educação física, as intervenções comunitárias, todo esse aparato pode e deve ser pensado enquanto estratégia para o cuidado em saúde mental (Arce, Sousa & Lima, 2011; Lancetti e Amarante, 2006).

As eSF apresentam potencial para o cuidado em saúde mental principalmente em função do vínculo que estabelecem com a população adscrita na práxis da AB, podendo, assim, ser considerada como uma “tecnologia de produção de cuidado em saúde mental” (Arce et al., p.544). Como apontado pela revisão exploratória, a integralidade do cuidado é um princípio que pode ser alcançado através da produção de vínculos longitudinais na AB, por permitir o acompanhamento dos efeitos dos múltiplos determinantes na vida das pessoas ao longo do tempo (Baratiere et al., 2012; Brasil, 2017; Vieggas et al., 2006). Essa visão integral do usuário com transtornos mentais propicia o enfraquecimento da lógica dicotômica saúde/saúde mental e a responsabilização das equipes de referência pelo cuidado desses usuários. No entanto, a ausência dessa visão é apontada como um desafio para o cuidado em SM na AB (Jesus, Caldas, & Silva 2020; Sivinski & Schenkel, 2018;).

Jesus et al. (2020), em estudo com usuários com sofrimento psíquico que são acompanhados pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), buscaram conhecer a perspectiva dos usuários sobre a assistência da saúde mental na AB. Os resultados apontaram um desconhecimento por parte dos usuários de que a AB funciona como porta de entrada para a saúde mental e como local a ser buscado em caso de exacerbação de sintomas psicológicos. Para os autores, como os usuários não são acompanhados longitudinalmente, não são privilegiadas ações de prevenção de crises e promoção de saúde mental. Em relação ao acesso à AB, aqueles usuários que se enquadram em cuidados específicos de atenção à saúde - diabetes, hipertensão, pré-natal - dizem ter melhor circulação na atenção básica. Na percepção dos usuários, o fato de não reconhecerem a atenção básica como preparada para acolher demandas de saúde mental, interfere também na busca referente a demandas clínicas. O vínculo com os

trabalhadores das ESF é apontado como ponto determinante para que os usuários com sofrimento psíquico reconheçam a atenção básica como um serviço a ser buscado. Tal vínculo teria sido favorecido quando os usuários se perceberam sendo tratados em sua integralidade (Jesus et al., 2018).

Outro estudo que buscou conhecer os caminhos dos usuários na RAPS da região metropolitana de Porto Alegre, reconheceu nos modos de encaminhamento dos usuários do CAPS para a AB um entrave para o vínculo entre esses usuários e os trabalhadores das ESF (Sivinski & Schenkel, 2018). Tais encaminhamentos se baseiam sobremaneira na prescrição medicamentosa, tornando-se burocráticos, o que não favorece o vínculo do usuário com a atenção básica. Por parte da AB, foi encontrada a lógica que a responsabilidade pela escuta do sofrimento psíquico é do especialista. Segundo as autoras, “tal processo tende a reduzir a rede de atenção à saúde em pontos de distribuição dos usuários por tipo de adoecimento – com demandas físicas dirigidas à AB, psíquicas aos CAPS e crises aos hospitais” (Sivinski & Schenkel, 2018, p. 62).

Por último, em pesquisa-intervenção realizada no município de Belo Horizonte, cenário desse estudo, foi identificada a dificuldade para o compartilhamento de saberes e corresponsabilização pelo cuidado de usuários com sofrimento psíquico entre apoiadores e Equipes de Saúde da Família (Pastana, 2019), além de uma apresentação ainda tímida do aspecto técnico-pedagógico do Apoio Matricial em Saúde Mental (Santos, 2019), o qual poderia promover a revisão de estigmas relacionados aos usuários com sofrimento psíquico.

2.4 RETOMANDO O PROBLEMA DE PESQUISA

Apesar da importância da produção de vínculos como estratégia de cuidado na AB, a manutenção do modelo de assistência biomédico e a tendência às especialidades privilegia um modelo de atendimento fragmentado, que despotencializa esses vínculos. No que se refere ao vínculo entre usuários com sofrimento psíquico grave, seus familiares e equipes de Saúde da Família, soma-se a esses empecilhos, os estigmas atribuídos a esses usuários, que reforçam a lógica dos especialismos. O apoio matricial em SM é apontado como ferramenta importante para a superação desses estigmas e responsabilização das eSF pelo cuidado em SM na AB, pois

possibilita a ampliação da clínica dos trabalhadores das eSF, combatendo a tendência às especialidades e favorecendo a criação de vínculos.

Dado que a AB é um serviço de base territorial e possui práticas cotidianas potencialmente produtoras de cuidado em saúde mental, sendo um ponto estratégico para a desinstitucionalização, faz-se relevante compreender como estão sendo construídos, no cotidiano da AB, os vínculos entre usuários com sofrimento psíquico/familiares e os trabalhadores/equipes da saúde da família. Disso surgem as questões: como são e como se produzem os vínculos entre usuários com sofrimento psíquico/familiares e trabalhadores/equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar como são e como se produzem os vínculos entre usuários com sofrimento psíquico grave, seus familiares e equipes de Saúde da Família no município de Belo Horizonte.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Investigar elementos que dificultam a produção de vínculos entre usuários com sofrimento psíquico grave, seus familiares e equipes de Saúde da Família.
- 2) Investigar elementos que potencializam a produção de vínculos entre usuários com sofrimento psíquico grave, seus familiares e equipes de Saúde da Família.

4 SOBRE O MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Neste estudo, o objeto mais amplo de investigação foi a produção de vínculos entre usuários com sofrimento psíquico/familiares e trabalhadores/equipes de Saúde da Família no município de Belo Horizonte. Como nos perguntamos sobre *como* se dá essa produção de vínculos, torna-se adequado propor uma pesquisa social qualitativa em saúde (Minayo, 2007). Pela lacuna existente na literatura em relação à temática do vínculo (Barbosa e Bosi, 2017), esse estudo assume um caráter exploratório (Gil, 2002). Nessa perspectiva, buscaremos maior familiaridade com o nosso objeto para torná-lo mais explícito.

Minayo (2007) propõe critérios gerais que distinguem e marcam as peculiaridades do objeto das ciências sociais. Este é histórico, pois é construído em determinado contexto e espaço, marcados por seu passado e por seu modo de organização particular. Existe uma identidade entre sujeito e objeto, por serem ambos seres humanos que compartilham um substrato comum de identidade com o investigador. Ele é intrínseca e extrinsecamente ideológico, pois a visão de ambos atravessa todo o processo de construção do conhecimento, da concepção do objeto, aos resultados e sua aplicação. Por fim, o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo. No que se refere à especificidade do campo da saúde, considera-se que a pesquisa qualitativa possibilita uma compreensão ampla da díade saúde-doença, captando a profundidade dos sentidos daqueles que cuidam e são cuidados (Brasil et. al., 2018). Uma vez que os elementos em estudo são os discursos dos sujeitos implicados, é possível agregar conhecimentos e sentidos aos fatos estudados que não podem ser alcançados por números e testes estatísticos.

4.2 ENTRADA NO CAMPO E PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada no município de Belo Horizonte, o qual conta com nove diretorias regionais sanitárias, a saber: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda-Nova. No total, o município conta com 152 Centros de Saúde e 588 eSF, distribuídos entre as regionais (Belo Horizonte, 2021). Os trabalhadores e usuários participantes desta pesquisa poderiam ser vinculados a quaisquer das diretorias regionais do município, não havendo prioridade entre elas. A escolha dos trabalhadores, usuários e

familiares entrevistados foi realizada com a ajuda de informantes-chave – trabalhadores da AB de BH que participam como pesquisadores e colaboradores do Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais (L@gir - UFMG), laboratório ao qual essa pesquisa é vinculada.

A pesquisa respeitou todos os procedimentos éticos recomendados pelas resoluções 466/12, 510/16 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde, e toda a legislação vigente no nosso país. Fizemos o primeiro contato com o campo através da Assessoria de Educação em Saúde - ASEDS da Prefeitura de Belo Horizonte - PBH em julho de 2021, para a apresentação da pesquisa e requisição do Termo de Anuência Institucional. Em outubro de 2021 esse documento foi emitido pela PBH e, em seguida, submetemos o projeto aos órgãos de apreciação ética responsáveis. A pesquisa foi aprovada em 30/11/2021 pelo Comitê de Ética em Pesquisa - COEP da UFMG, CAAE 52763321.0.0000.5149, e em 16/12/2021 pelo COEP da Secretaria Municipal de Saúde - SMSA/BH, CAAE 52763321.0.3001.5140. Com os pareceres favoráveis aprovados e a liberação da pesquisa na rede, fizemos os primeiros contatos com os informantes-chave, mas por ser período de final de ano, muitos dos informantes estavam de férias, o que impactou no tempo de resposta.

Naquele momento, a vacinação contra a COVID-19 havia avançado no município e a rede de saúde estava com um funcionamento mais próximo da normalidade. No entanto, em janeiro de 2022 a prevalência de infecções pela variante Ômicron provocou um aumento dos casos de COVID-19, o que sobrecarregou a atenção básica e, mais uma vez, exigiu a reorganização do seu processo de trabalho. Ao mesmo tempo, houve um surto de gripe, aumentando o número de pessoas em busca de atendimento de saúde. Esse cenário foi descrito por parte dos informantes-chave, que justificavam a dificuldade de, naquele momento, trabalhadores e usuários se disponibilizarem para demandas que não relacionadas à COVID-19. Por esse motivo, foi necessário recuar e aguardar a remissão do número de casos para entrarmos em contato com os informantes-chave, o que foi possível em fevereiro de 2022.

4.3 ESCOLHA DOS SUJEITOS PARTICIPANTES

A pesquisa qualitativa não tem como objetivo a generalização dos resultados, mas sim a apresentação de um determinado espectro de pontos de vista possíveis sobre determinado objeto. Nessa lógica, não existem regras a priori para seleção dos entrevistados, pois os parâmetros de seleção dependem do objeto de estudo (Gaskell, 2003). Durante a revisão da

literatura sobre o vínculo na AB, nos chamou atenção a escassez de estudos que contavam com usuários como sujeitos das pesquisas. A maior parte desses estudos utilizou como estratégia metodológica de produção de dados a entrevista semi-estruturada ou o grupo focal com trabalhadores. Sendo a produção de vínculos algo que acontece no entre sujeitos, apostamos que ter acesso às diferentes perspectivas dos atores poderia qualificar a construção do conhecimento sobre o vínculo. Em função disso, nesse estudo, foram entrevistados trabalhadores, usuários com sofrimento psíquico grave e familiares de usuários com sofrimento psíquico atendidos na AB de BH, selecionados a partir de critérios de inclusão baseados na revisão da literatura e nos balizadores éticos da pesquisa. O primeiro critério de inclusão foi que o entrevistado tivesse disponibilidade e interesse para a participação, o que seria oficializado pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para contemplar uma maior possibilidade de reunir diversos pontos de vista a respeito do objeto desta pesquisa, entrevistamos profissionais de diferentes categorias profissionais que compõem as eSF. Outro fator considerado foi o tempo de trabalho na equipe, pois a literatura aponta que ele é relevante para a produção de vínculos na AB e que a alta rotatividade de profissionais nas eSF se configura como um importante obstáculo para sua produção (Cunha et. al., 2017). Considerando isso, foram privilegiados aqueles que tinham maior tempo de trabalho e atuação na rede.

Em relação aos usuários com sofrimento psíquico entrevistados, eles deveriam ter mais de 18 anos e, na ocasião da entrevista, terem a AB como principal referência de cuidado em SM. Como critério de exclusão, os usuários não poderiam estar vivenciando sintomas produtivos exacerbados. Para a escolha dos familiares entrevistados, foram buscados familiares⁶ que eram a principal referência de apoio para um usuário com sofrimento psíquico que tem a AB como principal referência de cuidado em saúde mental. Assim como no caso dos trabalhadores, seriam considerados, dentre os usuários e familiares indicados pelos informantes-chave, aqueles que estão vinculados há mais tempo à eSF. Importante mencionar que os familiares entrevistados não eram necessariamente familiares dos usuários com sofrimento psíquico que foram entrevistados.

⁶ Na PNAB é considerada família o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem no mesmo domicílio (Brasil, 2017).

Escolhemos entrevistar pelo menos duas pessoas de cada categoria profissional presente na equipe da eSF, para ampliar as possibilidades de acesso a possíveis nuances em relação ao objeto em discussão. Dessa forma, inicialmente, nossa intenção foi entrevistar pelo menos dois profissionais de cada uma das quatro categorias profissionais que compõem a equipe mínima das eSF - ACS, enfermeiro, médico e técnico de enfermagem (Brasil, 2017), além de dois usuários e dois familiares, totalizando assim pelo menos 12 entrevistas. O número de entrevistas também precisou levar em consideração o limite de tempo de duração do mestrado e o atraso considerável para entrada em campo devido à pandemia de Covid-19, período em que a maior parte dos trabalhadores não estava disponível para entrevistas. Dito isso, é importante mencionar que não foi claramente identificada saturação dos dados (Minayo, 2007) no caso de usuários e familiares e reafirmar que, apesar disso, não houve tempo disponível para realizar novas entrevistas.

4.4 A ESCOLHA DA ENTREVISTA ABERTA COMO TÉCNICA DE PRODUÇÃO DOS DADOS

A pesquisa não se restringe à utilização de instrumentos de coleta de dados, tendo o campo um papel frequente de reformulação das hipóteses e do caminho da pesquisa (Minayo et. al., 2009). Esse estudo foi desenvolvido em meio à pandemia da COVID-19, a qual demandou aos serviços de saúde a reestruturação de seu modo de trabalho, afetando diretamente o campo a ser pesquisado. Na AB do município de Belo Horizonte, as atividades grupais foram inicialmente suspensas, o acompanhamento dos usuários com questões crônicas de saúde passou a ser realizado a partir de telemonitoramento e as visitas domiciliares ficaram mais restritas (Portaria nº089, 2020). Por esse motivo, excluímos a priori técnicas de produção de dados que envolvessem agrupamento presencial de pessoas.

Pela natureza do objeto em estudo, apostamos na entrevista aberta como método de produção de dados. A produção de vínculos é um fenômeno complexo produzido no encontro entre sujeitos no cotidiano do território e dos serviços de saúde. Apesar de o vínculo ser próprio ao campo relacional humano, ele ganha certa operatividade ao ser transportado para a área da saúde, em especial na AB (Barbosa e Bosi, 2017). A entrevista aberta é um método que permite uma descrição detalhada das crenças, valores e motivações, referentes ao agir dos sujeitos em um determinado espaço de interação (Gaskell, 2003). Por isso, consideramos esse um método privilegiado para a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação.

Além disso, como o vínculo na AB se produz entre usuários/famílias e trabalhadores/equipes, o nosso objeto de pesquisa possui um caráter coletivo. Nesse caso, temos diferentes atores – em diferentes posições - que experienciam um mesmo acontecimento. Segundo Jovchelovitch & Bauer (2003), a entrevista aberta é particularmente interessante para aqueles objetos nos quais diferentes pontos de vista devem ser considerados, pois “grupos sociais diferentes constroem histórias diferentes, e as maneiras como elas diferem são cruciais para se apreender a dinâmica plena dos acontecimentos” (p.103). Outro ponto, é que a produção de vínculos na AB se caracteriza, em geral, pela longitudinalidade própria desse nível de atenção à saúde, o que aponta para um caráter processual desse objeto. Como indica Castellanos (2014), a entrevista aberta favorece o acesso a objetos que se referem à exploração de “diferentes perspectivas e relações de conflito instauradas em práticas de saúde presentes em diversos espaços cotidianos” (p. 1067) e que focam na dimensão processual das relações produzidas no âmbito da saúde, o que reforça a escolha desse método de produção de dados.

A escolha pela entrevista aberta em detrimento de outras técnicas mais estruturadas, relacionou-se também à perspectiva exploratória adotada por esse estudo. Nesse tipo de pesquisa, busca-se maior familiaridade com determinado problema, sobretudo quando há uma produção insatisfatória da literatura a respeito do tema (Barbosa e Bosi, 2017) e a necessidade de uma aproximação conceitual (Gil, 2002). Nesse caso, o pesquisador “renuncia conscientemente ao levantamento de dados conduzidos por hipóteses e toma como referência as concepções cotidianas do entrevistado e suas relevâncias” (Rosenthal, 2014, p.184). Não se pretende com isso negar que o conhecimento prévio sobre o objeto pesquisado tenha influenciado a realização das entrevistas, mas de reconhecer essa escuta não neutra e fazer um esforço ativo para apreender o que de inédito foi produzido pelos entrevistados.

4.5 A PRODUÇÃO DOS DADOS

Inicialmente propusemos que as entrevistas ocorressem de modo preferencialmente presencial, mas dependendo das recomendações sanitárias vigentes no momento da ida à campo, poderiam ser realizadas de forma virtual. Ao todo foram realizadas treze entrevistas abertas individuais, sendo 12 presenciais e 1 de forma remota. As entrevistas duraram em média 1h, a mais curta durou 42 min e a mais longa 1h43 min. Primeiro, foram entrevistados os trabalhadores e, meses depois, usuários e familiares.

A primeira entrevista ocorreu em formato virtual, por escolha da trabalhadora, pela plataforma de videoconferência gratuita Google Meet e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE foi assinado através da plataforma Google Forms. As demais entrevistas aconteceram de forma presencial e o TCLE foi lido e assinado no momento do encontro. Todas as entrevistas foram gravadas através de um gravador digital e mediante a autorização prévia dos sujeitos entrevistados. Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e por um aluno de Iniciação Científica do L@gir que tinha a função de apoio - ao todo seis graduandos se revezaram para participar.

Foram entrevistados oito trabalhadores, de três diretorias regionais e com tempos distintos de trabalho na AB, conforme descrito na tabela 1. Com exceção da entrevista realizada pelo Google Meet, todas as entrevistas aconteceram no CS do trabalhador e em seu horário de trabalho.

| Código da entrevista | Categoria Profissional | Tempo de trabalho na AB (anos) | Local da entrevista | Diretoria Regional |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| e1 | ACS | 10 | Google Meet | Pampulha |
| e2 | ACS | 16 | CS | Norte |
| e3 | Téc. Enfermagem | 12 | CS | Norte |
| e4 | Médico | 15 | CS | Pampulha |
| e5 | Enfermeira | 25 | CS | Barreiro |

| | | | | |
|----|------------|----|----|----------|
| e6 | Téc. Enf. | 26 | CS | Barreiro |
| e7 | Enfermeira | 05 | CS | Barreiro |
| e8 | Médica | 10 | CS | Barreiro |

Tabela 1 - Trabalhadores Entrevistados

A realização das entrevistas com usuários e familiares ocorreu com o intervalo de alguns meses das entrevistas com os trabalhadores. Isso aconteceu pela maior dificuldade de acesso aos usuários e familiares quando comparado ao acesso aos trabalhadores. Ao mesmo tempo, a pesquisadora passou por problemas pessoais que diminuiriam a sua disponibilidade para fazer contato com os informantes. Três usuários foram indicados para participar da pesquisa. A primeira indicada não pôde participar por estar em crise naquele momento, os outros dois usuários aceitaram e as entrevistas foram realizadas em agosto. Em seguida, a primeira usuária indicada entrou em contato pois já não estava mais em crise e gostaria de participar da pesquisa.

Assim, foram realizadas três entrevistas com usuários, de duas diretorias regionais. Duas usuárias escolheram ser entrevistadas em seus CS de referência e um usuário no Centro de Convivência que ele frequenta. Os três usuários recebem acompanhamento em saúde mental prioritariamente na AB e recorrem pontualmente ao Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) em caso de crise. Os três, no momento da entrevista, não exerciam atividade laboral. Dois deles recebem o Benefício de Prestação Continuada - BPC em função do sofrimento psíquico grave e uma é funcionária do estado, mas está afastada desde que teve a sua primeira crise em 2019.

| Código da entrevista | Gênero | Tempo de acompanhamento pelo CS (anos) | Local da entrevista | Diretoria Regional |
|-----------------------------|---------------|---|----------------------------|---------------------------|
|-----------------------------|---------------|---|----------------------------|---------------------------|

| | | | | |
|----|-----------|----|-----------------------|----------|
| 9 | Masculino | 10 | Centro de Convivência | Nordeste |
| 10 | Feminino | 35 | S | Norte |
| 11 | Feminino | 14 | S | Norte |

Tabela 2 - Usuários entrevistados

Por último, foram realizadas duas entrevistas com os familiares, de duas diretorias regionais. A nossa demanda inicial aos informantes-chave foi a de que fossem indicados familiares de usuários com sofrimento psíquico grave que recebem o principal cuidado em saúde mental na AB. Foi o caso do primeiro entrevistado, indicado por ser a principal referência de cuidado do irmão que é acompanhado pela eSF. Todavia, a segunda familiar indicada é mãe de dois jovens com sofrimento psíquico grave que recebem o cuidado em saúde mental no CERSAM, e não na AB. Na entrevista, ficou evidente que a familiar não considera o CS como um local preparado para atender demandas de cuidado em saúde mental para os seus filhos, o que foi visto inicialmente pela pesquisadora como um problema, mas que durante a transcrição da entrevista se mostrou como uma oportunidade de explorar dificultadores da produção de vínculos na AB. Isso porque, ainda que o cuidado em saúde mental não seja diretamente ofertado pela eSF nessa situação, a família acessa o CS com regularidade e a familiar entrevistada considera ter uma boa relação com a eSF. Um de seus filhos, inclusive, tem diabetes desde a infância e o acompanhamento é feito no CS. Desse modo, compreendemos que essa entrevista amplia as situações de produção de vínculos para a análise.

| Código da entrevista | Parentesco com o(s) usuário(s) com sofrimento | Tempo de acompanhamento pelo CS (anos) | Local da entrevista | Diretoria Regional |
|-----------------------------|--|---|----------------------------|---------------------------|
|-----------------------------|--|---|----------------------------|---------------------------|

| | | | | |
|----|-----------------|----|------------------|------------|
| | psíquico | | | |
| 12 | Irmão | 46 | CS | Norte |
| 13 | ãe | 53 | Casa do familiar | Venda Nova |

Tabela 3 - Familiares entrevistados

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Pelo caráter exploratório do nosso estudo, a análise teve um caráter indutivo, ou seja, as categorias foram definidas a partir dos dados produzidos pelos sujeitos entrevistados. A análise das entrevistas foi realizada inspirada no método hermenêutico dialético proposto por Minayo (2009) e se deu em três etapas Ordenação dos dados; b) Classificação dos dados e c) Análise final. Na primeira etapa, foi realizada a transcrição na íntegra do áudio das entrevistas. As transcrições foram realizadas pelos alunos da iniciação científica que compõem o grupo de pesquisa, priorizando que o aluno que participou como apoio na entrevista fosse um dos responsáveis pelas transcrições. A pesquisadora participou das transcrições tirando as dúvidas em relação a trechos que deixaram alguma dúvida em função da qualidade do áudio. Com as transcrições em mãos, fizemos uma organização e leitura exaustiva do material.

Na segunda etapa, da classificação dos dados, foram elaboradas categorias específicas a partir da identificação de pontos relevantes para a análise da produção de vínculos. Nessas categorias, foram agrupados diferentes conjuntos de relatos e informações que se aproximavam entre si pelo tema. Como a pesquisa foi vinculada ao laboratório coordenado pela orientadora da pesquisa – L@gir - e contou com o apoio de alunos de iniciação científica e alunos da pós-graduação, essa análise foi feita coletivamente. Além disso, em março de 2022 um projeto guarda-chuva do L@gir, do qual essa pesquisa faz parte, foi contemplado pelo edital CNPq/MCTI/FNDCT N° 18/2021. A partir desse momento, a pesquisa passou a contar com a

colaboração de três pesquisadores externos ao laboratório: a Prof^a. Dr^a. Regina Ribeiro (EEFTO - UFMG), o Prof. Dr. João Leite Neto (PUC-MINAS) e o psiquiatra Dr. Renato Franco (PBH). Essa colaboração aconteceu através de quatro reuniões pela plataforma Google Meet, que contaram com os pesquisadores externos e com os alunos da graduação e da pós-graduação que fazem parte do grupo de pesquisa. Nesses encontros, trechos que eram representativos dos temas pensados na análise em curso foram discutidos. A partir disso, foi possível colocar em discussão critérios relativos à homogeneidade interna dos temas e da sua heterogeneidade externa em relação aos demais temas. Nesse sentido, a análise dos dados foi submetida à triangulação de pesquisadores, o que conferiu possibilidades de ampliação da análise e atribuiu maior qualidade à pesquisa.

Na terceira e última etapa, procuramos estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos, respondendo às questões da pesquisa com base em nossos objetivos gerais e específicos. No diálogo com a literatura, foram identificadas as complementaridades e as diferenças. Agrupamos os resultados da análise final em três capítulos. Como o nosso estudo possui um caráter exploratório, no primeiro deles descrevemos como são caracterizados os usuários com sofrimento psíquico grave na AB de Belo Horizonte, as suas famílias e os trabalhadores na visão dos entrevistados. No capítulo seguinte, analisamos elementos que se destacaram na produção dos vínculos entre esses sujeitos. Por fim, no capítulo final, aprofundamos a especificidade dos vínculos produzidos na AB e como eles se produzem cotidianamente.

5 SUJEITOS DA PRODUÇÃO DE VÍNCULOS

A tarefa de construir saberes sobre a produção dos vínculos a partir das experiências dos entrevistados passa, inevitavelmente, por um processo de sistematização dos dados produzidos. Porém, o caráter dinâmico do vínculo torna toda a tarefa da sistematização um risco de simplificação. Como já mencionado, o vínculo é um objeto de difícil apreensão e toda a escolha teórico-metodológica que visa acessá-lo terá limites e potências. A nossa escolha de entrevistar usuários, trabalhadores e familiares foi uma aposta de que fazer cruzar os diferentes pontos de vista dos atores envolvidos nessa produção seria uma forma de trazer à tona um conhecimento vivencial e, portanto, dinâmico, sobre os vínculos, ainda que as entrevistas impossibilitem o seu acesso direto.

Ainda que cientes desse risco de simplificação, o caráter exploratório desta pesquisa demandou um primeiro movimento descritivo sobre esses atores. Essas descrições não esgotam quem são esses sujeitos e tampouco possibilitam que os entrevistados sejam encaixados em uma única descrição, mas permitem um mapeamento dos papéis atribuídos e adjudicados (Pichon-Revère, 2009) na produção dos vínculos entre usuários/familiares com sofrimento psíquico grave e trabalhadores/equipes de saúde da família no cotidiano da AB.

5.1 USUÁRIOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE NA AB

Nas entrevistas, os usuários com sofrimento psíquico grave que frequentam à AB foram caracterizados como usuários que podem demandar mais tempo dos trabalhadores do CS do que usuários que não compõem essa categoria. Alguns trabalhadores atribuem a isso o fato de a doença mental grave ter uma repercussão na vida do sujeito que comumente o impede de trabalhar. Isso limita a sua rede de interações sociais e comunitárias e amplia a sua disponibilidade de tempo, o que faria do CS um lugar a ser buscado para conversar e socializar, sendo comum que alguns desses usuários compareçam diariamente ao CS.

Nós temos um paciente na minha micro área que ele vai à unidade praticamente todos os dias. [...] Ele vai todos os dias falar dos problemas dele, da separação dele, com os filhos dele. Então, na verdade, esse paciente precisa conversar. [...] E aí, aonde que ele vai? O lugar, a porta dele de entrada é a unidade de saúde. [...] O paciente de saúde mental ele dificilmente dá conta de ter uma consulta/mês, se for no caso pra conversa, né? Então, dificilmente, ele dá conta, uma consulta mês? Imagina. [ACS - e1]⁷

⁷ Optamos por indicar a categoria profissional dos trabalhadores entrevistados pois, como será aprofundado no capítulo 7.3.3, as diferentes categorias profissionais possuem diferentes condições de produção de vínculos.

Ela ia lá [no CERSAM-AD], se divertia, essas oficinas, mas ela tava sempre aqui. Todo dia ela vinha no centro de saúde. [...] Ela não tinha o que fazer! Todo dia ela estava aqui no centro de saúde, de manhã ou de tarde ela passava, saia na rua cumprimentando todo o mundo. [enf - e5]

Mas esses que têm realmente o sofrimento mental mais importante, eles não conseguem trabalhar. Ninguém vai contratar uma pessoa, né, com uma esquizofrenia importante. [...] Então é interessante que são pessoas, os pacientes em sofrimento mental, como que eles têm a rotina deles: "Hoje é dia de ir no lugar tal" [med - e4]

Outro fator apontado pelos trabalhadores é que quando esses usuários procuram a unidade em situação de exacerbação de sintomas psíquicos, eles ficam agitados enquanto esperam para o acolhimento ou para uma consulta. Quando isso acontece, as equipes precisam se organizar para acolher esse usuário, seja priorizando o seu atendimento ou manejando seu acolhimento em uma sala separada, proporcionando um ambiente com menos estímulos estressores.

a gente acaba conhecendo os pacientes. A gente sabe na hora que o remédio deles está acabando, quando ele chega aqui agitado, a gente sempre passa eles na frente. Igual, sempre o S. que mora por aqui [...] a irmã dele traz, mas traz ele independente de estar no dia da consulta ou não. [...] Chama ele, já passa no médico de uma vez para que ele não fique aqui agitado. [tec. enf. - e6]

Além do transtorno mental, ele tem diabetes, a gente tem que ter esse cuidado com ele. Então ele tem outras demandas também. A gente, se o paciente estiver agitado a gente prioriza, se não estiver é tratado como outro qualquer, não tem diferença não [enf - e5]

O ponto de vista dos usuários entrevistados vai ao encontro dessa percepção dos trabalhadores. Eles se identificam como usuários que possuem alterações frequentes do seu estado mental e reconhecem o CS como um local em que podem recorrer nesses momentos.

Outra coisa que tem aqui [no CS], a pontualidade, isso é muito importante porque a gente não tem a paciência de esperar, quem tá num grau de depressão, com saúde psíquica abalada, a gente não tem paciência de esperar, tudo pra gente é intolerante, tudo pra gente é muito. [usu - e10]

Por outro lado, os trabalhadores também identificam que há usuários com sofrimento psíquico grave que comparecem ao CS apenas para consultas de renovação de receita de psicofármacos, atendimentos com o psicólogo e atendimentos de saúde mais pontuais. Nesses casos, os trabalhadores identificam a ausência do usuário às consultas como um sinal de alerta para a possibilidade de ele estar em crise, o que costuma ser respondido com uma busca ativa realizada pela ACS. Por fim, os trabalhadores apontaram que existem usuários que frequentam a AB para consultas – mas que a comunicação com a equipe é realizada principalmente através

da família– e também aqueles que resistem a ir ao CS e o acesso a eles se dá sobretudo pelas informações fornecidas pela família. Essas últimas modalidades também foram reconhecidas nas entrevistas realizadas com os familiares.

Dependendo, aquele paciente, quando ele está em crise, ele não quer vir, porque ele não quer tomar o medicamento. [tec. enf - e3]

Alguns usuários sim, eles fazem isso, eles têm essa referência, eles têm esse olhar, de tipo assim: *"eu estou precisando de ajuda!"* Né? Então eles vêm ao centro de saúde como, digamos assim, uma válvula de escape. Pra tentar resolver o problema deles. Mas outros não. Outros, quando estão em surto, eles somem. [ACS - e2]

a enfermeira mesmo [...] ela vê quem é daquela área de abrangência, quem é que faz aquela área, né? Aí ela vem até a gente [ASC][...] *"nossa! Essa pessoa não está legal!"* Aí ela pede pra gente ver se tem algum familiar que possa vir. Porque a pessoa está em surto, muitas vezes quando orientar eles não vão ouvir. [ACS - e2]

5.2 FAMÍLIAS DE USUÁRIOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE NA AB

As famílias de usuários com sofrimento psíquico grave foram narradas nas entrevistas principalmente a partir da função que elas exercem no cuidado aos seus familiares. Dessa forma, optamos por dividi-las, à título descritivo, em quatro grupos: famílias que participam do cuidado, sofrem e precisam de ajuda; famílias que participam do cuidado, sofrem, precisam de ajuda, mas a equipe não consegue acessar; famílias que não participam do cuidado; e famílias que recusam o cuidado.

5.2.1 FAMÍLIAS QUE PARTICIPAM DO CUIDADO, SOFREM E PRECISAM DE AJUDA

Existe um reconhecimento na fala dos profissionais e dos familiares de que o cuidado e a convivência com uma pessoa com sofrimento mental grave é desafiadora e exige uma disponibilidade afetiva e de tempo, o que pode ser desgastante para o seu familiar. É comum nas falas que a família seja reconhecida como uma família que também está adoecida e precisa ser olhada a partir dessa especificidade pela eSF. Nesses casos, são apontados manejos que visam a oferta de cuidado aos familiares, como a flexibilização dos horários de acolhimento, sugestão de participação em grupos de promoção à saúde e incentivo para que o familiar se atente para a sua própria saúde física e mental.

Nos casos mais graves, a família também está bem adoecida [...] são esses em que a gente faz esse movimento de ir a casa da pessoa [...]A gente acaba solicitando que a ACS leve uma medicação e de outra maneira a gente não levaria, mas porque a gente sabe que se não for dessa maneira, poderia comprometer o cuidado dessa pessoa com saúde mental [...] a gente sabe que sobrecarrega.... você ficar vinte e quatro horas por

conta de uma pessoa em sofrimento mental importante é totalmente desgastante. [med - e4]

Um dos familiares entrevistados reforça a importância do apoio da eSF à família, pois considera que os trabalhadores os ajudam a desenvolver maneiras de cuidar e também a entender que determinados comportamentos acontecem em função da doença mental, e não por caprichos da pessoa. Para ele, esse apoio é muito importante no momento dos primeiros surtos, quando tudo ainda é muito novo para a família.

E no primeiro momento da crise [...] se você não buscar profissional pra te trazer tranquilidade e emocional, você acaba fazendo bobagem, porque você vai pensar que ele [familiar em surto] tá brincando com você. [...] Eu falei com você, ontem ele comeu muito, hoje não. Então você pensa comigo "ta se aproveitando". Mas não é, porque esse remédio que mudou novo, diz que ele ajuda a ter mais apetite. Então é desde o início a gente tem que compreender. Se você não compreende acaba agredindo a pessoa. Não fisicamente, mas verbalmente [fam - e12]

5.2.2 FAMÍLIAS QUE PARTICIPAM DO CUIDADO, SOFREM, PRECISAM DE AJUDA, MAS A EQUIPE NÃO CONSEGUE ACESSAR

Embora as eSF criem estratégias para oferecer suporte às famílias que cuidam de usuários com sofrimento psíquico grave, nem sempre isso é possível. Para um dos trabalhadores entrevistados, alguns cuidadores responsabilizam-se excessivamente pelo cuidado e têm resistência para aceitar que outros atores participem. Nesse sentido, não acolhem bem propostas que dizem respeito à inclusão do usuário com sofrimento e do próprio cuidador em atividades coletivas ofertadas pela rede de saúde. Nessa situação, o trabalhador considera que há prejuízos tanto para a vida do familiar, que fica sobrecarregado e limitado à sua função de cuidador, quanto para o usuário com sofrimento psíquico, que deixa de gozar dos possíveis benefícios da ampliação desse cuidado.

Temos o caso [...] de uma mãe, que ela não aceita que outra pessoa cuide do filho que tem sofrimento mental muito importante. Então a gente já conseguiu [...] acesso a centros de convivência [...] mas, a própria mãe falou assim: "não, ninguém vai cuidar dele igual eu cuido". E fica uma mãe com apartamento pequeno perto dos seus cinquenta metros quadrados, só os dois vinte e quatro horas por dia, então ela não consegue nem vir aqui pra poder cuidar da saúde dela. [...] já foi feito também... eh... várias tentativas [...] ela não consegue enxergar que ela tem que cuidar dela, da saúde dela e das questões dela, então a gente já teve a avaliação aí junto com o T.O, a gente já teve avaliação junto com a psicologia na casa dela, e tudo mas... [...] a gente percebe um sofrimento mental mas que ela não consegue sair dessa rota [...] Então é bem problemático mesmo apesar das ações de vários profissionais. [med - e4]

Em uma das entrevistas com familiares, também foi possível notar algo dessa dinâmica:

Agora dia 30... tem um médico lá, no novo posto de saúde e aí eu estou assim "gente como é que eu vou fazer para levar [...] o meu marido, eu tenho que acompanhar ele e estou pensando nos meninos. Pesquisadora 1: [...] Não dá para levá-los com você para a consulta? Familiar: não vai dar para levar para consulta, por causa do... aquele maiorzinho [...] Ele impregna, fica assim, o que eles verem o médico fazendo vai querer bater neles [...] Aí, por isso que eu falei com eles [eSF] "gente quando tiver uma consulta para eles eu quero que esteja aqui pelo menos o policiamento" [...] Para não machucarem eles e nem machucar ninguém, porque eu prefiro que me dá um soco do que machucar alguém, por deus do céu, eu prefiro, porque eu sou mãe, né? [fam - e13]

5.2.3 FAMÍLIAS QUE NÃO PARTICIPAM DO CUIDADO

Os trabalhadores, familiares e usuários entrevistados consideram que a participação da família no cuidado aos usuários com sofrimento psíquico grave é importante. Todavia, na prática, informam que isso nem sempre acontece. Os usuários entrevistados dizem que os seus familiares não reconhecem o sofrimento mental como doença e por isso se negam a participar do cuidado junto às eSF. Essa negação aparece tanto na recusa em comparecer ao CS quando chamados pela eSF, quanto por não recorrerem ao CS em situações em que o usuário está em crise e ele mesmo não tem condições de recorrer a eSF.

O psicólogo ele chama, ele insiste, né, em tá chamando a minha filha, o meu filho, meu marido pra uma conversa, porque, igual ele fala, que o tratamento não pode ser só com paciente, a família tem que interagir também, mas a minha família ela resiste muito, [...] eles não aceitam a depressão como doença, eles falam que é chique, falam que é teatro [...] todas as vezes que o Dr H. tentou chamá-los foi tentativa... foram tentativas, assim, sem sucesso. [...] Me deu o papel e falou: "entrega pra tua filha, fala com ela que eu estou aguardando, estou aguardando". Chega lá em casa, entrego o papel pra ela, ela embola, joga no lixo, fala assim: "ah, vou muito, o paciente é a senhora, não sou eu não". E não vem. [usu - e10]

Ela [esposa] nunca quis fazer para mim alguma coisa [...] Então, eu nunca pude contar com ela nessa questão de marcar uma consulta para mim no Centro de Saúde, nunca pude contar com ela para ir comigo ao centro de saúde, nunca pude, né? Então... mas isso é questão de família, né? [usu - e 09]

Nas entrevistas com os trabalhadores, um dos motivos apontados para que algumas famílias não participem do cuidado se relaciona a histórias familiares marcadas por rupturas e fragilidades que decorrem dos desafios de convivência com o usuário com sofrimento psíquico grave.

Isso porque a família, assim, não dá bola, por causa do histórico anterior dele. Foi... Não foi um pai bacana, não foi um esposo bacana. A esposa dele quando morava na residência me contou de, assim, que ele foi muito cruel com ela, batia, sabe? Chegava a bater nela grávida e tudo. E aí, com o tempo, ela afastou. Há uns três, quatro anos atrás ela afastou, foi embora, e ele ficou sozinho na casa. A filha mora do lado, mas, assim, a família não conversa, a família não tem um diálogo com ele, sabe? Aí ele fica.. Aí ele pega a unidade de saúde como um ponto. [ACS - e1]

5.2.4 FAMÍLIAS QUE RECUSAM O CUIDADO

Nas entrevistas foram descritas situações em que as famílias recusam as estratégias propostas pela eSF para o cuidado ao usuário com sofrimento psíquico grave. Nesses casos, os familiares não participam do cuidado e atrapalham quando outras pessoas, incluindo os trabalhadores das eSF, tentam prestar assistência. Nas situações narradas por trabalhadores, foram incluídas desde ações nas quais a família não usa o benefício do usuário para o tratamento dele, até famílias que não concordam com o modelo de cuidado de base comunitária e, por isso, recusam as propostas que não se referem à internação.

tem muitos pacientes quando a gente fala de saúde mental, desses mais graves nós temos um que mora sozinho, totalmente sozinho...[...] e a família não cuidava de forma alguma, pelo contrário [...]. A gente conseguiu esse apoio dos vizinhos. Pra poder ajudar, eu tinha uma vizinha que ia, né? Mandava comida pra ele, pagava as contas, fazia tudo, mas aí a família já começou a fazer, além de fofocas em cima da situação, começou ainda a pegar as coisas que o vizinho trazia. Então, além de não ajudar, ainda ia na casa da pessoa... Então por exemplo a vizinha colocou um botijão de gás, aí a família foi, pegou e levou embora o botijão de gás. Aí [...] ela passou a mandar marmitex depois a família falou "ah eh... essa vizinha tá querendo alguma coisa" então começou aquilo [...] a gente percebe que tem pessoas que estão ali realmente em situações de sofrimento e que para além disso a gente tem uma família que ao invés de ajudar ainda acaba atrapalhando o cuidado. [med - e4]

"Fulano tem que ser internado, fulano está dando muito trabalho, o que vocês vão fazer por ele? Vocês têm que pegar ele e internar a força". É o que eles sempre falam [...] Mas não existe mais internação. E tem muitos que buscam pela internação da pessoa. É tipo como se a pessoa fosse uma carga e tivesse dando muito trabalho. No caso da L. mesmo, eles queriam isso, os familiares. Queriam isso, queriam que internassem ela [...] Nossa, era uma coisa que era até frustrante pra gente, sabe? Porque a gente via que não era caso de.. Ela não precisava disso. Ela não precisava de ser internada, de ser tirada da sociedade. Não é isso. Ela precisava de ser tratada, de ser acolhida, de ser cuidada. [ACS - e2]

Já os familiares entrevistados, para fazer um contraponto às suas próprias posições de cuidado, trouxeram casos de pessoas com sofrimento mental grave que são negligenciados por suas famílias.

família tem que ter uma compreensão, tem que amar mesmo. [...] [A família] É fundamental e, assim, deixar claro: não se troca de forma alguma. Não se vende. Por exemplo, a gente tem casos aqui que pessoas andam pra lá e pra cá. [...] é jogado pra um lado [...] Porque, assim, às vezes a pessoa aproveita porque tem um direito ou um benefício e pega e joga só comida e bebida e pronto. E num tem um acompanhamento, não cuida mesmo. Eu acho que fica jogado. [fam - e12]

5.3 EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Nas entrevistas, usuários e familiares descreveram os trabalhadores de suas equipes de referência como pessoas que vão "além do profissional". Para eles, o *profissional* estaria

associado aos conhecimentos técnicos relacionados à profissão, já o que reconhecem como *ir além do profissional*, refere-se ao respeito, afeto e preocupação genuína por parte dos trabalhadores. Em razão disso, consideram que é criada uma intimidade que faz com que os trabalhadores sejam vistos *como se fossem da família*. Essa familiaridade é apontada de forma distinta quando se trata da profissional ACS. Para eles, como se trata de uma trabalhadora que mora na comunidade e está com frequência em suas casas, a familiaridade é ainda maior.

Com relação ao relacionamento com o posto eu acho que é um pouco familiar [...] Um relacionamento muito próximo [...], muito familiar mesmo.[...] Por qualquer momento que você, vamos supor, venha andar ou estar presente, ela [enfermeira] te cumprimenta como se tivesse, não sendo como uma profissional [...] Não desmerecendo as outras, claro. Eu entendo o lado profissional, mas acho que esse tempo de convívio com ela... Até teve um momento que a I. até falou com ela "não, você é como se fosse da família mesmo". [fam - e12]

Eu fui conhecendo as pessoas dentro do centro de saúde, passei a ter com essas pessoas um contato mais próximo, passei a enxergar aquelas pessoas como seres humanos e pelo processo, igual eu já falei, de dez anos que eu faço tratamento no SUS eu não tenho eles mais para mim como simplesmente um trabalhador que trabalha para o SUS, eu já tenho eles como meus amigos, pessoas da minha família. [usu - e9]

A A. [ACS] a gente já conhece do bairro, já conheceu a gente desde pequeno, então.. [...] É, porque ela nasceu aqui no bairro também. Aí ela veio trabalhar aqui no posto. Na época acho que ela passou em um concurso, alguma coisa assim. [fam - e12]

Na fala dos trabalhadores, também há diferenciação da ACS em relação às demais categorias profissionais. Esse diferencial é localizado em sua prática diária, que acontece principalmente no território e não dentro do CS, e pelas características das informações que as ACS conseguem acessar em função disso. Segundo alguns entrevistados, a ACS traz noções sobre as dinâmicas familiares e sociais dos usuários que dificilmente são acessadas no tempo dos atendimentos no CS.

o ACS ele tem as atividades que ele faz nas ruas, visitando as casas, trazendo essas informações. Então seria a única especialidade aí que não está a todo momento conosco. [...] A gente [eSF] já tem um vínculo inclusive com a família, então já se conhece a família. "Ah então é fulano que está com um problema de sofrimento mental importante, a família está respondendo assim", aí essa talvez seja o momento que a gente mais precisa aí da figura do ACS, porque nos traz determinadas informações que muitas vezes ali no ambiente de consulta médica, onde tende a ser algo mais formal por parte dos pacientes, a gente não conseguiria determinado dados. Então, eles trazem pra gente informações como: "olha, fulano tá... o filho de fulano tá em uso de drogas, então por isso talvez o sofrimento" [med - e4]

Especificamente nas entrevistas com as ACS, elas também apontam para esse acesso diferenciado aos usuários.

na unidade, eles que têm que vim até o médico [...]. O nosso serviço é diferente. Nós não esperamos que eles venham até nós, nós que vamos até eles. Entendeu? Nós vamos atrás e orientamos, conversamos. Então, às vezes, as pessoas chegam muitas vezes, cola na gente assim, vincula, cria um vínculo de amizade. Eles não conseguem entender que você está ali só profissionalmente, preenchendo aquela ficha não. [ACS - e2]

Relativamente à equipe, uma das trabalhadoras entrevistadas ressalta a boa relação que mantém com os colegas, considerando que vai para além de uma relação de trabalho, como uma relação de amizade. Em outras entrevistas, os espaços de reuniões de equipe e de matriciamento foram descritos como momentos em que se fala dos usuários, mas as conversas entre os trabalhadores não se limita a eles. Um dos médicos entrevistados ressalta o caráter não médico-centrado da equipe, ao mesmo tempo foi comum nos relatos a indicação de que nos momentos em que uma equipe fica sem médico a resolutividade da equipe diminui muito, o que sobrecarrega e tensiona os demais trabalhadores da equipe.

A equipe que eu trabalho [eSF], a gente, nós somos amigos. Nós não somos só colegas de trabalho, nós somos amigos, né, assim de frequentar casa, de trocar. E sempre, situação de paciente, assim, sempre sai, não tem como, a gente sempre conversa sobre o paciente, sabe. Fora no dia a dia, porque, quando, por exemplo, nós vamos, nós somos 4 agentes comunitários, nós vamos à casa de um paciente e vimos que ele não tá bacana. Imediatamente quando a gente chega na unidade a gente vai atrás da enfermeira. Sempre. Chega na unidade a gente arruma um tempo, vê qualquer momento, a gente vai atrás. Isso quando a gente não manda mensagem no zap. [ACS - e1]

O paciente ele é da equipe, ele é fluido, da equipe, ele não é médico centrado, então não é a nossa conduta, então de fato a gente tem ali, a técnica que ela pode fazer a avaliação, ela pode tomar uma conduta, mas toda vez que essa conduta ela é tomada, é comunicado para os outros. Como nós falamos ali a mesma linguagem, então a gente realmente todo mundo vai validar ali a conduta do outro. Então, o enfermeiro, o técnico, o médico, então aquilo dali caminha de uma maneira muito integrada. [...] Eles [os usuários] conseguem enxergar a questão da saúde não médico centrado, até por conta da maneira e como a gente constrói isso na unidade. [med - e4]

Eu fiquei praticamente nove meses sem médico na equipe. Sem médico na minha equipe. [...] Quando você vê que era uma coisa mais séria, aí sim. Às vezes, chamava até uma outra pessoa, uma outra colega aqui “ - olha o que a pessoa está falando”. Aí, lá vai eu e a ACS de novo lá na casa, pergunta aos vizinhos como que tá [...] Pesquisadora: Você contava, às vezes, com os médicos das outras equipes? Entrevistada: Sim, muito difícil, mas sim! Que tem época, por exemplo, que a gente tem sete [equipes], né? A gente tinha só dois médicos. Essa unidade, por exemplo, ela fica muito defasada de médico [enf - e7]

6 ELEMENTOS ENVOLVIDOS NA PRODUÇÃO DE VÍNCULOS

Uma vez elucidados os atores que produzem os vínculos, agora analisaremos os elementos específicos que nas entrevistas apareceram como potentes e/ou desafiadores para a produção desses vínculos.

6.1 CONDIÇÕES DE TRABALHO E RECURSOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A produção dos vínculos na AB é atravessada pelos recursos disponíveis na rede de atenção à saúde e pelas condições de trabalho das eSF. Como apontado pela literatura, o modelo de equipes de referência, o cuidado longitudinal, a proximidade do território e o fato de ser um serviço de porta aberta, são elementos que favorecem a produção de vínculos (Brasil, 2017). Todavia, no cotidiano dos serviços de saúde muitos desafios se apresentam. Nas entrevistas, a sobrecarga do trabalho, a alta rotatividade dos profissionais – principalmente médicos – e a limitação dos recursos tais como carro, espaço físico, baixa remuneração, foram apontados como questões que despotencializam a capacidade das eSF para a produção dos vínculos. Esses dados vão ao encontro da literatura sobre vínculo na AB (Baratieri et al., 2012; Cunha et al., 2017).

No que se refere especificamente aos usuários com sofrimento psíquico grave, a questão do tempo aparece como um dificultador central nas entrevistas. Como já indicado, os trabalhadores reconhecem que esses usuários têm uma frequência e uma demanda de escuta maior do que a população em geral. Por isso, a sobrecarga do trabalho, a insuficiência do espaço físico – principalmente número de salas – e o tempo curto para as consultas são limitadores para a produção dos vínculos com esses usuários e famílias, como é indicado nos trechos a seguir:

O que limita realmente é um volume muito grande de pessoas que a gente não consegue escutar da mesma maneira que a gente acredita que aquela pessoa precisaria e com a frequência que ela precisaria, fora as outras questões, mas elas são relacionadas à própria doença [mental] [...] Acho que se a gente conseguisse reduzir para o número de base em outros países, mil, mil e quinhentas pessoas [por equipe], aí a gente conseguiria garantir um atendimento de muito maior qualidade.[...] As pessoas demandam tempo, as pessoas querem ser escutadas, né? E muitas vezes a gente tem que se limitar porque tem trinta pessoas ali esperando pra poder serem atendidas. [med - e4]

Às vezes a pessoa quer um desabafo, uma conversa e você tem que ter um local próprio, um tempo próprio [para o acolhimento] Eu tenho 1h30 e tem dia que eu atendo 40 pessoas. Tem dia que eu tenho que achar outra sala para eu atender [...] A gente tinha que ter uma sala de saúde mental, uma sala para atender, fazer um trabalho com o paciente, com a família e a gente não tem uma estrutura.[...] Não é que eu to falando do posto em geral, tô falando da qualidade do serviço, porque se a gente tivesse uma boa estrutura, fosse planejado, tivesse o que é estipulado pelo PSF, se tivesse tudo, nós teríamos mais condições. [Téc. enf. - e6]

Eles [usuários] queixam "ah, de novo trocou o médico"; "de novo a equipe está sem médico" e às vezes fica longos períodos sem o médico – 6, 8 meses esperando chegar um médico – a psiquiatra não prescreve os medicamentos, não pode prescrever, só uma renovação de receita com um ou outro para dar uma ajuda para o paciente não

se desestabilizar mais. Mas não tem aquela conversa, aquela questão de estar com o paciente e conversar. Então perde muito. [enf - e5]

Esses limites impostos pelas condições de trabalho reduzem as possibilidades de resolutividade da AB. Como indicado pela literatura, a resolutividade é um ponto importante para que a população confie na AB como sendo capaz de responder às suas necessidades de saúde (Brasil, 2017). Nesse sentido, a insuficiência dos recursos da rede de saúde pode ser desfavorável à produção dos vínculos na AB. O relato a seguir ilustra como isso pode acontecer na prática. Esse relato foi feito logo após a pergunta disparadora, o que indica como a trabalhadora correlaciona as suas condições de trabalho às suas condições de produzir vínculos:

Se dependesse só da gente, só do profissional, só do enfermeiro, a gente conseguiria muito mais coisa do que a gente consegue hoje. Eu tenho, por exemplo, um paciente que faz uso de Haldol, a família liga, a família pede pra poder fazer a medicação dele em casa porque ele não aceita vir na unidade. Ele tá passando por um processo que [...] ele agride as pessoas verbalmente, se chega alguém próximo ele tá agredindo também [...] então, a gente vai até a casa dele. Só que [...] essa semana, por exemplo, eu passei por uma situação que eu falei com a minha gerente que acaba desmotivando a gente profissionalmente. [...] A gente, aqui, depende de carro [...] pra ir até a casa dessas pessoas. Eu pedi um carro de visita na segunda-feira pra fazer a visita de dois pacientes acamados, mais esse paciente de Haldol intramuscular, porque ele não tá aceitando via oral. [...] a família tá vindo: “pelo amor de Deus, me ajuda!” [...] Então, essa semana eu tinha pedido o carro pra fazer a medicação dele. Hoje é quinta-feira, eles não me disponibilizaram um carro. Ou seja, o paciente fica meio que desassistido. [...] Sendo que eu tinha falado pra família que a gente ia lá. [...] Fiz essa pactuação com a família [...] Pesquisadora: Qual é o impacto disso para essa relação com a família? Ela é quebrada! Está vendo? Em termos ela é quebrada. Por mais que o familiar, às vezes, ou é por telefone, ou quando ele vem aqui pessoalmente, eu só eu viro pra família e falo: “ - Eu estou tentando fazer o meu máximo! [...] Então, fica assim: a família tentando ser ajudada, você tentando ajudar, só que você ainda precisa de mais um degrau, de mais uma escada, de mais gente pra poder te ajudar. Isso é difícil! [Enf - e7]

Nessa situação, a família acionou a eSF quando seu familiar com sofrimento mental grave estava em crise e se recusou a ir ao CS. A eSF já havia realizado a troca da medicação oral para a injetável e passou a fazer a aplicação do remédio na casa do usuário, quando era necessário. Naquela semana, a trabalhadora não conseguiu cumprir o combinado com a família, o que ela considerou uma *quebra* na relação e uma *desassistência* ao usuário. Nesse caso, a entrevistada considera que a insuficiência dos recursos da rede de saúde concorreu desfavoravelmente à produção dos vínculos com a família/usuário, pois quebrou uma confiança previamente construída. Ao mesmo tempo, a trabalhadora teve a oportunidade de dividir com a família que se tratava de um empecilho que estava para além da sua vontade, pois ela estava *fazendo o seu máximo*.

Os recursos na rede de saúde sempre serão insuficientes e “nunca teremos tudo que as pessoas demandam ou que os profissionais consideram necessário” (Campos, p.72, 2003). Nesse sentido, ainda que se reconheça o impacto da resolutividade e dos recursos da rede para as relações na saúde, esse não é o único aspecto a ser considerado quando se pensa na construção da confiança entre as equipes e a população atendida. Nas entrevistas com usuários e familiares, ficou evidenciado que se as pessoas identificam que a limitação na assistência está para além da vontade/disposição dos trabalhadores, as insuficiências não necessariamente *quebram* os vínculos produzidos com as equipes. Na verdade, essas situações parecem ser, ao mesmo tempo, potentes e desafiadoras para a produção de vínculos. Desafiadoras porque escancaram uma falta, e potentes porque aproximam o usuário e o trabalhador, já que estão ambos *desassistidos* – pela política de saúde – na cena.

Se a partir desse problema comum for possível inventar algo de novo, pode haver um fortalecimento da confiança e, portanto, dos vínculos entre usuários e equipe. Essa análise vai ao encontro da aposta da PNH de que quando os problemas podem aparecer, eles também podem ser analisados e enfrentados, possibilitando acordos de cuidado compartilhados, o que favorece a produção de vínculos capazes de produzir graus crescentes de autonomia e corresponsabilidade (Brasil, 2010). Um dos usuários entrevistados, por exemplo, tem dores crônicas na coluna e com frequência recorre ao CS para tomar morfina, medicação considerada por ele e pela eSF como a que melhor responde à sua demanda. Em determinado momento, passou a faltar esse medicamento na AB e ele conta de como isso está sendo tratado por ele e pela sua eSF:

[...] não tinha a morfina, inclusive é uma pauta que a J. [gerente] conversou comigo ontem e o Dr N. também já me falou que eles vão tentar fazer com a secretaria [para] exclusivo nas minhas crises, quando acontecerem, ter a morfina lá [no CS] para mim tomar. Do contrário, eles vão ter que me mandar, já tudo preciso direitinho, para uma UPA para eu tomar uma morfina na UPA. [...] Eu já tinha falado para eles, “Olha, se tiver jeito eu compro a morfina para vocês aplicarem, não tem ela aqui, a gente olha numa farmácia que tiver, pede para poder entregar e entrega, vocês aplicam a morfina e ponto final, acabou” [usu - e9]

Nesse caso, a falta da medicação aponta para a insuficiência da rede de saúde em responder à demanda do usuário. Ao mesmo tempo, o movimento dos profissionais para buscar uma solução possível para esse impasse, assim como o próprio movimento do usuário, parecem agir favoravelmente à produção dos vínculos.

Além do compartilhamento dos problemas com os usuários, os entrevistados indicaram que conhecer o modo de funcionamento da AB contribui para que os usuários possam diferenciar entre o que diz respeito ao trabalhador e o que é próprio do serviço:

Eu chegava, eu queria ser atendido, ficava nervoso, né, "tá demorando demais". Hoje eu já sei como é que é o processo, então eu já chego, eu converso com o pessoal que recepciona a gente na entrada, eles pegam o nome, aí depois vai para a triagem [...], aí ela digita tudo, coloca no computador ali, envia para o computador do médico, que ele ali vai acessando e vai chamando os pacientes. Então eu descobri isso. [...] Quando eu vou passar pela triagem, eu venho cá na portaria, eu olho que altura que está o meu nome, né. "Quantas pessoas estão na minha frente?". Aí se tem cinco, eu olho, tem cinco pessoas, "tá bom, quando atender quatro, a quinta é eu". E outras pessoas ainda não aprenderam a ter esse pensamento, acha que está demorando demais. [usu - e9]

Nesse trecho o usuário conta como conhecer o funcionamento do CS o ajudou a lidar melhor com o incômodo gerado pelo grande tempo de espera para ser atendido. Em sequência, ele diz:

Nesse processo de acolhimento, se a pessoa estiver meio estressada, eu posso, se eu estiver lá no momento, eu posso chegar para ela e explicar para ela, "olha, não funciona assim, porque é desse jeito, é desse", as outras pessoas que estão lá, que são as gerentes, não têm esse tempo disponível, mas eu estando lá como usuário, eu posso parar com a pessoa, conversar com ele, explicar para ele a situação da coisa como é que funciona, entendeu? [usu - e9]

Nesse trecho, o usuário se reconhece como alguém capaz de contribuir com a sua comunidade e com os trabalhadores do CS, compartilhando aquilo que ele mesmo aprendeu sobre o acolhimento e que considera que o ajudou. A fala de outra usuária entrevistada também nos indica que conhecer o modo de organização do CS contribui para a produção dos vínculos entre equipes e usuários:

Se eu chegar aqui, hoje, 5 horas da tarde querendo uma consulta com o Dr B. [médico] e exigir que eu seja atendida nesse horário, eu tô totalmente equivocada. [...] porque tem horário, [...] tem um acolhimento, tudo tem uma ordem [...] se não venho no acolhimento vou chegar aqui fora do horário, à tarde, querendo a consulta? Você vai falar comigo que não tem jeito, que não tem horário, que a agenda tá cheia, que o médico tem mais [...] cinco pacientes ali fora pra ele atender ainda, que não tem jeito e a pessoa começa a quebrar o posto. Aí a pessoa começa a falar que o posto não presta, que os funcionários que não prestam, que aqui não vale nada. [usu - e10]

A partir das entrevistas, no que se refere ao atravessamento das condições de trabalho e da rede de saúde, compreendemos que embora as insuficiências da rede de saúde despotencializem o cuidado das eSF, o estabelecimento de relações entre esses usuários e familiares que considerem o compartilhamento desses problemas e das possíveis saídas, bem como o processo de trabalho, podem atenuar os efeitos deletérios das faltas. Dessa forma,

quando tratamos da produção de vínculos entre usuários/famílias com sofrimento psíquico grave e trabalhadores/eSF, a forma como as insuficiências são manejadas cotidianamente parecem ter seus efeitos, assim como as próprias insuficiências

6.2 O USO DE PSICOFÁRMACOS

Nas entrevistas realizadas, principalmente aquelas com os trabalhadores, o tratamento em saúde mental ainda é muito ou exclusivamente atrelado aos psicofármacos⁸. Por isso, o momento da prescrição, a retirada da medicação na farmácia e a aplicação das medicações (quando é o caso) acaba sendo um espaço onde os vínculos se produzem, o que torna a sua análise importante para esse estudo. Essa análise será feita a partir de três perspectivas: psicofármacos em resposta à crise; psicofármacos no cuidado longitudinal; manejos da prescrição.

6.2.1 PSICOFÁRMACOS EM RESPOSTA À CRISE

Foi percebida nas entrevistas uma construção comum a alguns trabalhadores de que aqueles usuários que tomam a medicação conforme a prescrição, na frequência e dose corretas, conseguem parecer *normais* na maior parte do tempo, o que concorre a favor da produção de vínculos. Essas falas desvelam a centralidade atribuída à medicação no cuidado, pela hipervalorização do efeito *normalizador* do psicofármaco. O medicamento, nesses casos, parece cumprir uma função de também evitar que os profissionais da AB tenham que lidar com as manifestações do sofrimento psíquico do usuário.

Até então eu não tinha visto esse lado no surto [...] Porque a gente via que quando ela [...] tomava a medicação dela direitinho, era normal como qualquer outro, entendeu? [ACS - e2]

Jardim e Dimenstein (2007) discutem como numa lógica biomédica de cuidado em saúde mental a crise representa a manifestação pura da doença mental e, nesse caso, a medicação psicofarmacológica entra como resposta, seja pela prevenção ou pela supressão da crise. Isso reflete uma compreensão limitada, pois a crise é entendida como somente uma urgência a ser aplacada e não como parte importante da manifestação subjetiva do sujeito que a experiencia (Jardim e Dimenstein, 2007). Consideramos que o trecho acima indica que essa perspectiva biomédica do cuidado ainda está presente no cotidiano desses trabalhadores. No

⁸ Os psicofármacos são fármacos naturais ou sintéticos que agem no sistema nervoso central, reduzindo alterações de comportamento, humor e cognição. Eles podem ser classificados como antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos, potencializadores de cognição, entre outros. (Oliveira et. al., 2021)

entanto, outros discursos relacionados à crise e à medicação coexistem, como podemos analisar a partir do trecho a seguir:

Quase no fim da tarde, [...] eu escutei alguns gritos e eu corri para ver se era algum paciente tentando agredir [...] Sabe o que estava acontecendo? A psiquiatra em pé olhando para paciente deitada no chão batendo a cabeça, se batendo. E a psiquiatra, em pé, assustada olhando pra ela. [...] Eu abaixei, agachei e comecei a conversar com a paciente. A psiquiatra falou assim: "vou medicar" e eu falei "beleza" e continuei conversando com ela, a psiquiatra fez a receita e foi na farmácia. Quando ela voltou a paciente estava sentada, na mesa, mais calma e eu conversando com ela. [...] Olha que ela [a psiquiatra] é uma pessoa [...], que tem um olhar até muito bacana nessa questão da medicação. Então ela poderia, mas ela ficou tão assustada com a paciente que se agredia. Ela pegou uma paciente antiga, que é tratada há muito tempo, que não tem o hábito de agredir o outro, ela se agride e não o outro. E aí, quando eu vi, quando passou tudo e eu analisei a situação, foi uma situação que me incomodou muito, de perceber que a psiquiatra nem agachou para conversar com a paciente. Ela ficou em pé, olhando a paciente se debater e não fez um movimento, um movimento básico que era ir além do mental. [...] E foi só isso que eu consegui. Comecei a conversar com ela [com a usuária]: "o que eu já conversei com você?", porque essa paciente já foi da minha micro área e, para você ter ideia, como esse vínculo ficou eu fui da microárea da paciente por um tempo, sai e estou em outra, não é nem da minha equipe, mas eu vejo que pegou um vínculo comigo. [...] É uma paciente que tá ali o tempo inteiro, e eu abaixei conversei com ela "olha o que a gente conversou, eu já tinha combinado com você, você precisa sair daí" - incentivar ela a fazer algo, porque ela é uma paciente que não faz nada da vida, ela fica na inércia. Então como a gente quer que esse paciente melhore? Se enquanto profissional você nem consegue tirar ela do momento de crise a não ser que você vá medica-la. [ACS - e1]

A trabalhadora da eSF tem uma visão crítica em relação à oferta da medicação como única resposta à crise. Nessa situação, interpretou a proposta de intervenção medicamentosa como um olhar reducionista por parte da psiquiatra, pois o foco estava na doença mental - representada pela crise - e não na usuária. A entrevistada, por outro lado, ofereceu uma estratégia relacional para o manejo da crise. Essa intervenção foi possível porque essa trabalhadora e essa usuária tinham um vínculo previamente produzido. Por saber que a usuária não tinha histórico de ser agressiva com outras pessoas, a trabalhadora se sentiu segura para se aproximar e conversar, o que foi suficiente naquele momento como resposta terapêutica à crise.

Nesse caso, a trabalhadora tem uma prática que reflete uma lógica de clínica ampliada, em contraponto a uma lógica biomédica (Campos, 2003). Não se trata de questionar a intervenção da psiquiatria, mas sim de ressaltar a potência da clínica praticada pela eSF. A usuária precisava ser ajudada e é provável que a medicação poderia cumprir essa função, mas a intervenção relacional ajuda para além da contenção oferecida pelo medicamento, pois ela "estimula a capacidade de as pessoas enfrentarem problemas a partir de suas condições concretas de vida" (Campos, p.70, 2003).

Jardim e Dimenstein (2007), ao tratarem da atenção à crise em saúde mental, propõem que uma resposta de continência é sempre mais eficaz do que uma resposta de contenção e deve ser lançada mão sempre que possível. Para tanto, as pesquisadoras defendem que a produção de vínculo com a pessoa em crise é condição para a continência. No artigo, as autoras tratam especificamente sobre a assistência à crise no contexto de serviços especializados em saúde mental, mas apostam que, mesmo nesse formato onde o contato com o usuário é pontual, “o vínculo pode ser estabelecido para aquele exato momento de crise” (Jardim e Dimenstein, p.184, 2007).

Nesse sentido, as eSF, por produzirem cotidianamente os vínculos com os usuários com sofrimento psíquico grave, têm de entrada a possibilidade de oferecer uma resposta de continência às situações de crises. Por isso, a organização da RAPS prevê a AB como um dos pontos de atenção para o atendimento de urgências e emergências em saúde mental (Brasil, 2013). Chamou-nos atenção, no entanto, que mesmo tendo sido narradas diversas situações de acolhimento à crise no cotidiano do trabalho, a maior parte dos entrevistados não reconhece a AB como apta para essa função:

Tenho sim várias experiências com a saúde mental porquê... querendo ou não eles procuram né? O CS é uma referência. Tem o CERSAM, mas o CERSAM geralmente é para quem está com crise, né? [Téc. Enf. - e3]

Às vezes eu recebo o paciente lá que está descompensado emocionalmente que eu preciso pegar a vaga de agudo para ele, quando está em surto mais ou menos. Porque aqueles em surto, a gente tem que pedir apoio e CERSAM, não dá para ficar aqui. [Enf. e5]

Esse não reconhecimento se deve, em parte, às diferentes leituras do que configura uma crise, mas também aponta para o demérito dos manejos relacionais como possíveis respostas à crise em saúde mental (Balint, 1988). Esse não reconhecimento apareceu de uma forma contraditória na entrevista de uma usuária:

Às vezes quando eu venho, estou muito agitada, muito nervosa, muito descontrolada, quando eu estou em crise. Se eu entrar em crise aí precisa [...] acionar o CERSAM e me remover pro CERSAM de ambulância. Pesquisadora: Mas, você já resolveu uma crise aqui mesmo, sem precisar ir pro CERSAM? Usuária: Não. Pesquisadora: Sempre precisou ir? Usuária: Sempre precisei. [Usu - e10]

Um pouco depois a usuária narra a seguinte situação:

Lá na mesa [...] sempre fica uma enfermeira sentada e já teve momento de eu chegar aqui muito agitada, chorosa, tremendo, numa crise de tremedeira muito grande e, assim, rodando, eu rodo o tempo todo. [...] Eu rodo o tempo todo e meu olhar fixo só para um canto, eu não tenho isso de ficar observando à minha volta, o que tá acontecendo à minha volta, parece que eu me fecho no mundo, num mundo só

meu, aí, o que que acontece, já aconteceu da enfermeira me pedir calma, buscar água pra mim, buscar um pouquinho de água, até café: “aceita um pouquinho de café? Eu vou te dar um pouquinho de café...” [...] ela sabe que eu gosto, então, até chegar no H. [psicólogo], ela me deu uma acalmada lá fora. Entendeu? Pesquisadora: O cafezinho faz parte, então, do tratamento. Usuária: Faz parte, café faz parte do meu tratamento. [Usu - e10]

Ao nosso ver, essa é uma situação de manejo de crise que não passou por contenção mecânica e tão pouco medicamentosa. A “*crise de tremedeira*” foi tratada com café. A escolha dessa “*substância terapêutica*” foi possível porque a enfermeira conhecia a usuária e sabia do vínculo⁹ que ela tem com o café.

Em suma, a usuária diz que não reconhece o CS como resolutivo em suas crises, mas isso não parece impedi-la de recorrer à AB nessas situações e nem de usufruir de sua continência. No entanto, em alguns casos o não reconhecimento da AB como apta a manejar crises no âmbito da saúde mental é um dificultador para a produção dos vínculos entre eSF e usuários/famílias com sofrimento psíquico (Jesus et al., 2020), como pode ser percebido em uma das entrevistas com familiares:

Pesquisadora: mas os trabalhadores [do CS] [...] você acha que eles sabem lidar com seus filhos?
 Entrevistada: [...] Assim, comigo eles conversam, comigo e tem, né? Agora com eles é muito complicado, para assim... para eles surtarem.
 Pesquisadora: Surtar?
 Entrevistada: Como é que eles vão fazer lá?
 Pesquisadora: Mas eles [eSF] não sabem lidar?
 Entrevistada: Mas é porque lá não tem assim, por exemplo, [...] se precisar assim de uma força maior, aí como é que vai ser?
 [...] Lá no posto não tem isso
 Pesquisadora: Entendi, [então] você se sente mais segura com esse cuidado do CERSAM.
 Entrevistada: Sim, porque lá no posto não tem esse suporte, né? Se tivesse alguém, tipo assim, como fala? Tem que.. como fala...?
 Pesquisadora: Cuida
 Entrevistada: Que cuida e ai.. outro que.. quando pega eles e coisa.. é...
 Pesquisadora: Imobiliza..
 Entrevistada: É.
 Pesquisadora: Você não acha que lá tem alguém que possa fazer essa imobilização se for necessário?
 Entrevistada: É, não tem.
 Pesquisadora 2: Mas já aconteceu algum caso que você precisou, assim, que você achava que era necessário?
 Entrevistada:[...] Não, nunca acontece coisa assim não, já teve assim, de ficarem nervosos e não querem nem ver os médicos, não querem ir lá não. [fam - e13]

⁹ Como nos indica Pichon-Rivière (2009), o sujeito estabelece vínculo não apenas com pessoas, mas também com objetos, lugares, cheiros e etc.

Nesse caso, a mãe além de não reconhecer o CS como um ponto da rede que ela pode recorrer no caso de seus filhos com sofrimento psíquico grave terem uma crise, também tem resistência a levá-los ao CS para outras demandas em saúde, pois não confia que os trabalhadores da eSF serão capazes de intervir em caso de crise. Ao mesmo tempo, a entrevistada recorre ao CS com frequência para o seu cuidado, diz não ter do que reclamar e, inclusive, nos mostra na geladeira as canetas de insulina que um de seus filhos e o marido fazem uso, as quais são retiradas mensalmente na farmácia do CS.

Ainda que ela diga em geral confiar na AB, para ela a resposta adequada para as crises dos seus filhos passa pela contenção mecânica e/ou medicamentosa, que o CS não pode oferecer, o que reforça a manutenção de uma lógica manicomial de cuidado. Nessa lógica, a crise é uma urgência de ordem psiquiátrica que precisa ser contida imediatamente. Em contraponto à essa lógica psiquiátrica, Jardim e Dimenstein (2007) propõem “uma ética-cuidado que se aproxima mais de um tipo de *atenção urgente à pessoa em crise*” (p.169), que pode ser feita a partir de estratégias mais amplas do que a medicalização e a contenção, e, portanto, pode ser operada pela AB.

A entrevistada mantém uma relação próxima com a sua eSF, mas não confia nessa equipe para prestar assistência aos seus filhos em caso de crise. Nesse sentido, a produção de vínculos entre essa familiar e a equipe não foi capaz de romper com a lógica manicomial de cuidado. Isso nos ajuda a compreender que a produção de vínculos por si só não produz a mudança do paradigma de cuidado em saúde mental.

Para fazer um contraponto de como os vínculos podem favorecer o cuidado em liberdade, escolhemos o relato de um dos usuários entrevistados que, a partir dos vínculos produzidos com a eSF, reconhece o CS como o ponto da RAPS mais adequado para responder às suas crises:

Aí quando é uma situação psicológica que eu estou [...] muito pra baixo né, [...], aí eu chego e falo assim, "olha, eu não estou bem, eu não estou bem, eu estou pra baixo, estou angustiado e eu quero um medicamento que me ajuda, que vem a me ajudar a melhorar isso", entendeu? Aí não sei o nome dele, tem um comprimidinho, que eles colocam debaixo da minha língua, entendeu? E ali eu fico por um espaço de tempo, com aquele comprimido debaixo da língua, o médico também acompanhando, e depois eles vêm e me perguntam se eu já melhorei. Só o fato de eu sair de casa e saber que eu vou chegar em um local onde eu vou ser bem acolhido, eu já saio de casa me ajudando. Se eu estava mal, no meio do caminho eu já começo a melhorar, quando eu chego lá que eu os vejo, eu me sinto em casa, eu me sinto no meio da minha família [...] e ali eu já começo a me sentir bem, entendeu? Vem aqueles lapsos assim de vez em quando, mas eu fico firme, aí o médico vem com o medicamento,

me cumprimenta, pega na minha mão, me abraça, entendeu? É... fala comigo pra eu não ficar daquele jeito, porque a vida, viver é muito bom. Eu já tive é... foi três vezes que aconteceu comigo de eu [...] senti desejo de suicídio, aí eu até mostrei [...] um colega meu, lá na minha casa, em cima da laje, falei assim "você tá vendo essa viga aqui? Aqui eu ia colocar uma corda que eu iria me enforçar", entendeu? A coisa estava tão ruim e os pensamentos estavam tão ruins, que eu senti vontade, desejo de suicídio. [Usu - e9]

Não se trata, portanto, de desprezar o lugar da medicação enquanto ferramenta terapêutica para o cuidado em saúde mental na AB, especialmente no que diz respeito à resposta à crise. Trata-se, sim, de entender que a medicação é uma das ferramentas possíveis, mas não a única e nem tampouco um antídoto para as crises. A produção de vínculos na AB favorece o uso de estratégias relacionais para a resposta à crise, mas isso não garante que usuários e familiares reconheçam que a AB pode ajudá-los nessas situações. Finalmente, no trecho acima, equipe e usuário produzem uma estratégia individualizada de manejo à crise, que integra estratégias relacionais e medicamentosas.

6.2.2 PSICOFÁRMACOS E CUIDADO LONGITUDINAL AOS USUÁRIOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE NA AB

Embora, como citamos, no cotidiano da AB se mantenha por parte dos trabalhadores uma visão da medicação como o que *normaliza* o usuário com sofrimento psíquico grave, o fato de esses usuários serem acompanhados ao longo de anos parece fazer vacilar essa ideia. Nas entrevistas, o acompanhamento de efeitos colaterais importantes no seguimento longitudinal das eSF parece contribuir para que as repercussões deletérias das medicações sejam consideradas pelos trabalhadores, o que interfere no julgamento dos riscos e benefícios das terapêuticas farmacológicas.

Um dia eu cheguei no psiquiatra e perguntei: o que a gente pode fazer para desintoxicar os pacientes? Porque o paciente chega aqui mais ou menos e de repente, parece que está piorando. Então devíamos trabalhar com a possibilidade de tirar medicação, porque só vai injetando. O paciente chega agitado e a gente teria que ter um trabalho.[...] Ele falou "eu concordo com você, mas a gente não tem perna." [Tec. Enf. - e6]

A bolinha mágica não resolve. Nós temos uma paciente de saúde mental que [...] quando começou, tinha um quadro parecido com anorexia. [...] Essa menina fazia acompanhamento com psicólogo, estava levando uma vida bacana. Hoje ela causa angústia nos profissionais que a conheceram. É jovem, quase 25 anos, está inchada num nível que dá angústia de ver, por causa dos efeitos dos medicamentos. Quando ela anda pela rua, a gente vê ela andando, parece um outro ser humano, tá lerdá. E é difícil quando você olha e pensa assim "foi o medicamento". Eu me sinto mais angustiada por ela, porque ela nem queria fazer acompanhamento, foi uma luta para ela fazer acompanhamento quando ela estava ruim. A mãe dela costuma falar "meus filhos gostam muito de você, principalmente a (nome)" essa filha dela que tem contato comigo. Porque eu consegui convencê-la a fazer acompanhamento. Ela fez, tava bacana, foi muito bacana quando nós vimos ela, ela tinha ganhado peso, porque

ela estava esquelética. Conseguiu estabelecer e tudo, aí passou um período e nessa troca de profissionais ela volta faz acompanhamento com psiquiatra e hoje está inchada, lerda e dopada de medicamento. Foi uma melhora? Foi não. [ACS - e1]

Em ambas as situações a longitudinalidade do acompanhamento parece ter influenciado o entendimento por parte das trabalhadoras de que é importante considerar os efeitos colaterais na avaliação das terapêuticas empregadas no cuidado em SM na AB. No segundo trecho, chama atenção como a trabalhadora se angustia ao se reconhecer como corresponsável pelo cuidado ofertado à usuária em questão, que na sua avaliação teve uma piora em termos de qualidade de vida a longo prazo. Ao final da sua entrevista, essa mesma trabalhadora apontou para o que a sua experiência empírica ao longo dos dez anos na AB lhe mostrou:

[...] há casos de pacientes que viviam na unidade todos os dias e conseguiram trabalhar, namorar e hoje raramente você vê ele lá. E era um paciente que eles falavam que tinha caso grave, que fulano tem uma neurose e não sei o que. Mas é incrível como ela consegue viver a vida dela. Ela pode ser um paciente de saúde mental, mas isso não significa que ela não consiga ter uma vida. Eu acho que precisa é isso, trabalhar um pouco mais e fazer esse caminho de compreender melhor esses outros espaços de acompanhamento que são muito eficazes. [ACS - e1]

Nessa mesma direção, outra trabalhadora aponta:

O certo seria fazer um trabalho que eles comessem num tanto [de remédio] e fosse diminuindo. Mas tem gente que briga para ter, já vi brigar, as pessoas que usam clonazepam e diazepam. Tem muita gente aqui que não trabalha e na hora que não trabalha, some. Na hora que tá em casa quer um diazepam, uma fluoxetina, porque tá ansioso. Será que não tem outra forma de trabalhar com a ansiedade do que o remédio? [...] Eu acho que nem sempre [remédio] é a solução. Às vezes fazer um trabalho manual, uma atividade, como essas mulheres do interior que mexem com costura, faz um desenho, faz uma atividade, um colar... Melhor do que ficar enchendo de remédio. [Téc-enf. - e6]

Isto é, ao observar como os usuários com sofrimento mental grave se apresentam ao longo do tempo, as trabalhadoras ampliaram a sua perspectiva de cuidado em saúde mental. No entanto, somente o acompanhamento longitudinal não garante o rompimento com uma visão do cuidado centrada no medicamento. Uma das entrevistadas, ao ser perguntada no fim da entrevista sobre qual seria um elemento dificultador para a produção de vínculo, respondeu:

Eu acho que a questão da medicação. Quê que acontece, o vínculo, ele se desfaz quando a família não cumpre aquilo que cê determinou pro paciente. Aí fica assim, eu acho que o vínculo se desfaz aí. Por exemplo, eu tenho um paciente que ele tem que tomar um haldol decanoato todo mês. Religiosamente, a família chega pra gente, a gente orienta, a médica prescreve a medicação, a família não pega a medicação, vai lá e toma aquele dia e ele só vai vim quando o paciente está em crise[...]. É uma medicação que tem que manter. Então, assim, pra mim [...] já desfaz o vínculo. [...] Porque, uma vez que o paciente não cumpre aquilo que você determina, que você sabe que o bem pro paciente, pra mim já num, eu não consigo ver isso com bons olhos. [...] Dificulta demais a questão do vínculo. Porque, assim, creio eu que eles não tão... A gente num tá trabalhando junto. Diferente de um paciente que faz

tudo certinho, que a família tá sempre ali, buscando [...] A gente tem uns dois ou três casos da equipe que são assim, mas, graças a Deus, os demais têm ocorrido direitinho. [Téc. Enf. - e3]

A visão dessa trabalhadora aponta não só para a centralidade da medicação como oferta terapêutica, mas também para como essa visão não considera o usuário como protagonista do seu processo de cuidado. Quando ela aponta que o vínculo se desfaz quando o usuário não cumpre o que foi determinado pela equipe, ela deixa pressupor que a equipe é quem determina qual é o tratamento mais adequado para o usuário e também que por parte da eSF a condição para a produção dos vínculos com os usuários/famíliares com sofrimento psíquico grave é que estes cumpram o prescrito pela equipe. Nesse sentido, não parece haver espaço para a negociação.

Nos chama a atenção ainda que a trabalhadora reconhece esses casos em que o usuário e a família não cumprem a prescrição medicamentosa, como a exceção: “*tem uns dois ou três casos assim*”. Mas, na AB, são justamente as situações de maior complexidade, as que devem ser priorizadas pelas eSF (Campos, 2003). Nesse sentido, apostamos que esses “*dois ou três casos*” poderiam ser favorecidos pela produção de vínculos que abrissem espaço para algumas perguntas: Quem é esse usuário que se recusa a tomar a medicação? O que ele diz sobre essa recusa? O que acontece quando ele não toma a medicação? O que acontece quando ele toma a medicação? Quem é essa família? Por que ela não participa do cuidado? O que essa família considera da prescrição ofertada? Sem espaço para essas dúvidas, não nos parece haver espaço para o vínculo.

Dimenstein (2004) nos adverte sobre o “constante risco que vivemos de promover uma reforma superficial ou pseudo desinstitucionalização, na medida em que mantemos os dispositivos de segregação internalizados, compondo uma subjetividade manicomial” (p.113). Se na AB os vínculos se fecharem para usuários/famílias que não *fazem tudo certinho*, a lógica manicomial será mantida. Para o real avanço da desinstitucionalização, nos parece importante pensar em produções de vínculos que considerem as prescrições como uma parte da terapêutica a ser construída nos encontros entre profissionais e usuários/famílias, no caso a caso.

6.2.3 MANEJO DA PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS

Um dos familiares entrevistados, que é a principal referência de cuidado do seu irmão com sofrimento mental grave, reconhece que os psicofármacos têm ajudado o seu familiar, mas indicou ao CS que a família gostaria que a medicação fosse reduzida, pois os seus efeitos sedativos diminuem a qualidade de vida do irmão:

Eu conversei até com o Dr. H. [psicólogo], o remédio tá fazendo efeito muito melhor [...] [Meu irmão] tá tomando só [...] o fluoxetina [...] de manhã, e são o diazepam, com a olanzapina e [...] clorpromazina pra dormir. Mas [...], se possível, [que] futuramente tire. [...] Toda hora [eu] ficava chamando "Ô A., vamos tomar medicamento, vamos tomar isso, vamos tomar aquilo". [...] Eu prefiro ele estar ativo de dia [...] ele ficava dormindo o dia todo praticamente. Aí, não trazia um bem-estar de vida pra ele. [...] Pra gente essa funcionalidade [...] e quanto mais facilidade, e poder pra ele também, trazendo uma melhor vida, isso seria o ideal. [fam - e12]

Esse pode ser um espaço potente, nos parece, para que sejam discutidas outras terapêuticas possíveis que podem colaborar para a retirada/diminuição da medicação e, assim, diminuição dos efeitos colaterais. No caso específico, o usuário tem tido resistência para sair de casa e vai ao CS uma vez ao mês para o atendimento com o psicólogo da unidade, além de se consultar com o médico da eSF para a renovação das receitas. Segundo o seu familiar, ele mantém uma boa relação com a eSF, mas não é muito de conversar e por isso os irmãos acabam assumindo essa função de comunicar as impressões sobre a evolução do familiar para a eSF.

Já no caso de uma das usuárias entrevistadas, ela própria é quem informa para a equipe sobre como tem respondido à terapêutica ofertada:

Eu tomava remédio a mais pra dormir durante o dia todo, [...] pra não ver o dia passar, [...] chegava no final do mês a minha medicação não dava porque eu tomei remédio em excesso, aí dava o maior problema porque eu ficava sem medicamento. [...] O posto tem a data certa pra poder dar o medicamento, [...] se eu tomar mais eu vou ficar sem [...] é uma forma que eles têm de também cuidar de mim, porque senão, se eu ficar tomando remédio pra mais, eu vou dormir o dia inteiro e eles me deram remédio toda hora que eu preciso, eles estão contribuindo pra eu fazer tratamento malfeito porque o tratamento que o médico passou não é este [...] [Usu - e10]

Nesse trecho a usuária fala sobre a sua maneira de tomar a medicação. Ela diz que inicialmente tomava mais remédios do que o prescrito, o que trouxe problemas para a retirada da medicação na farmácia. A usuária produz o sentido do seu tomar a mais – *para não ver o dia passar* – e dá o sentido de a equipe não permitir que ela retire mais medicamentos antes do prazo - *uma forma que eles têm de cuidar de mim*. Nesse caso, há espaço para uma produção

de sentido bilateral. Embora ela diga que o tratamento certo é o que o médico passou, ela deixa entrever que tomar os remédios conforme a prescrição foi uma escolha sua.

Em seguida, a mesma usuária conta como a forma de tomar a medicação foi modificada ao longo do seu tempo de acompanhamento na AB, o que também aponta para o seu lugar como corresponsável pela prescrição:

Minha medicação já foi dividida pra várias partes do dia pra melhorar a minha ansiedade [...] Quando dava 8 horas da noite eu ficava: “quantas horas, quantas horas, quantas horas, quantas horas, a hora do meu medicamento, a hora do meu medicamento”. Eu tava muito viciada naquele horário e me dando angústia, sentindo angustiada até chegar o horário de tomar o medicamento, aí o psiquiatra foi e dividiu minha medicação durante o dia, de maneira que eu não fique tão ansiosa até a chegada do medicamento [...] Demorou um tempo pra fazer esse ajuste [...] Toda medicação era feita só à noite, aí eu ficava durante o dia mal, mas mal, muito sedada, a medicação era muita e aí agora dividiu a medicação de maneira que eu tomo ela de três vezes, três dosagens e aí, o que que acontece, eu não fico tão sedada, não fico tão sedada, eu ficava só sentada em cima da cama. [usu - e10]

Essa situação parece nos indicar um modo de produzir vínculos que se baseia na confiança e na aprendizagem mútua, na qual as orientações de saúde “são feitas *com* alguém e não *para* alguém” (Barbosa, p.350, 2015). Nesse sentido, a usuária vai percebendo os efeitos do tratamento, comunica o que parece estar funcionando e o que não está, a partir disso eSF e usuária vão entendendo qual é a melhor forma de tratamento possível. Nesse caso, a usuária que inicialmente tomava remédios a mais para *não ver o dia passar*, passa a buscar, com o CS, formas para não ficar tão sedada durante o dia. Como indicam as falas a seguir, ela parece também ter encontrado no CS formas de tratamento complementares à medicação:

Todas as vezes que eu saio de casa pra vir pra uma consulta, principalmente quando é psicológica, a gente vem buscar um remédio pra alma, a gente vem buscar um alívio, *aquilo que o medicamento não tá surtindo efeito* [usu - e10] [grifo nosso]

[...] a minha última consulta que eu tive na sexta-feira passada com o Dr. H., que é o psicólogo, [...] o que ele falou comigo, *vale mais do que uma cartela de medicamento*, ele falou comigo assim: “[...] eu quero deixar bem claro aqui que a partir da chegada do seu neto¹⁰, assim que ele chegar, você volta àquela etapa que você não tem horário, não tem dia para você ser consultada, é de acordo com a sua necessidade. Senti necessidade, nós estamos aqui de portas abertas”. [usu - e10] [grifo nosso]

Outro entrevistado trouxe uma perspectiva interessante sobre como, no cuidado aos usuários com sofrimento mental grave na AB, é preciso considerar a autonomia do usuário e ter essa mesma autonomia como uma direção para o acompanhamento. Para ele, é fundamental

¹⁰ Ao longo da entrevista, a usuária contextualizou que o seu primeiro surto foi relacionado à uma situação com crianças e por isso, naquele momento, estava com medo da sua reação quando o seu primeiro neto nascesse.

que as possibilidades de cada usuário sejam pensadas no caso a caso, de modo a evitar práticas paternalistas por parte da equipe, o que atravessa a terapêutica medicamentosa:

a gente não gosta muito de fazer determinadas condutas se a pessoa não tem condição de fazer, pra gente isso é retirar o corpo da autonomia, é como se a gente quisesse dizer que essa pessoa não tem competência pra poder se desenvolver... é rotulá-la de uma pessoa totalmente dependente, quando na verdade ela não é. [...] "Até onde você dá conta? Eu dou conta de fazer isso! Então, você vai fazer isso!" [med - e4]

Em relação à terapêutica medicamentosa:

Vai depender mais da questão do quê que se precisa. Então, quando a gente falou que a técnica que vai, é porque é para além da medicação oral, precisa de uma aplicação também de uma medicação parenteral, intramuscular que aí a ACS não conseguiria fazer [...] mas se fosse [...] só entregar a medicação e garantir que está usando, a ACS poderia fazer tranquilamente, [...] cada caso é um caso [...] o que a gente mais tende a pactuar é para a pessoa vir mesmo pra poder criar o vínculo, ela falar, até dela sair de casa pra poder fazer esse movimento pra cá, de vir, de buscar a medicação, não ser só pela questão paternalista que a gente faz tudo pra pessoa pessoa tirando aí a autonomia dela. [med - e4]

Nesse sentido, as pactuações de modos de administração da medicação são múltiplas e levam em consideração as condições de cada sujeito. Para alguns usuários com sofrimento psíquico grave, essa eSF se organiza para fazer a aplicação de medicação intramuscular na casa do usuário, já para outros a administração é oral e a ACS leva até a residência do usuário, de modo que a equipe possa se certificar de que a medicação foi tomada. Um dos usuários dessa equipe comparece diariamente à unidade para buscar a sua medicação, que fica guardada em uma caixa vermelha no armário do consultório médico. No entanto, essa eSF sempre tenta privilegiar que o usuário seja o responsável pela retirada e administração da medicação, por considerar, além da autonomia, a ida até o CS como parte importante da produção dos vínculos com a equipe.

Pelo contrário, para exemplificar o que seria um modo de produção de vínculo paternalista, o entrevistado conta de uma situação vivenciada entre um usuário e uma trabalhadora da sua equipe:

A gente já teve aí no passado, da pessoa [usuário] condicionar o tratamento... "só vou fazer agora se você comprar [...] um sorvete!" [...] aí depois só aceitou se desse sorvete, aí começou a se dar o sorvete até toda vez que ele ia lá, comprava do bolso dela [trabalhadora] um sorvete. "Ah não, agora eu quero uma televisão!" [referindo-se à fala da usuária] entendeu? [...] Aí ela [trabalhadora] realmente ela teve que bancar e falar: "Não, o que que é o tratamento? Inclusive ela coloca: "Não, nós vamos cortar o sorvete, não é obrigatório, nada disso é obrigatório... a prefeitura não oferece isso..." Aí teve que realmente colocar no chão e estabelecer [...] Então a gente sempre trabalha esse cuidado, se não... De fato, ele voltou realmente a fazer as medicações, mas chegou-se nesse ponto. Então quando a gente fala de paternalismo é nesse sentido, ah só com o sorvete, é só, né!? [med - e4]

Nesse caso, o usuário em questão condicionou o seu tratamento ao sorvete. Por um tempo, a trabalhadora sustentou essa condição, até que o usuário impôs que lhe fosse dada uma televisão. Diante do absurdo do pedido, a trabalhadora impôs o seu limite e repensou, inclusive, o lugar ocupado pelo sorvete. Ao que parece, a partir desse momento a relação foi renegociada em outras bases.

Por ser uma situação quase caricata, ela nos permite trazer luz a um ponto importante. A produção de vínculos nas relações de saúde podem seguir os caminhos mais diversos e sempre dependerá da subjetividade do trabalhador, da subjetividade do usuário em questão, além dos seus contextos, condições de apoio e necessidades. O fato de o usuário seguir a prescrição medicamentosa em si, não deve ser um critério para avaliar a qualidade dos vínculos produzidos. É possível que relações de dependência se estabeleçam, que tanto o usuário quanto o trabalhador se manifestem satisfeitos, que a medicação seja administrada religiosamente e que, ainda assim, esses vínculos não concorram favoravelmente ao cuidado do usuário com sofrimento mental grave na AB. Para que isso ocorra, o profissional precisa “transcender a idéia da aceitação incondicional do usuário, mas estabelecer atitudes e vínculos solidários, não focados na doença, e, sim, na potência de vida e de transformação de cada um na busca da emancipação” (Dimenstein, p. 115, 2004).

6.3 A LÓGICA BIOMÉDICA

Nas entrevistas, foram narradas situações que indicam a manutenção da lógica biomédica do cuidado no cotidiano da AB:

[...] ela [Usuária] me procurou no Instagram, na hora eu fiquei com muita raiva, falei “nossa, paciente assim...”, só que, tipo, na hora que você vai escutar você vê “nossa, que dó” e tal “vamos atender”. Ela queria algo... Porque às vezes o atendimento no centro de saúde esbarra... O paciente, às vezes, não quer ficar contando seus assuntos para todo mundo, às vezes chega e tem que contar para a pessoa da recepção, depois para a enfermeira... às vezes na recepção todo mundo escuta, vai ali com a enfermeira, a porta está aberta e às vezes ali ela vai negar, e às vezes ele tem uma coisa muito importante e aí ainda depois para vir comigo sabe, existem barreiras para chegar até... [...] E às vezes é uma história que é um segredo. [...] Então assim, essa paciente, por exemplo, ela me procurou no Instagram, eu já tinha atendido ela algumas vezes e ela não contou, não contou, não contou e aí eu falei “não, tudo bem, pode ir lá amanhã”, eu abri a porta para ela, “vai, me procura direto e tal...” [...]. Ela foi umas duas, três vezes comigo e melhorou, era uma coisa mais de escutar, uma medicação simples que eu passei, nada assim, uma depressão muito profunda que ela tinha [...]. Ela se estabilizou, curou não, porque ela crônica, mas assim, cria vínculo, ela tinha um amor por mim só porque eu escutei, só porque eu respondia as coisas no Instagram. [...] Ela era da minha equipe, só que ela não queria passar por vários setores para chegar até mim, ela não gostava disso. [Med - e8]

Nessa situação, a forma de organização da eSF é vista pela usuária como uma *barreira* para o acesso ao médico. Essa situação aponta para a centralidade atribuída à figura do médico como detentor do saber na área da saúde. Em outro trecho, essa mesma trabalhadora narrou uma situação vivida quando ela, a convite de uma usuária, fez uma palestra na igreja frequentada por essa usuária. A situação ilustra o lugar de prestígio atribuído ao profissional médico:

[...] eu fui na igreja dela [usuária] [...] uma Quadrangular, e aí eu fiz uma palestra sobre diabetes. [...] Tentei colocar algo bem simples, [...], era um público bem específico, que não tinha muito... Que não é da saúde [...] Quando eu cheguei lá as pessoas eram muito humildes, e as pessoas, assim, me receberam muito, sei lá, parecia que era *um presidente da república* que estava chegando... Achei tão interessante, fiquei até sem graça, porque assim, eles fizeram... Aí foram todas as mulheres, [...] elas encheram a igreja, igreja de porte médio, aí elas fizeram uma mesa de salgado, doce, para elas, cada uma levava um prato, e para mim, tudo que tinha lá elas fizeram para mim à parte num lugar e falaram “esse aqui é seu”, nossa não ia comer tudo aquilo ali sabe... Para você ver a importância, entendeu... [med - e8][grifo nosso]

Na lógica do cuidado biomédico hegemônico, o saber médico possui maior valor de autoridade e prestígio em relação às demais categorias profissionais da saúde (Spink, 2017). Nas entrevistas, essa lógica foi reproduzida tanto por trabalhadores, quanto por usuários. O prestígio atribuído pelo usuário ao profissional parece favorecer que a confiança se estabeleça na relação, ainda que não a garanta. Isso porque a autoridade atribuída ao saber médico favorece que seja reconhecido um valor de verdade à sua palavra. Essa lógica foi evidenciada na fala de uma das entrevistadas, que começou a trabalhar na AB como técnica de enfermagem, cursou faculdade de enfermagem e hoje trabalha como enfermeira na mesma equipe:

Eu era técnica de PSF dessa equipe que eu estou como enfermeira hoje. [...] Pesquisadora: Como técnica você percebe que muda o seu lugar na relação dos usuários? Entrevistada: Muda porque é como se eles respeitassem realmente um pouquinho mais a hierarquia, [...] porque o técnico está abaixo do enfermeiro aqui no centro de saúde. [enf - e6]

Dessa forma, é preciso considerar que a categoria profissional do trabalhador diferencia as condições de produção dos vínculos, por ter diferentes atribuições de papéis e prestígio (Pichon-Rivière, 2007). Se por um lado, por exemplo, a presença do médico na comunidade produz o efeito como se *um presidente da república estivesse chegando*, quando se trata da profissional ACS a sua presença na comunidade é condição rotineira:

A A. [ACS] a gente já conhece do bairro, já conheceu a gente desde pequeno, então.. [...] É, porque ela nasceu aqui no bairro também. Aí ela veio trabalhar aqui no posto. Na época acho que ela passou em um concurso, alguma coisa assim. [fam - e12]

Olha, ela [ACS] chama S.. Eu não só conheço a S., eu tenho o WhatsApp dela, o nosso contato... inclusive... [...] Quem me informou sobre ontem que às 10 horas a [...] [fisioterapeuta] ia me atender [...], foi a minha ACS, a S.. Então, além de eu conhecer ela, ela ir na minha casa, ela entrar, ter liberdade dentro da minha casa, a gente tem essa troca de informação pelo WhatsApp e celular, entendeu? [usu - e9]

Assim, se na fala dos usuários o deslocamento do papel de trabalhador para amigo/família é algo considerado inesperado quando se trata, principalmente, de enfermeiros e médicos, com o ACS isso parece já estar posto de entrada:

É porque a ACS, ela assim... Vamos dizer assim... A linguagem falada é mais simples, menos formal, vamos dizer assim. Eu acho que talvez essa questão.[...] É, é diferente, porque você chega, conversa e tal tal tal e pronto, entendeu? Como a gente já conhece, então fica tranquilo, na hora que você quiser [fam - e12]

Essa horizontalidade na relação entre as ACS e a população, também é reconhecida pelos profissionais:

"Ah então é fulano que está com um problema de sofrimento mental importante, a família está respondendo assim", aí essa talvez seja o momento que a gente mais precisa aí da figura do ACS, porque nos traz determinadas informações que muitas vezes ali no ambiente de consulta médica, onde tende a ser algo mais formal por parte dos pacientes, a gente não conseguiria determinado dados. Então, eles trazem pra gente informações como: "olha, fulano tá... o filho de fulano tá em uso de drogas, então por isso talvez o sofrimento" [med - e4]

Em contraponto à lógica biomédica, que privilegia o saber médico, no que se refere aos usuários com sofrimento psíquico grave, o saber sobre o território e cotidiano dos usuários tem um valor fundamental para o cuidado e a profissional ACS, por sua posição híbrida, representa quem está mais próxima à realidade do território. Por isso, na fala dos trabalhadores a ACS aparece como uma agenciadora do vínculo entre a equipe e a comunidade:

Nesse caso, igual eu já pedi, eu faço a busca ativa. Mas, às vezes, eu peço pra ACS, que é *assistente de comunicação* que a gente tem aqui na unidade com o paciente lá fora na rua, eu peço pra ela ir até a casa e ver como que tá a situação. [enf - e7][grifo nosso]

Ele [ACS] é que traz, *ele é o nosso vínculo*, é ele que vai a casa e consegue perceber o ambiente e trazer na reunião de equipe aquilo que ele percebeu. [enf- e5] [grifo nosso]

Ainda que a importância da ACS seja reconhecida, as duas falas desvelam um lugar que pode ser complicado para essa profissional. A ideia da ACS como uma *assistente de comunicação*, implica um lugar diferenciado em relação aos demais trabalhadores, pois a relação de assistência presume a atribuição do papel de um que faz e do outro que o ajuda, indicando uma lógica biomédica. Já a ideia de que a ACS é *o nosso vínculo*, é problemática porque a produção dos vínculos com os usuários é uma responsabilidade de todos os

trabalhadores da equipe e deve ser construída cotidianamente. Se a partir da posição híbrida das ACS for presumido que o vínculo entre o usuário e a equipe já está dado, isso pode ter um efeito de transferência da responsabilidade dessa produção para essa profissional. Uma situação narrada por uma ACS entrevistada nos parece paradigmática para ponderarmos esse risco:

Em uma das consultas com o psiquiatra, né? Que foi com o doutor R., teve uma fala, assim, que foi mal interpretada, eu não sei de fato o que ele falou com ela, que eu cheguei até a perguntar que ela colou em mim, de uma certa maneira, que eu não conseguia nem de respirar, né? Porque ele falou com ela assim: “- L., qualquer coisa que você precisar” ela já estava em surto, não 'tava' tomando a medicação direito né? ... “Qualquer coisa que você precisar você procura o seu agente de saúde, procure a A.!” A partir dessa fala, eu não tive mais vida social. O telefone era de dia, de noite, de madrugada. Porque ela estava em surto, era o momento em que ela ligava pra mim e queria que eu resolvesse os problemas pra ela na hora. [...] Porque as pessoas tentando falar: “- ela [ACS] não está aqui!” Mas ela queria eu! Colou nessa fala! Aí foi onde que, tipo assim, numa reunião de matriciamento, juntamente com o Dr. R. [Psiquiatra], eu falei assim: “- eu preciso perguntar pra ele se realmente teve essa fala”. Porque se teve em consulta, se foi ele que falou, ele tentar tirar isso. Porque acho que ela vai escutar ele como doutor, porque ele está orientando. E tira isso! E foi isso que aconteceu. Numa reunião com todo o mundo. Eu cheguei a perguntar pra ele se de fato aconteceu, foi onde que ele confirmou, né? Que sim! Que ele tinha falado com ela, que qualquer coisa que ela precisasse, mas que ele não imaginou que ela fosse colar tanto assim. [...] Ele falou: “- Não, realmente eu falei. Por você ser a ACS dela, você tem um vínculo maior com ela lá na rua do que a gente aqui dentro da unidade. Aí eu realmente de fato falei com ela: ôh L., se você precisar de alguma coisa, A. é sua referência como agente de saúde. Procura ela! Mas ela entendeu errado também que não era pra ficar assim totalmente vinculada em você. Mas eu vou desfazer essa situação.” [ACS - e2]

Para os trabalhadores, a produção de vínculos com o usuário com sofrimento psíquico grave e sua família exige um tempo e disponibilidade maior do que o dispensado a outros usuários. Nesse sentido, a lógica biomédica que embasa a identificação da ACS como aquela responsável pelo vínculo reforça padrões dessa produção que sobrecarregam essa profissional. Isso porque sua posição híbrida, embora potente, implica em desafios, como já exposto.

Outra consequência da manutenção da lógica biomédica é a atribuição do cuidado ao usuário com sofrimento psíquico grave aos profissionais especialistas. Na AB de Belo Horizonte, todos os CS contam como uma eSM, que pode ser composta por um psicólogo, um assistente social e por um psiquiatra. Na prática, entretanto, essas equipes são geralmente compostas por um psicólogo apenas. Pela forma como o serviço se organiza no município, em geral essa equipe acompanha os usuários com sofrimento mental grave na AB. Não é foco deste estudo analisar a produção dos vínculos entre especialistas e usuários mas, nas entrevistas, a presença de um ou mais profissionais especialistas em SM no cotidiano da AB parece ter efeito

sobre a produção dos vínculos entre as eSF e os usuários com sofrimento mental no cotidiano da AB.

Para uma das usuárias entrevistadas, a presença do especialista em SM é reconhecida como o que torna a AB apta a exercer o cuidado em SM. Ela morava em um município vizinho à Belo Horizonte e em sua UBS de referência não havia profissionais especialistas em SM. Quando ela se mudou para BH, ao fazer o cadastro no CS descobriu que tinha um psicólogo e um psiquiatra na unidade. Ela relacionou a presença do especialista ao fato de em BH ela ser acompanhada na AB, e não só no CAPS como era em sua cidade natal:

Bom, eu morei 26 anos em Santa Luzia e lá eu tinha muitas crises com frequência. Depois que eu vim para cá, foi em 2008, eu consegui ficar 5 anos sem entrar em crise, [...] com o tratamento aqui do posto. E já aconteceu de um profissional sair e ir para outro, mas todos são profissionais ótimos, muito bons. E me ajuda muito porque me ajuda a segurar as crises. [...] Lá [em Santa Luzia] eu não tinha facilidade para consultar no posto de saúde. No posto de saúde não tinha psiquiatra, psicólogo. Eu tinha que estar indo lá na fazenda Boa Esperança para fazer tratamento, e era só com psiquiatra mesmo, não tinha psicólogo não. [usu-e11]

Atualmente, essa usuária é acompanhada mensalmente pelo psicólogo da eSM e pelo médico generalista, que lhe prescreve os psicofármacos. Anteriormente, havia um psiquiatra no CS que era responsável por tal prescrição. Ela diz estar satisfeita com o formato atual, mas pondera:

Infelizmente não chegou ninguém ainda para substituir ele [psiquiatra], né? Mas eu tenho fé que ainda vai aparecer [usu - e11]

Outra usuária entrevistada, que também é acompanhada nesse CS, diz que ficou muito triste com a saída do psiquiatra, mas que como já conhecia o médico da sua equipe e tem uma boa relação com ele, se adaptou à mudança:

Agora que a gente não está tendo psiquiatra, quem está me atendendo aqui é o clínico geral, Dr B. [...] Ele que faz renovação e quando tem alguma dúvida, porque [...] tô com a fala um pouco embolada. [...] e aí [...] eu queixei isso com o meu psicólogo [...], aí ele ligou no CERSAM, [...] e agora o psiquiatra falou que o [...] B. pode mexer na minha medicação e reduzir. Pesquisadora:[...] você contou que, quando o R. [psiquiatra] falou que ia sair você ficou mal [...]. Mas aí ser o B. agora quem faz a renovação, [...] o que que você achou? Usuária: Achei tranquilo, achei tranquilo, porque é um médico que eu já tenho afinidade né, já estou acostumada. [Usu - e10]

Nesse sentido, apostamos que quando há um vínculo de confiança estabelecido entre o usuário com sofrimento psíquico grave e o médico generalista, isso contribui para uma menor demanda do especialista. Ainda assim, um dos familiares entrevistados, quando perguntado se

havia um fator que não foi legal em sua relação com a eSF, disse que sente falta de um psiquiatra no CS:

Eu acho que o maior fator, por exemplo, é a ausência do psiquiatra na situação. Isso é um fato. Porque o atendimento foi um só, claro que a gente vai conversar com o clínico se é necessário, mas eu acho que [...] seria mais completo [...] o atendimento [...] de eu poder ter uma informação a mais porque [...] tem o Dr. G., mas como ele é clínico, [...] não é a área dele específica, aí eu acho que seria um complemento muito maior. Pesquisadora: Mas, por exemplo, o G [clínico], ele consegue esclarecer as dúvidas que vocês têm sobre a medicação psiquiátrica? Familiar: Isso daí ele consegue. [...], mas eu queria uma informação no sentido...[...] em relação ao comportamento, qual que é a funcionalidade desse medicamento? Como que ele age? Porque o psiquiatra poderia me dar mais informação, pelo fato de ele ser específico. [...] O posto de saúde [...] tem o seu acolhimento, ele tem as informações, é interessante..., mas ele não te traz [...] a precisão de uma informação. [...] Um especialista ele te dá a precisão da informação. Isso te ajuda muito mais. [fam - e12]

Nas entrevistas, a figura dos especialistas ainda é associada por alguns usuários e familiares como o que qualifica ou qualificaria o cuidado em SM na AB. Ao mesmo tempo, foram relatadas diversas intervenções praticadas pelas eSF, que compõem o cuidado em SM, mas não são reconhecidas como ações de SM. Dessa forma, no discurso dos usuários entrevistados, a presença do especialista da SM no cotidiano da AB parece favorecer a manutenção da lógica de especialidades. Mas, ao mesmo tempo, a presença do especialista parece atribuir uma certa legitimidade para o cuidado em SM na AB, o que pode aumentar a confiança e favorecer a produção dos vínculos com a eSF.

De toda forma as entrevistas com os trabalhadores indicaram que o entendimento do cuidado ao usuário com sofrimento psíquico grave como responsabilidade também das eSF, além das eSM, ainda precisa avançar, como algumas falas nas entrevistas indicam:

A unidade de saúde da família tem um grande contingente de pacientes com transtornos mentais. A gente tem os graves, os psicóticos e esquizofrênicos estão mais para a psicóloga que está na unidade e os outros transtornos mais leves estão para o médico de saúde da família. A equipe, no momento, está desfalcada de psiquiatra. [Enf - e5]

Outra trabalhadora, ao ser perguntada sobre quais elementos ela considera dificultadores para o vínculo entre a eSF e os usuários/famílias com sofrimento psíquico grave, associa essas dificuldades à reduzida disponibilidade de psicólogos por UBS:

Pesquisadora: E o que você acha que é o desafio [...] [para o] vínculo com os usuários com sofrimento psíquico? Trabalhadora: Ah, eu acho que teria que ter mais horários. [...] Os psicólogos, igual ali, uma vem uma vez na semana... E a outra vem duas vezes. [...] Ou seja, [...] Psicólogos por mais tempo. [...] Os mesmos psicólogos que estão

aqui nessa unidade rodam as outras unidades, eles têm dias diferentes para ficar nas outras unidades. [...] Então seria interessante se o psicólogo estivesse dentro da unidade, horário com agenda igual médico tem, não teria essa demanda, eu não teria essa demanda. [Enf - e7]

Quando a trabalhadora diz que se tivessem mais psicólogos, ela não teria que lidar com essa demanda, ela deixa entrever que lidar com o sofrimento psíquico grave é uma função a mais, como se ele não estivesse incluído no escopo de trabalho dos profissionais generalistas. Outra entrevistada também aponta nessa direção quando perguntada sobre o que, em sua opinião, dificulta a produção dos vínculos entre a equipe e os usuários com sofrimento psíquico grave e suas famílias:

[...] São muitas coisas, assim, vou dar um exemplo, no específico de saúde mental, o que não é bom, o que dificulta quando não tem, por exemplo, psicólogo, psicólogo está de férias e não tem escala de cobertura; a demanda às vezes é muito grande para um profissional que, às vezes, faz só vinte horas... [Med - e8]

Essas falas vão ao encontro dos dados de uma pesquisa sobre o apoio matricial em saúde mental na AB de BH, realizada pelo nosso grupo de pesquisa. Naquele estudo, identificou-se que dentro das tensões entre apoiadores e generalistas, do lado das eSF há uma “insatisfação associada à sua percepção de que as ações definidas pelos apoiadores para os casos discutidos não atendem suas expectativas. Do outro lado, os apoiadores queixaram-se da “pressão” exercida pelas eSF para atenderem todos os tipos de casos” (Pastana, 2019, p.82).

Um dos trabalhadores indicou uma possibilidade mais dialética para a relação com os especialistas da SM na AB, que vai na direção da corresponsabilização pelo cuidado ao usuário com sofrimento psíquico grave:

"Ah, e fulano de tal? Ah, de fato o fulano já esteve internado quatro anos atrás, foi assim assim assado". Podemos retomar com aquele controle, [...] então, são todas discussões que são possíveis. [...] De fato ela acontece totalmente, é dividir... a gente tem inclusive depois, né? Porque aí vai se continuando, aí mais uma vez pela longitudinalidade, os casos vão sendo revistos. "E aquele caso, que que foi?". Ou a psicóloga, ou psiquiatra avalia e traz de volta. "Olha, eu atendi aquele paciente seu, eu acho que pode ser isso, eu acho que pode ser aquilo". "Olha, esse paciente daqui, você me deu umas pistas, será que não é um bipolar? Será que é só depressão realmente de fato? E se a gente perguntasse isso, isso e isso?". Então, a gente vai aprendendo com o caso, traz, rediscute, e com isso a gente vai de fato crescendo com o caso. [med - e4]

Apostamos, assim, que o fortalecimento da função apoiadora dos especialistas pode contribuir para o avanço na responsabilização pelo cuidado ao usuário com sofrimento psíquico grave na AB e, por consequência, na produção desses vínculos. Embora esse não seja o foco deste estudo, o nosso grupo de pesquisa - L@gir - irá desenvolver uma pesquisa futura que

investigará se e como o Apoio Matricial tem contribuído para a produção dos vínculos entre as eSF e os usuários/famílias com sofrimento psíquico grave em BH.

6.4 ESTIGMA E ESCOLHA DO SERVIÇO DE CUIDADO

A AB é um dos pontos da RAPS que atende diferentes demandas em saúde. Nas entrevistas com usuários e familiares a característica generalista do CS apareceu como um ponto que ora foi considerado inadequado para o cuidado aos usuários com sofrimento psíquico grave, ora foi reconhecida como uma característica que traz vantagens para o cuidado a esses usuários. No caso de uma familiar entrevistada, por exemplo, o fato de no CS ter crianças faz com que ela evite levar os seus filhos com sofrimento psíquico grave até lá:

Pesquisadora 1: [...] lá no Centro de Saúde eles conseguiam te dar esse apoio com seus filhos?

Entrevistada: Apoio eles me davam assim, que quando CERSAM, tem que ir para o CERSAM [...] porque lá [no CS] eu fico com medo, por exemplo, tem menino pequeno, bebezinho que as vezes passa mal. E eles podem lutar com eles, então...

Pesquisadora 1: Você fala assim no centro de saúde como tem muita gente, quando você vai com os [seus filhos] [...], você tem receio de acontecer algo [...]?

Entrevistada: é de, né? Já pensou você vai consultar, né? ou bêbe, ai acontece alguma coisa. [fam - e13]

Nesse sentido, para essa familiar, o CERSAM é considerado um ambiente mais seguro para os seus filhos do que o CS. Já para um entrevistado de outro núcleo familiar, a experiência de acompanhar o seu irmão no CS tem sido considerada melhor do que a vivida no CERSAM:

Para mim, assim, como eu to próximo, foi o seguinte... Não to falando... Que lá [no CERSAM] são muitas pessoas ao mesmo tempo [...] você chega, por exemplo, 8h da manhã e vem muitas pessoas de fora que medica e tudo o mais e vem outras pessoas também para conversar. E aqui [no CS] eu acho que prioriza muito mais, é mais individual [...] aqui você tem tempo para você conversar com o médico. Até por uma questão de região é melhor, que a gente deslocar de lá para cá. [fam - e11]

Já para outra usuária entrevistada, o ambiente no CERSAM é *pesado*, diferente do ambiente do CS:

Aqui a gente não vê casos de agressão, porque no CERSAM tem muitas pessoas, lá é especialidade de saúde mental e lá as pessoas ficam soltas, independente do grau de comprometimento que eles têm de saúde mental eles ficam soltos e aí às vezes muitas vezes a gente é agredido lá, a gente vê muita pessoa ser sedada, forçada, às forças, a pessoa ser sedada lá no chão porque está incontrolável. Eu já tive essa fase lá, eu também já tive essa fase, de precisar ser sedada porque estava descontrolada, então é um lugar mais aberto, tipo uma chácara em que as pessoas ficam bem soltas, mas é perigoso, é perigoso porque se a pessoa me pede um cigarro lá e eu não tenho cigarro pra dar é motivo pra me agredir. Entendeu? E lá eu achei mais pesado. Quando eu ficava lá eu vinha com uma carga muito negativa para casa, eu vinha com uma carga muito negativa, lá é muito pesado, lá é bem... como é que eu vou te falar? O ambiente lá é pesado né porque imagina... aqui [no CS] não, [...] aqui é dividido né, então, quero dizer, não tem... lá não, lá é só saúde mental, então aglomera uma quantidade de gente e cada um tem um problema mental, então lá é muito pesado, eu acho.[...]

aqui eu venho praticamente pra uma consulta, né, eu venho consciente que eu vou participar de uma consulta e eu não vou achar, vamos supor, alguém que tá aí drogado, com abstinência de droga, não vou achar ali um presidiário com tornozeleira agredindo. Entendeu? Nada disso eu vou encontrar e no CERSAM eu encontrava isso tudo e aí para a gente que está com problema mental qualquer coisinha é muito pra cabeça da gente. [usu - e10]

Nesse relato, a usuária deixa entrever que o fato de no CS ter uma diversidade de pessoas com distintas questões de saúde, e não só pessoas com demandas em saúde mental, foi um fator importante para que ela tenha se acostumado com o cuidado no CS. A narrativa dessa usuária vai ao encontro do que Goffman (1988) aponta sobre a dinâmica do estigma nos encontros sociais:

[...] O estigma envolve não tanto um conjunto de indivíduos concretos que podem ser divididos em duas pilhas, a de estigmatizados e a de normais, quanto um processo social de dois papéis no qual cada indivíduo participa de ambos, pelo menos em algumas conexões e em algumas fases da vida. O normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro. Os atributos duradouros de um indivíduo em particular podem convertê-lo em alguém que é escalado para representar um determinado tipo de papel; ele pode ter de desempenhar o papel de estigmatizado em quase todas as suas situações sociais, tornando natural a referência a ele, como eu o fiz, como uma pessoa estigmatizada cuja situação de vida o coloca em oposição aos normais. Entretanto, os seus atributos estigmatizadores específicos não determinam a natureza dos dois papéis, o normal e o estigmatizado, mas simplesmente a frequência com que ele desempenha cada um deles. E já que aquilo que está envolvido são os papéis em interação e não os indivíduos concretos, não deveria causar surpresa o fato de que, em muitos casos, aquele que é estigmatizado num determinado aspecto exibe todos os preconceitos normais contra os que são estigmatizados em outro aspecto. (Goffman, p. 117-118, 1988)

No relato da usuária, fica evidenciado a reprodução do estigma de periculosidade e imprevisibilidade atribuído à loucura. É interessante como o ambiente da AB parece permitir que ela própria se sinta distante desses atributos negativos. Nesse estudo, assentimos com a perspectiva de Goffman (1988) de que a atribuição do normal e do estigmatizado depende da situação social em questão. Nas entrevistas, fica claro que mesmo com avanços, ainda há reprodução da lógica manicomial por usuários, familiares e eSF. Considerando a manutenção dessa lógica, como a AB é um espaço para todos, essa característica pode ou não favorecer a vinculação ao serviço.

Esses trechos, portanto, indicam uma questão importante para esse estudo: ainda que a organização da RAPS preveja as responsabilidades de cuidado para cada ponto dessa rede, não há garantias de que os usuários e famílias sigam esse fluxo. As entrevistas apontam que as pessoas recorrem aos serviços em que se sentem melhor. Nesse sentido, esse lugar não será,

necessariamente, o serviço especializado. Na prática, parece que tanto a AB maneja situações que, em tese, deveriam ser acolhidas pelo CERSAM, quanto o contrário.

Os três usuários entrevistados reconhecem tanto a AB quanto o CERSAM como espaços preparados para atender às suas necessidades, mas preferem que o acompanhamento longitudinal aconteça no CS. Um dos usuários, além do CS e do CERSAM, também frequenta o Centro de Convivência - ele escolheu, inclusive, fazer a sua entrevista lá. Outra usuária entrevistada, no entanto, já participou do Centro de Convivência, mas não gostou das oficinas propostas e desistiu de ir. Os dados, nesse sentido, indicam que os caminhos dos usuários com sofrimento psíquico grave e suas famílias na RAPS podem ser os mais diversos.

Nas entrevistas com os trabalhadores, também houve falas que indicam que a escolha de onde o usuário será cuidado nem sempre será a mesma prevista pela organização da rede e tampouco pelo que a eSF acredita ser o melhor para o usuário:

Mas isso [refere-se ao acompanhamento da eSF] é cuidado em saúde mental. Apesar de não ser reconhecido, né, essa que é a verdade. Ele é um cuidado. Eu tenho pacientes na minha área que eles, nós já marcamos e ela não quis fazer um acompanhamento com o psicólogo. Ela tem uma resistência ao acompanhamento com o psicólogo e o psiquiatra muito grande. Então, quando eu vejo essa resistência dela eu vou sempre, ou é o último paciente que eu vou na casa, né, ou o paciente que eu vou sabendo que eu vou demorar, pelo menos, uns 40, 50 minutos com ela. Ali, ela acaba me contando, a gente acaba escutando e ela vai falando, já tentamos, sabe?! E agora, na última agora, reunião que nós fizemos sexta-feira, ainda conversamos que ela faltou, e eu ainda falei “não precisa remarcar”, porque tem que ser uma coisa que tem que vir dela, mas nós já fizemos esse movimento. Então, assim, isso é um acompanhamento de saúde mental. É, é um acompanhamento, e é um acompanhamento que a gente faz diariamente, a equipe faz esse trabalho diariamente, não é uma coisa aleatória né?! [...] Nem sempre, o paciente quer fazer um acompanhamento com um psicólogo e com um psiquiatra. A maioria das vezes, nós temos muito paciente, assim, que conversa, ele vai para a equipe, ele desabafa com a equipe, ele conversa com a equipe, mas ele, não necessariamente, quer ter um acompanhamento com a psicóloga. Não necessariamente quer ter um acompanhamento com o profissional específico de saúde mental. [ACS - e1]

Nesses casos em que os usuários têm resistência para o acompanhamento com profissionais especialistas, o caráter generalista da AB favorece que os usuários sejam assistidos em suas demandas de saúde mental. Mas, existem ainda situações de alta complexidade em que os usuários são assistidos por diferentes pontos da rede e ainda assim esse cuidado não é suficiente para resguardar o usuário:

Era só ela atravessar a rua que ela tava aqui. [...] É, tinha problema lá e ela tava aqui. [...] Essa era uma de vínculo total, só atravessar a rua e ela tava aqui, era "de casa" como se diz. [Mas][...] eu acho que parou na pessoa, né? A gente tenta, de todas as

formas, seja médico, seja enfermeiro, seja quem tinha mais vínculo, V., comunidade, né? [...] CERSAM veio discutir o caso com a gente. A gente deu o apoio, mas acho que parou no querer da pessoa, querer mudar e enxergar. Eu acho que parou nela! E tudo que tinha na rede a gente usou. [...] Eu peguei I. com quinze anos, fazendo anticoncepcional nela. Ela veio morrer com trinta e poucos. [...] [enf - e5]

Conforme as entrevistas indicam, as ofertas dos serviços de saúde não garantem por si só que os usuários com sofrimento psíquico grave escolham ser cuidados no ponto da atenção que é previsto pela RAPS. Para que isso não configure uma barreira de acesso aos usuários, é importante que os serviços sejam pensados em uma lógica de *lugar praticado* e não numa lógica *espaçocêntrica*, como nos adverte Dimenstein (2004): “a preocupação com a questão do espaço deve ser muito menos em termos de áreas geográficas delimitadas e mais com o que se identifica enquanto *lugar praticado*, ou seja, lugares [...] onde se combate a homogeneidade, o anonimato e a invisibilidade do usuário” (p.114).

7 A PRODUÇÃO DE VÍNCULOS ENTRE USUÁRIOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE, SEUS FAMILIARES E EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO COTIDIANO DA AB

Até aqui, foi feito um trabalho descritivo acerca dos vínculos produzidos entre usuários com sofrimento psíquico grave, seus familiares e Equipes de Saúde da Família e uma análise sobre elementos específicos que se destacaram nas entrevistas como potentes e/ou desafiadores para a produção desses vínculos. A partir daqui, serão aprofundados os modos inventados por trabalhadores, usuários e famílias para produzi-los. Para tanto, neste capítulo, serão privilegiados trechos que apontam para a especificidade dos vínculos na AB e para a dinâmica dos encontros cotidianos.

7.1 A PROXIMIDADE NOS VÍNCULOS PRODUZIDOS NA AB

Nas entrevistas, pedimos aos trabalhadores entrevistados que nos contassem sobre situações positivas e desafiadoras vividas entre eles e usuários/famílias com sofrimento psíquico grave. Da mesma forma, pedimos aos usuários e familiares que dissessem sobre as suas experiências boas e ruins vividas com os trabalhadores na AB. Os relatos dessas situações evidenciaram um modo de "comprometimento" que só pode ser produzido dentro do modelo de cuidado proposto pela Estratégia de Saúde da Família. Isso é evidenciado pela fala de uma das entrevistadas:

O profissional de eSF dificilmente consegue não se comprometer com a vida do paciente, e esse é um lugar que a equipe de saúde mental consegue. Esse lugar para nós é muito mais difícil, porque nós não lidamos com o paciente uma vez na semana ou uma vez no mês, nós lidamos com o paciente todos os dias. Não estou criticando esse profissional, mas é também colocando assim: para o paciente de saúde mental, a eSF é o seu primeiro porto seguro. [ACS - e1]

Nesse trecho, a trabalhadora aponta que lidar com o usuário todos os dias implica em uma dificuldade mas, ao mesmo tempo, acredita que é justamente essa disponibilidade cotidiana que torna a AB um *porto seguro* para o usuário com sofrimento psíquico grave. Esse contato do dia-a-dia no serviço e no território produz um tipo específico de conhecimento que é precioso para o cuidado em saúde mental, como indica o trecho a seguir:

A casa dela sempre impecável! A gente percebia que ela estava em surto quando a gente ia na visita e começava olhar as coisas desorganizadas, que ela é muito caprichosa. Muito caprichosa! Uma das coisas que chama a atenção que ela está em surto, é quando ela pegava bichos e colocava dentro de casa. Olha para você ver que coisa! Porque, era codorna ou calopsita ou coelho. É coisa que ela não tinha costume de ter dentro de casa. Aí quando ela ficava bem, ela desaparecia com esses bichos. Dava para alguém. Então, um dos fatos, que potencialmente, falo assim: " - L. está entrando em surto", é quando ela vinha com esses bichos. Aí eu começava a falar: "-

Êpa! Tem alguma coisa errada aqui! Ou ela não está tomando o medicamento, que daqui a pouco ela vai entrar em surto!" [ACS - e2]

No entanto, o vínculo produzido pode ser bom para o usuário, mas incluir uma carga de sofrimento para o trabalhador:

Se você for olhar pela perspectiva profissional, é um excelente vínculo. Não é um bom vínculo, é um excelente vínculo, porque, apesar de em alguns momentos ele nos enlouquece, porque essa que é a verdade, né?! Tem alguns momentos que ele nos enlouquece. [...] Ele anda atrás de mim em outras residências, e as pessoas olham assim e ficam incomodadas. Eu tenho que parar, e ele já, na chuva, eu indo em casa de paciente e tudo, ele vai em casa buscar guarda-chuva pra poder ficar andando atrás de mim [...]. Para o paciente é um excelente vínculo. E acaba nos sobrecarregando enquanto profissionais. [...] É um paciente que [...] a gente acaba [...] tendo que tirar um pouco, cortar ele um pouco [...]. [ACS - e1]

Nesse trecho, a trabalhadora reconhece que o usuário tem um excelente vínculo com o CS, pois está sempre presente. Mas, por vezes, essa presença invade o seu espaço e a privacidade de outros usuários, o que a *enlouquece*. Quando isso acontece, ela *corta ele um pouco*. Já outra entrevistada, ao se sentir invadida, recorreu a outro modo de lidar com a situação:

Fui convidada para ser... Nunca tinha escutado isso na minha vida, madrinha... Essa era [a usuária que fez o convite] saúde mental pesada, mas cantava bem sabe..., mas ela e o marido dela, bem doidos... Só que eu não uso essas palavras para eles né [...] Só entre a gente... Madrinha de um [...] lançamento de um CD evangélico. [...] Ia ter o evento, que ela ia lançar o cd [...] e aí ela queria que eu comparecesse num lugar lá, eu não fui, inventei mil coisas para não ir. Isso não, isso eu não quero ir, entendeu? Não sei, isso já é muito íntimo... Então, a saúde mental, quando eu recebo elogio, como que eu fico? Agradeço, falo que não precisa daquilo, eu fico com muito medo, eu não gosto... [...] eu sei que é um carinho, eu gosto, na verdade, só que eu tenho medo, na verdade, porque às vezes eu posso decepcioná-los, porque eles pensam que me dar um pano de prato eles vão ter acesso livre, a porta vai estar aberta, entendeu? [med - e8]

Em ambas as falas, as trabalhadoras experimentam afetos desprazerosos quando um determinado limite é atravessado na relação com o usuário com sofrimento psíquico grave, mas, a forma de lidar com esses afetos é diferente. Enquanto a primeira trabalhadora traz o limite para a relação ao *cortar e tirar* o usuário, a segunda trabalhadora tem uma saída que não faz trabalhar o limite na relação, ela *inventa mil desculpas*. Não por acaso, ela tem medo que as portas *estejam abertas*.

Na AB alguns limites são dados de entrada, como o horário de funcionamento do CS, a adscrição da clientela e os horários de acolhimento. Mas, por ser um serviço de base territorial e de porta aberta, há uma porosidade desses limites que a diferencia de outros pontos da atenção à saúde (Campos, 2003). Para a trabalhadora que sente que a relação ficou *íntima* demais ao

ser convidada para ser madrinha, a porosidade parece ser vivida como um risco de invasão e, diante disso, ela se defende *inventando* uma *desculpa*. Já para outra trabalhadora entrevistada, que foi convidada para assistir a uma apresentação de carnaval de uma usuária, essa foi uma experiência gratificante:

Eu cheguei a ir ao CERSAM AD fazer atividades com ela [...] [demorou] até ela [usuária com sofrimento psíquico grave] gostar de ir [...]. Teve até um negócio de carnaval que ela queria desfilar e ela me chamava "você precisa ir" e ela tinha muito vínculo comigo e com a V., e a gente foi no carnaval dela, foi muito bom. [enf - e5]

Desse modo, a proximidade do território, a frequência dos encontros e o compartilhamento de memórias comuns ao longo do tempo, parecem favorecer que os trabalhadores sejam convocados a ocupar papéis (Pichon-Revère, 2009) diferentes daqueles pré-determinados em hierarquias mais rígidas na saúde. Um dos familiares entrevistados, por exemplo, ao ser perguntado sobre uma experiência boa e marcante para a produção de vínculos com a sua equipe de referência, retomou uma cena de cuidado vivida na sua casa:

Teve uma situação [...] assim que me deixou próximo. Ela [enfermeira da equipe] estava cuidando do meu pai e meu pai fez uma necessidade na cama, então ela cuidou com naturalidade, como se fosse uma irmã. E isso assim, trouxe uma aproximação muito grande [...]. Por qualquer momento que você, vamos supor, venha andar ou estar presente, ela [enfermeira da equipe] te cumprimenta como se tivesse, não sendo como uma profissional, mas como pessoa [...] Eu entendo o lado profissional, mas acho que esse tempo de convívio com ela... Até teve um momento que a I [irmã do usuário] até falou com ela: "não, você é como se fosse da família mesmo". [fam - e12]

Diante da naturalidade com a qual a enfermeira lidou com uma cena marcada pela intimidade, o usuário atribuiu a ela um papel *como se fosse de família*. Já uma trabalhadora entrevistada, ao pensar na forma como ela trata os usuários, atribui a eles um papel *como se fossem amigos*:

Eu não sei por que eles [usuários] tem muita amizade comigo, vou te dar um exemplo: sábado eu fui comprar uma peça pela internet e falaram que iam trazer na segunda-feira. Como não fica ninguém na minha casa, eu pedi para trazer aqui [no CS], mas eles trouxeram no sábado. Aí ele [entregador] pediu um vizinho, ele não ficou, mas a outra vizinha falou "se for para a I., eu fico". Porque já me conhecem há muito tempo. [...] Uma ali já me chamou "tô te esperando para almoçar" e eu fui na casa dela para almoçar; a outra ali que o filho morreu por conta de um tiro na coluna, quando ela veio aqui nem olhou para mim e já tava chorando, porque eu acompanhei esse menino. Quando ela me viu já veio chorando e eu a abracei e falei assim: "eu não sei nem o que te dizer, porque esse sentimento é só seu". Um tempo depois, deu dois meses e a mãe dela se suicidou. Então eu vou lá, já vou na outra vizinha e ela fala "oh, você vai lá em casa". Já trouxeram vaso de planta, já trouxeram de tudo. É essa amizade, porque, sei lá, eu me sento com eles e converso não como uma funcionária e seu usuário, eu trato eles como se fosse amigo mesmo. [Téc. enf. - e6]

A expressão *como se fosse* foi usada tanto por trabalhadores, quanto por usuários e familiares nas entrevistas. Isso aponta para a dificuldade de se nomear os vínculos produzidos entre usuários/familiares e trabalhadores/equipes na AB. Esses dados vão ao encontro do que Balint teoriza acerca da relação produzida entre médico e paciente na Atenção Primária: “sobre uma base de mútua satisfação e de mútua frustração se estabelece uma *relação original* [...]. Não se trata de amor, nem de respeito mútuo, nem de identificação recíproca e nem de amizade, embora contribuam a formá-la elementos de tudo isto.” (Balint, 1988, p. 215) [grifo nosso]. No caso brasileiro, com a proximidade territorial e com o cuidado organizado em equipes, as relações de cuidado assumem uma complexidade ainda mais difícil de ser nomeada, o que ajuda a explicar a dificuldade semântica de se trabalhar um fenômeno relacional como o vínculo na política saúde, em especial na AB (Barbosa e Bosi, 2017).

Esses vínculos *originais* produzidos no cotidiano da AB - marcados pela coletividade, continuidade, proximidade e afetividades - devem ser produzidos com toda a população adscrita, mas especialmente com usuários acometidos por condições crônicas de saúde (Campos, 2003), conjunto em que se incluem os usuários com sofrimento psíquico grave. Embora esses vínculos sejam difíceis de serem nomeados, eles são inequivocamente potentes para o cuidado aos usuários com sofrimento psíquico grave. Esses vínculos *originais*, por si só, refletem o modo de cuidado preconizado pela Reforma Psiquiátrica, um cuidado baseado em tecnologias relacionais e comunitárias (Lancetti, 2013). Nesse sentido, os parâmetros ético-políticos¹¹ que norteiam a produção de vínculos entre eSF e população adscrita, são iguais para os usuários com sofrimento psíquico grave e para os demais usuários que não compõem esse grupo.

No entanto, na prática cotidiana, ainda há resistência para a inclusão desses usuários nos processos e atividades da AB, como é representado no trecho a seguir:

Não é qualquer paciente que pode participar, por exemplo, psicóticos não podem participar de grupos, eles são atendimento individual... Pesquisadora: Por quê? Trabalhadora: Dependendo do grupo, entendeu? Porque, por exemplo, o grupo de tabagismo não pode porque eles levam o grupo muito para baixo e eles têm muita

¹¹ Esse estudo considera como parâmetros ético-políticos para a produção de vínculo na saúde coletiva, em especial na AB, que: a) seja levado em conta as necessidades e possibilidades de cada usuário/família, mas também das equipes (Campos, 1999); b) usuários e trabalhadores possam afetar e ser afetados nos encontros (Brasil, 2010); c) seja buscado identificar “objetos de investimento que cada usuário tem para além do sofrimento/doença” (Brasil, 2010, p.51); d) o acesso à saúde seja reconhecido como um direito de cidadania (Brasil, 2017). A esse respeito, conferir o item 3.1.3.

recaída, é mais difícil eles aderirem ao tratamento, essas coisas... Aí faz um grupo... Grupo não, faz um atendimento individualizado [...] [porque] eles não deixam o grupo acontecer, eles não deixam as pessoas conversarem, eles interrompem bastante, eles não deixam o grupo fluir, entendeu? [...] E aí eles caem muito, eles ficam "ah, não, vou fumar ali fora...", sabe? Tem que saber quem que você coloca no grupo, entendeu, para não... Assim, é difícil colocar, não sei se deu para entender... psicóticos não podem entrar em qualquer grupo, [...] tinham os específicos para eles, aí sim... [...] eram grupos menores, três, quatro pessoas... E às vezes eles não conseguiam ficar em grupo, porque, às vezes, eles não conseguem se abrir e eles mesmos pediam atendimento individualizado, mas a psicóloga tentava, dentro do possível, colocá-los em grupos menores, três, quatro pessoas [med - e8]

Essa entrevistada considera que os usuários *psicóticos* não podem participar dos grupos de promoção à saúde que existem na AB, porque *eles interrompem bastante, não deixam as pessoas conversarem e não deixam o grupo fluir*. Como saída, ela propõe que os *psicóticos* sejam atendidos individualmente ou que sejam criados grupos específicos para eles, puxados pela profissional da psicologia. Essa visão reproduz uma lógica manicomial, que considera que a inadequação está no louco e que, por isso, ele não pode/deve ocupar o mesmo espaço que os ditos normais. Como será trabalhado em seguida, há espaço para a produção de vínculos com a loucura na AB, mas isso depende da disponibilidade e abertura das equipes para acolher as diferenças e manejar os desafios produzidos nesses encontros.

7.2 VÍNCULOS: ALGUNS MODOS DE PRODUÇÃO

Considerando as especificidades desse vínculo original produzido na AB, bem como a dificuldade de qualificá-lo semanticamente, o acesso ao relato de situações reais e complexas sobre essa produção é valiosa para a construção de saberes sobre esse tema. Portanto, serão trazidos trechos que relatam como a produção desses vínculos entre usuários com sofrimento psíquico grave, seus familiares e eSF têm acontecido no dia a dia. Iniciaremos com trechos narrados por trabalhadores e depois passaremos às entrevistas com usuários.

Eu vou contar de uma pessoa que, por exemplo, quando eu fui para acompanhar nesse espaço, tem uma usuária da minha microárea, que ela chegava até a ser agressiva, sabe? Uma vez ela quebrou o posto, e quando eu fui trabalhar, ela não abria, ela não dava acesso a um diálogo. [...] Eu fui e tive que fazer um trabalho com ela, conversar com ela, tentar me aproximar dela pra ver se eu conseguia que ela me atendesse. Essa paciente é bipolar e tem síndrome do pânico. Então, assim, foi, no começo [...] foi uma situação muito difícil, porque eu tive que tentar diálogo várias vezes, batia na casa dela, ela não atendia, outras vezes, ela atendia com muita grosseria, quase nunca queria falar. Com jeitinho, eu fui conseguindo ter um diálogo maior com ela, né!? E hoje, essa paciente vai. E com o tempo eu consegui [...] chegar e expor pra equipe "olha, ela é uma paciente que ela só procura quando ela tá ruim mesmo". [...] Nós temos pacientes que vai à unidade várias vezes no mês. [...] Ela não, ela é uma paciente que quando chega à unidade é porque [...] por algum motivo ela surtou. Mesmo fazendo acompanhamento, tomando medicamento, sabe?! [...] Ela é uma paciente que assim nós [eSF] tivemos um acordo, ela chegando, se ela tiver em surto, a equipe já a passa na frente. [ACS - e1]

Nesse trecho, a trabalhadora identifica como foi necessário um tempo para a relação com a usuária ser trabalhada na direção da confiança. A partir do momento que a trabalhadora conseguiu estabelecer um diálogo com a usuária, foi possível negociar com a equipe um manejo para acolhê-la de uma forma mais resolutiva em situações de crise. Chama a atenção nessa situação a persistência da trabalhadora para a produção de um vínculo de confiança, o que foi favorecido pelo trabalho no território. No caso da ACS, parte do seu trabalho inclui estar na casa dos usuários cotidianamente. Ou seja, ir com *jeitinho e insistir nas visitas apesar da grosseria*, foi uma saída favorecida pela função da trabalhadora – ACS - e pela organização da AB.

No trecho a seguir, a equipe também precisou negociar uma saída para continuar a acompanhar uma das usuárias:

Nós temos uma paciente que a vinculação é mais bem feita com a gerente [...] porque a paciente [...] cria as ideias que nós estamos prescrevendo remédios para poder matá-la. [...] Então ela tem essa ideia fixa [...] é da doença dela. Então, toda vez que a gente precisa fazer alguma coisa, precisa da intermediação da gerente. Aí a gerente sim consegue fazer. [...] Com essa questão "Ah, está passando remédio que quer me matar, não sei o quê", o gerente foi acolheu e foi fazendo essa conversa. Na verdade, ela foi reclamar que o médico queria matá-la. [...] E a gerente acolhe essa pessoa e, a partir daí, ela fica como referência. [...] Já teve consultas em que foi nós dois - enquanto eu sentado aqui, a gerente sentada aqui, e o paciente sentada aqui. [...] [A usuária] praticamente não falava e a gerente ia... Como a gerente com formação enfermeira, os nossos conhecimentos muito se sobrepõem, [...] então não tinha nada assim... de passar acima. Então ela [a gerente] vem e coloca "o que você acha se a gente fizer isso daqui?" "Vamos fazer isso daqui" e a paciente aceitou" [med - e4]

Nessa situação, a usuária recorreu à gerente do CS para queixar-se de que o médico estava prescrevendo medicações para matá-la. A gerente acolheu a queixa e passou a fazer uma regulação do vínculo entre o usuário e a eSF. No formato da ESF, como o arranjo é feito por equipes de referência e população adscrita, ainda que o usuário não deseje ser cuidado por um determinado trabalhador, ou o contrário, que um trabalhador não deseje cuidar de determinado usuário, há pouca margem de manobra para que isso seja possível. Dessa forma, é imprescindível que os conflitos ou divergências entre usuários e trabalhadores sejam manejados de modo a retornar/produzir confiança. Nesse caso, o intermédio da gestão possibilitou que o cuidado à usuária continuasse a ser ofertado pela sua eSF de referência. No entanto, na prática, algumas exceções à organização de clientela adscrita acontecem:

Mas tem um caso aqui, que um rapaz está achando que a A. [enfermeira] ou é ou se parece com uma ex esposa dele. Ele é da saúde mental, a família dele mora no B. [bairro de BH], mas ele só quer consultar aqui. Pesquisadora: Ele não é de

referência daqui não? Trabalhadora: Já foi, mas a gente o deixou aqui, porque ele [...] morava aqui. A família mora no B. e o tio mora aqui. Então ele acha que a A. [enfermeira] é a ex esposa dele. Um dia ele mandou um bilhete: “no dia que você aparecer lá em casa” - ela nunca foi, nem é da equipe dele - “você vai ver”. Tipo uma ameaça. Aí nós começamos a ficar com medo. Teve um dia que ele ficou o dia inteiro a esperando ir embora. Ele ficou perto do carro, já conhecia o carro dela, e tivemos que chamar os guardas. Quando ele está por aqui, ela [enfermeira] muda o local de atendimento. Teve um dia desses que ele veio e falou "ah, foi bom você está aqui". Ele tem essa coisa com ela [enfermeira]. Mas não é agressivo, só não sabemos até onde a pessoa pode ir, então ficamos sempre de olho. Quando ela o vê... teve um dia que os filhos dela vieram buscar, porque, por exemplo, hoje a gente acaba mais a noite. A gente não esperava essa ameaça dele com ela. Aí ele falou assim: "é bom você estar aqui, vamos resolver o caso da nossa filha". [...] Ele tem carteira de habilitação e tudo, mas ele só vem cá mais na quinta ou na sexta feira, porque damos um remédio para ele semanalmente. [Téc. enf. - e6]

Nesse trecho, chama a atenção a exceção feita pela equipe para que o cuidado do usuário continuasse a ser ofertado no CS em questão, mesmo ele já não morando mais na área adscrita. Trata-se de um usuário que vai ao CS semanalmente para retirar os psicofármacos e acredita que uma das enfermeiras, que não é da sua equipe de referência, é a sua ex-esposa. A trabalhadora deixa claro que essa é uma situação desafiadora, pois deixa a equipe temerosa pela segurança da colega. Ao mesmo tempo, eles já conhecem o usuário há um tempo e sabem que ele não costuma ser agressivo. A forma de lidar com essa situação varia, ora a enfermeira muda de sala, ora são convocadas outras figuras para resguardar a segurança da profissional - *filhos e guarda*.

Um ponto em comum e importante nas duas últimas situações, é a forma como as equipes lidam com o que é comunicado pelos usuários. Quando a usuária procura a gerente para dizer que o médico deseja matá-la, se tratava de uma construção delirante da usuária. A habilidade da equipe para lidar com essa questão sem invalidar o que a usuária traz, aponta para um manejo sofisticado da situação, pois leva em consideração o valor de verdade daquilo para o sujeito e, a partir disso, produz um direcionamento válido para aquele caso e para aquele momento. Da mesma forma, em relação ao usuário que acredita que a enfermeira é a sua ex-mulher, a equipe considera o valor de verdade que o usuário atribui ao que ele diz e propõe saídas que, ao mesmo tempo, protejam a trabalhadora e possibilitem a continuidade do cuidado ao usuário.

A postura das equipes vai ao encontro do que Pichon-Rivière (2007) propõe sobre a importância da compreensão da completude dos comportamentos do sujeito como tentativas de comunicação, para que se minimizem os julgamentos de valor. Ao invés disso, para o autor, deve-se estar atento à finalidade de comunicação, com a compreensão de que a conduta do

sujeito é a única possível naquele momento e naquela situação vincular particular (Pichon-Rivière, 2007). Na nossa análise, quando as equipes acolhem o que o usuário comunica e manejam a situação a partir das necessidades desse usuário e das possibilidades da equipe, uma ação de continência¹² é colocada em prática.

Ainda assim, existem situações nas quais a compreensão e os manejos propostos pela equipe não surtem os efeitos planejados:

O telefone era de dia, de noite, de madrugada. Porque ela [usuária] estava em surto, era o momento em que ela ligava para mim e queria que eu resolvesse os problemas para ela na hora. Se ela estava na rua, se ela estava brigando com alguém, ela achava que eu era a pessoa de referência para ela que eu ia resolver os problemas dela. Até então, eu tentava levar, né? [...], mas teve um dia que eu [...] estava viajando. Foi onde ela tentou entrar em contato comigo, porque foi agredida fisicamente, ela se envolveu numa briga com a vizinha da casa dela, não teve como eu atender o telefone [...]. Foi onde ela até me estranhou, né? Que ela falou assim, que ela tinha apanhado porque eu não atendia a ligação dela, que eu não quis fazer nada para resolver o problema dela, aí entre aspas, ela começou a se virar contra mim. Que ela falou: "- Não! o psiquiatra falou que o que eu precisasse poderia te procurar. E você não me valeu nessa hora que eu precisei!". [...] Foi muito constrangedor, sabe? Eu comecei a adoecer [...] porque ela vinha aqui no posto procurava no posto, aí essa pessoa falou que eu não estava aqui, ela ficava agressiva [...] "Ela está aqui sim!" querendo me achar de todos os jeitos. Ia na minha casa, né? Ia na escola, cercava meus filhos na escola. [...] Ela [...] nunca me agrediu, mas se eu não [fazia] as vontades dela, era aonde que ela chegava e se transforma em outra pessoa que a gente não conhece, sabe? [...] Eu me senti [...] não foi nem como trabalhadora, porque eu também estava com o meu mental defasado e vamos dizer assim que eu estava esgotada. Eu busquei um acolhimento como usuária (risos). [...] A minha [...] unidade é essa e a área que eu trabalho, é minha a equipe. [...] Fui à enfermeira como se fosse um acolhimento mesmo. Primeiro eu cheguei na enfermeira antes do doutor H. [psicólogo] e e eu falei com ela [...]: "-Eu não estou aguentando. [...] Não estou dando conta de lidar com essa situação da L. sozinha". [...] Aí a gerente [...] falou assim: "- Não! Quando ela vier buscar pela A. [ACS] não chama. Vamos tentar referenciar ela para uma outra pessoa. Não é para chamar! Se ela vier busca, passa pra R. [Téc. Enf], [...] "- De qualquer jeito, acolher. [...] Passa para alguém da equipe! Para que acolha ela e ela tenta desfocar, tirar o foco de você [ACS]". Foi uma coisa que não deu muito certo. Naquele momento de surto não deu muito certo porque ela chegou a ser agressiva com outras pessoas. [ACS - e2].

Nesse caso, a usuária, que já era acompanhada há alguns anos pela mesma equipe, teve um surto e passou a demandar de sua ACS de referência uma disponibilidade absoluta, inclusive para a resolução de conflitos pessoais. Diante disso, a trabalhadora se viu adoecida e recorreu à sua eSF, ao psicólogo da unidade e à gerente do CS. Como forma de lidar com a situação, decidiu-se que quando a usuária procurasse a ACS, ela seria redirecionada para ser acolhida por outro trabalhador. No entanto, por algum tempo a usuária manteve essa demanda exclusivamente centrada na figura da ACS. Com o tempo, a usuária saiu do momento de surto,

¹² A esse respeito, conferir o item 7.1.1.

continuou a receber os cuidados em saúde mental no CS e a relação com a ACS foi restabelecida. Hoje, em função de mudanças na organização das equipes, essa ACS não é mais a referência dessa usuária, mas elas continuam a se encontrar no território e, eventualmente, no CS.

Ainda na mesma entrevista, a trabalhadora analisou:

Não foi só negativo não, sabe? Teve muito lado positivo nisso, sabe? E que é bacana. [...] Ela fez até um dia um elogio [...] na ouvidoria que a gerente chegou [...] [e viu o] agradecimento [...] "- foi além do profissional" e ela percebeu isso, né? [...] ela falou: "- teve um outro lado acolhedor que ela soube me ouvir, conheceu comigo, soube me escutar, né?" Então, assim, se eu pudesse eu faria de novo, sabe? Mas assim, o único problema é o desgaste emocional que também causa para a gente. [ACS - e2]

Dessa forma, mesmo tendo sido uma vivência que a desgastou emocionalmente, a trabalhadora indica que os afetos de gratificação vivenciados foram uma parte boa e que o agradecimento da usuária indica que um vínculo satisfatório foi criado. Por isso, se ela pudesse, faria de novo e agora se sente mais preparada para lidar com situações semelhantes:

Eu nunca tinha passado por isso, por essa situação. Mas tudo na vida é um aprendizado, né? E é uma experiência. Porque eu tive esse caso com ela [...] [e] se vier a aparecer um outro, eu já vou saber como lidar. Então isso daí também foi um aprendizado para mim. Já é uma coisa que eu coloquei a mais na minha bagagem. [ACS - e2]

Há uma ambiguidade na fala da trabalhadora, pois no primeiro momento ela diz que se pudesse, agiria de novo da mesma forma em relação à usuária. Depois, essa mesma trabalhadora diz que aprendeu com a situação e que se sente mais preparada para lidar com situações que porventura venham a acontecer. Como vimos até aqui, a satisfação do usuário não é o que, necessariamente, qualifica um bom vínculo. Se há desgaste emocional por parte do trabalhador, é importante que o vínculo produzido seja considerado de forma crítica. O espaço do matricialmente em saúde mental poderia ter essa função de problematizar as condições de produção de vínculo, mas a trabalhadora em questão considerou que esse espaço não foi suficiente para ajudá-la com o seu desgaste:

Teve uma vez que ela chegou aqui e falou comigo assim:

"- ah! quer saber? Meu nome vai sujar mesmo?" me pediu opinião.

"- O que você acha de eu ir na loja e comprar um monte de coisa e deixar meu nome sujar? Já está sujo mesmo com o cartão? Ai antes de sujar tudo eu queria uma televisão, comprar uma geladeira. Se você quiser, pode pegar alguma coisa pra você também."

Aí eu falei pra ela assim: *"- L., senta aqui, vamos conversar!"*

Aí ela não estava agressiva não, sabe? Aí eu falei com ela assim: *"- oh! Você tem um problema! Um problema que é o cartão de crédito. Tá fácil de resolver! Se você criar outros problemas, igual você está*

querendo várias coisas, já não vai ser um mais. Vai ser vários! Vai ser muito mais difícil de resolver! Você não acha melhor você não fazer isso e a gente só vai resolver o problema que é uma gente do cartão de resolver, a parcela ele, você volta a resolver seu nome, você só volta a ficar com o seu nome limpo na praça? Se você que tiver que comprar alguma coisa, você compra, mais parcelado, igual você sempre fez a vida toda?" Ela parou e olhou: "*Não é que você tem razão? Não vou fazer isso não!"*

Então ela me ouvia muito. Então ela não se endividou, conseguiu parcelar os cartões. Mas aí, numa dessas reuniões saúde mental que teve, foi onde que eles falaram comigo: "*mas você não pode levar essas coisas pro seu lado pessoal, porque aí já não está sendo profissional. Você tem que tirar isso. Você não dá conta de absorver todos esses problemas da L.. É por isso que você está adoecendo.*" Tem que cortar essas coisas que ela procurava bastante em mim. Ela falou: "*Você não vai dar conta. Você não é amiga dela! Você é profissional. Você é Agente de Saúde. Então tem muitas coisas que não te competem.*" Mas eu fico com dó. Por ela ser sozinha e quer queira, quer não, ela não criou esse vínculo dela ter a mim para tentar resolver os problemas dela.

[...] [No matriciamento] eu fui corrigida [...] Pra mim eu achava que também era uma prática em saúde que estava fazendo eu estar colhendo, eu ajudando. Mas lá na outra reunião a moça [psicóloga] falou que não era, que eu não podia isso. Ela falou: "*você não pode fazer isso!*" Entendeu? Aí foi onde eu tinha até uma surpresa. Eu tive uma surpresa! Que eu falei assim: "*uai, eu achava que por ela vir me procurar mesmo que não fosse assim pra tomar uma receita né que fosse pra tomar um medicamento, eu achei, no meu modo de pensar, por acolhê-la, por ouvir-la, que é que ela estava precisando? Qual era a demanda? Eu estava ajudando alguma forma*". Mas ela falou que não. Que eu não podia fazer isso. Entendeu?

Pesquisadora: Mas aí você concordou? O que você fez?

Entrevistada: Na verdade eu me senti um pouco frustrada com isso. Eu pensei:

"Será que o que eu estava fazendo era errado?" Porque eu não concordei muito. [ACS - e2]

As situações narradas até aqui, apontam para a direção de que saídas individualizadas e menos burocráticas para os dilemas vividos cotidianamente na AB, favorecem a confiança na produção de vínculos entre os usuários/famílias com sofrimento psíquico grave e trabalhadores/equipes de saúde da família.

A partir daqui, passemos aos relatos dos usuários sobre situações reais e complexas vividas na AB, que também caminham na direção da individualização da conduta:

Eu sou muito reservada. A M. [téc. de enf.] já até me conhece, quando ela vai me atender na janelinha... ela atende todo mundo na janela, eu não, ela pega, dá a volta eu entro e ela me atende dentro de uma sala igual essa aqui. [...] Porque um dia ela me fez uma pergunta lá fora e eu estava muito exaltada, estava muito nervosa, falei pra ela: "eu não sou obrigada a expor meus problemas pros terceiros, eu tenho direito a preservar a minha identidade e eu não vou ficar gritando aqui fora o que eu tô sentindo pra todo mundo ouvir". Eu estava muito agressiva nesse dia, aí desde lá, ela já me atende assim, quando chega minha vez, ela vê que sou eu, ela pede: "dá a volta por favor, dá a volta", que ela me atende no particular. [...] Eu não gosto de ficar contando para todo mundo. Quem tem que saber do que eu estou sentindo realmente é o profissional de saúde só, ué! [...] Lá fora estar cheio, a fila tá imensa, tem um vizinho meu lá fora. Eu vou ficar gritando lá fora que eu estou com surto? Que eu não estou bem, que eu tô precisando de acolhimento, ou que eu tô com problema de infecção urinária? Todo mundo vai saber: "Ela tá com infecção urinária". Então, eu acho que a gente tem direito à privacidade. [usu - e10]

A usuária associa que a partir da situação na qual ela se sentiu exposta durante o acolhimento e respondeu a isso de forma exaltada, foi produzida uma exceção que tem

garantido o seu direito à privacidade. Outro usuário entrevistado também fala de um arranjo específico produzido pelo CS para a sua demanda:

Eu já chego, eu já converso na portaria, eles pegam meu nome, tem uma maca lá num cantinho lá, ninguém me impede de eu chegar e se deitar nessa maca e ficar lá deitado de lado, de barriga para cima. Aí passa um, "que que você tá fazendo aí? Ah é a coluna, já veio tomar morfina, né?", eu falo assim, "olha, infelizmente eu vim". Então, é uma liberdade que eu tenho dentro do meu centro de saúde, uma liberdade que eu tenho, entendeu? [...] Nós, nós que eu falo assim, no sentido, eles que são muitos lá dentro do centro de saúde e eu que sou uma pessoa única que vou lá no momento, a gente consegue conversar. A maioria das pessoas que me atende lá já me chama pelo nome. [...] "Ah Sr. G. você tá aí, tá aguardando isso", já vem olhar a saturação, já vem olhar a temperatura, já vem no dedo, já vem olhar a glicose, entendeu? E faz tudo isso, nem me chama, nem me leva lá na salinha para poder fazer a triagem. Faz a triagem comigo dentro do centro de saúde, [...] deitado numa maca. [...] Parece ser até um privilégio né? Todo mundo gostaria de ser atendido desse jeito, mas eu sou atendido desse jeito, mas não é no momento que eu chego lá não [...] porque quando eu chego tem outras pessoas que estão na minha frente. Aí o que que eu faço? Eu já penso, "vou deitar aqui, vou ficar quietinho, com o olho fechado, quietinho, esperando a minha oportunidade". [usu - e09]

Nesse caso, o usuário, que tem dores crônicas na coluna, produziu um arranjo junto à equipe em que ele espera pela sua vez no acolhimento deitado em uma maca. Nas duas situações os usuários reconhecem essas exceções como uma demonstração de que as suas necessidades são reconhecidas e legitimadas pelos trabalhadores do CS. Já em situações em que os usuários se sentiram lesados em seus direitos, a gerência da unidade se mostrou uma opção a quem eles poderiam recorrer:

Quanto ao meu médico, [...] eu tenho que dizer dele sim, mas tudo é de bom, né? Agora, me aconteceu lá um fato desafiador sim, não pelo Dr. N., mas por uma outra médica [...]. Eu acredito que ela leu no prontuário, no computador, os medicamentos que eu tomo [...] no momento agudo, a gente chama de agudo [...] é um médico [...] de uma outra equipe [que atende]. [...] Nesse dia, não tinha a morfina. [...] Aí beleza, essa médica que eu passei pelo acolhimento [...] fez uma receita [...] ela não me chamou no consultório e entregou a receita para um enfermeiro, aí ele [...] preparou o medicamento e aplicou [...] veio com o soro, o frasco de soro [...] grandão [...]. Olhei para o soro e pensei [para a] morfina [...] não é essa quantidade de soro, né? [...] Aí eu comecei a sentir na minha boca gosto de dipirona [...], olhei para um lado e olhei para o outro, não vi o enfermeiro, fui lá na receita ler [...] quando olho embaixo, dipirona... aí o enfermeiro veio, quis ficar bravo comigo [...] gosto muito dele, eu acredito que ele não vai fazer mais isso comigo [...], essa façanha de passar perto de mim com a receita escrito Tenoxicam e Dipirona e não me mostrar. O Dr N. já faz diferente, ele prescreve o medicamento, vem cá aonde eu estou, deitado na maca e fala assim comigo, "G. seu medicamento está aqui, você vai tomar esse daqui" e aí passa para as enfermeiras, "Olha você vai fazer fracionado, vai aplicar uma uma metade e depois a outra metade". Ele explica, a médica não. [Ela] saiu de dentro do consultório e ele [tec. de enf.] passou com a receita, não falou nada comigo, foi, aplicou [...], então, nisso aí, eu vejo que foi uma pequena falha deles comigo [...]. Foi uma história, não foi muito legal, mas a gerente já está sabendo, são duas gerentes [...] Chegaram para mim, nós conversamos e eu falei para elas "J. e I [gerentes], isso não se faz [...], não é assim que Dr N. me atende aqui", entendeu? Elas falaram assim, "não, Sr. G., você se acalma, fica tranquilo" e eu entendi o lado delas [...] Senti elas como família minha. Não desacatei elas em momento nenhum, não vou fazer isso de

espécie alguma e nós estamos novamente no mesmo barco, juntos, juntos para poder estar defendendo o SUS, a nossa unidade de saúde. Então essa coisa que aconteceu comigo lá nesse dia, acredito que não vá acontecer mais, porque se for o caladão do I [Téc. de enf] que for fazer eu vou falar para ele, “Oh I., isso daí não é Dipirona não, né?” [usu - e9]

Nesse trecho o usuário conta uma situação na qual ele recorreu ao CS e foi atendido por uma médica que não era da sua equipe de referência. Na ocasião, foi administrada uma medicação para a dor diferente da que ele e a sua equipe haviam pactuado previamente. Ao perceber isso, o usuário recorreu às gerentes do CS para questionar a conduta da médica e do técnico de enfermagem. A queixa do usuário foi direcionada à não ter sido comunicado sobre a prescrição médica, ao que ele contrapôs com o modo compartilhado de prescrição praticado pela sua equipe de referência. Ao conversar com as gerentes, ele considerou que a sua queixa foi legitimada e *entendeu o lado delas*. Após relatar essa situação, o entrevistado fez questão de ressaltar:

Essa parte final que eu falei, se for se for divulgado, ela não é um lado muito positivo para o Centro de Saúde, mas é uma informação, para que nenhum médico [...] venha fazer isso. Geralmente o médico leva o paciente até o consultório, prescreve o medicamento, pergunta se a pessoa é alérgica àquele medicamento, muitas vezes até faz o teste, né? Então fica um alerta para os médicos. [...] Eu não estou fazendo uma crítica desconstrutiva do meu Centro de Saúde, entendeu? Eu[...] estou tentando abrir os olhos de outros médicos que possam talvez ter acesso a essa informação e ele vai saber “Opa! Alguém um dia ao invés de tomar morfina o médico colocou para ele dipirona 500mg e ele não achou correto”, porque não ia adiantar nada no meu caso, conforme não adianta. Então eu deixo bem esclarecido que é uma crítica, mas não é uma crítica desconstrutiva do meu Centro de Saúde. [usu - e9]

A partir da sua experiência negativa no CS, o usuário produziu uma *informação* a ser compartilhada com os médicos, na forma de uma crítica, mas uma crítica que não é *desconstrutiva*. É interessante como o usuário se reconhece ativamente como agente da *construção* do cuidado que deseja para si. Outro ponto relevante é a forma como se evidencia que a organização do cuidado em equipes de referência não implica que os usuários recorram exclusivamente aos seus profissionais de referência para reivindicar o cuidado em saúde. Desse modo, a produção de vínculos com a gerente e demais trabalhadores no cotidiano do CS parece estar relacionada à produção de vínculos entre os usuários com sofrimento psíquico e as suas equipes de referência, pois eles podem potencializar ou despotencializar a confiança no CS, como pode ser ilustrado pelo último trecho que analisaremos:

A farmácia mudou o horário de atendimento, antigamente era até às 19h e ela passou agora [...] a atender só até 18h.[...] E eu cheguei aqui 18:05, a farmácia tava fechando, aí a moça falou que não podia me atender, [...] aí eu falei: “mas, eu não fui avisada, né, até então a farmácia funcionava ali até as dezenove horas e eu estou sem medicamento”. Aí as moças falaram que não podiam fazer nada por mim

[...]. Aí eu dei a volta, vim aqui e encontrei com a V. [gerente] alí fora, nos bancos, aí falei com ela: “V., a minha situação é essa e essa, tô sem medicamento, fui pega de surpresa, aqui tem uma farmácia que funcionava até às 19h e agora só funciona até às 18h. Como é que vai ficar meu caso, eu vou ficar sem medicamento? Sem medicamento eu não durmo”. Aí ela pegou, foi lá, chamou os profissionais de lá de dentro, eles relutaram, não queriam abrir o computador de jeito nenhum. Falou: “não, por que tem que ser pra todos, a hora tem que ser pra todos, já fechamos até o computador, como é que vamos fazer o cadastro dela?” Aí a V. [gerente] falou assim: “olha o caso dela é especial, ela não pode ficar sem medicamento, pega medicamento pra ela, nem que seja só pra hoje e amanhã ela vem, mas resolve o caso dela [...], ela não pode ficar sem medicamento”. A moça foi lá, a pedido dela né, pegou meus medicamentos e me deu e eu vim no outro dia só pra fazer a introdução da receita no computador. Então, quer dizer, tudo é um bom atendimento, é uma pessoa que entende o seu lado, tá ali preocupada realmente com fazer o melhor, né, não tá aqui brincando, não tá aqui zombando com a cara dos outros, nem brincando com a saúde. [usu - e10]

Assim como no trecho anterior, diante da situação em que a usuária se sentiu injustiçada, ela buscou a figura da gerente para reivindicar. A gerente, por sua vez, intermediou a conversa entre a usuária e as trabalhadoras da farmácia e sugeriu uma saída baseada na confiança. Isso porque, como já conhecia a usuária, confiou que ela compareceria no dia seguinte para regularizar a dispensa da medicação na farmácia. O manejo produzido nessa cena reforçou para a usuária que a gerente estava *preocupada em realmente fazer o melhor* e que é *uma pessoa que entende o seu lado*. Já em relação à postura das trabalhadoras da farmácia, que inicialmente argumentaram que *a hora tem que ser para todos*, a usuária não considerou que houve abertura para entender o seu lado. Sem nos atermos ao julgamento das diferentes posturas das trabalhadoras na cena, parece-nos fundamental ouvir o que a usuária nos conta sobre a produção dos vínculos na AB: é fundamental para os usuários que eles reconheçam que *o seu lado* seja compreendido. Em alguns momentos, o *para todos* irá prevalecer, mas é importante que essa não seja uma decisão somente burocrática, mas sim pensada no caso-a-caso.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo dessa pesquisa foi analisar como são e como se produzem os vínculos entre usuários com sofrimento psíquico grave, seus familiares e Equipes de Saúde da Família no cotidiano da AB de Belo Horizonte. A partir das entrevistas realizadas com trabalhadores das eSF, usuários com sofrimento psíquico grave e familiares de usuários com sofrimento psíquico grave, foi possível produzir saberes sobre os vínculos produzidos entre esses sujeitos no cotidiano da AB de Belo Horizonte.

Na visão dos entrevistados, os usuários com sofrimento psíquico grave são reconhecidos como pessoas que demandam mais tempo e atenção nos atendimentos e encontros cotidianos da AB. As famílias, por sua vez, são compreendidas como peças fundamentais para o cuidado aos usuários com sofrimento psíquico. Ao mesmo tempo, é reconhecido que conviver e cuidar dessas pessoas, implica uma carga de sofrimento que precisa ser reconhecida pelas eSF. Quando as famílias não estão presentes, as eSF parecem exercer uma função de suplência à essa ausência. Mas, também há famílias que recusam as estratégias propostas pelas eSF para a oferta do cuidado aos usuários. Em relação às equipes, para os usuários e famílias, elas são compostas por trabalhadores que vão “além do profissional”, o que é identificado como um sinal do compromisso deles com o trabalho. Já as próprias equipes identificam como as relações entre os trabalhadores vão se tornando próximas em função do tempo alongado e dos desafios que compartilham. As ACS, todavia, possuem um lugar diferenciado, por estarem mais próximas ao território.

Nos dados produzidos, identificamos que não é possível determinar a priori elementos que favoreçam a produção dos vínculos ou que os dificultem. Mesmo a falta de recursos da rede de saúde, que é em si um atravessador para essa produção, às vezes é manejado de forma favorável à produção da confiança nas relações entre usuários e trabalhadores. O uso de psicofármacos, por sua vez, apareceu como um elemento significativo para a produção dos vínculos, pois nos momentos de prescrição, retirada na farmácia e aplicação da medicação, os encontros acontecem. Esses momentos parecem ter assumido particular importância para a produção dos vínculos ao longo da pandemia da COVID-19, pela redução das atividades coletivas na AB naquele período. Quando os psicofármacos assumem o lugar de exclusividade terapêutica, há um apagamento do usuário com sofrimento psíquico grave enquanto agente do

seu cuidado, o que atravessa a produção dos vínculos. Por outro lado, quando os psicofármacos podem aparecer como uma parte do cuidado, mas não como todo, há abertura para para relações mais complexas, que permitem a negociação.

A manutenção de uma lógica biomédica de cuidado no dia-a-dia da AB se mostrou um atravessador para a produção dos vínculos entre generalistas e usuários com sofrimento psíquico grave. Especificamente no contexto belorizontino, onde há uma equipe de saúde mental em cada CS, a presença do especialista favorece a confiança dos usuários no serviço, mas reforça a lógica do especialismo, tanto por parte dos usuários como de alguns profissionais. Por outro lado, quando tratamos do vínculo na AB, há uma inversão quanto à valorização dos saberes. Se na lógica biomédica o saber da medicina é o mais valorizado, na produção dos vínculos na AB o saber das ACS assume o lugar mais valioso. No entanto, esse recurso estratégico pode produzir uma sobrecarga às ACS.

Por último, pôde-se reconhecer uma familiaridade específica aos vínculos produzidos entre usuários, famílias e trabalhadores na AB que é especialmente potente para o cuidado em saúde mental. Essa familiaridade propicia que manejos relacionais sofisticados aconteçam em situações críticas, mas, ao mesmo tempo, impõe desafios pela porosidade dos papéis assumidos e atribuídos na produção desses vínculos. Nas entrevistas foram narradas situações singulares que ilustram como esses vínculos são produzidos cotidianamente e indicam que manejos que considerem o usuário, a função do que ele comunica à eSF, o valor de verdade atribuído ao que ele diz, bem como às possibilidades de (re)invenções das equipes para responder às suas necessidades, concorrem favoravelmente à produção de vínculos que contribuem para o cuidado em liberdade e para o enfraquecimento do estigma associado à loucura.

Trabalhar a produção de vínculos é trabalhar encontros sempre em movimento e, portanto, multideterminados. Nesse sentido, o que pode em um momento ser elemento facilitador do vínculo, em outro pode tornar-se um dificultador. O que para um usuário pode ser reconhecido como um gesto de carinho e cuidado, para outro pode ser uma atitude invasiva. No cuidado em saúde da AB, os caminhos para a produção de vínculos são os mais diversos. Eles dependem de quem é o usuário, quais são suas demandas em saúde, qual é a sua rede comunitária e familiar de retaguarda, das suas condições materiais de sustento, alimentação e lazer, além disso, da forma como este estabelece os seus vínculos ao longo da vida. Na composição desse encontro, temos um trabalhador também sujeito, marcado pela sua forma

singular de estabelecer vínculos, por sua formação, por sua profissão, por seus valores. Esse encontro acontece ora no Centro de Saúde, ora na casa do usuário, ou na rua, quem sabe no supermercado.

No documento “Orientação sobre Serviços de Saúde Mental Comunitária: Promoção de Abordagens Centradas na Pessoa e Baseadas em Direitos”, publicado recentemente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o combate ao estigma e à discriminação é apontado como uma ferramenta essencial para a promoção da diversidade, a aceitação e a inclusão das pessoas com sofrimento psíquico grave na sociedade (WHO, 2021). A familiaridade e a intimidade presente nos vínculos produzidos na AB entre usuários com sofrimento psíquico grave e trabalhadores se mostrou uma potente ferramenta de combate ao estigma. Isso porque o contato, a frequência e a presença ao longo do tempo favorecem que os trabalhadores reconheçam o sujeito louco em sua humanidade. Ainda assim, o estigma associado à periculosidade e à imprevisibilidade coexistem na AB, tanto no discurso dos trabalhadores quanto dos usuários.

Como essa foi uma pesquisa sobre produção de vínculos e, portanto, de encontros, alguns efeitos da pesquisa ainda merecem ser comentados. A intenção inicial das entrevistas foi produzir um saber acerca das experiências de produção de vínculos dos sujeitos trabalhadores/eSF e usuários com sofrimento psíquico grave e familiares na AB, mas alguns entrevistados e os próprios pesquisadores ampliaram os significados desses encontros.

Uma trabalhadora¹³ fez uso da entrevista para dar continuidade à elaboração de uma difícil situação vivenciada com uma usuária em surto de mania. Nesse caso, a própria trabalhadora reconhece ter adoecido psicologicamente. Ao longo da entrevista, foi possível notar movimentos de novas atribuições de significado à experiência vivida. Em outra entrevista, uma trabalhadora¹⁴ contou ter assinado os papéis da aposentadoria naquela semana, após vinte e cinco anos de trabalho na mesma unidade de saúde. Durante a entrevista, ela se emocionou ao falar das relações construídas ao longo do tempo de trabalho e contou sobre como, por esse motivo, foi difícil tomar a decisão de se aposentar. Ao final do encontro, já com o gravador desligado, ela se desculpou pela emoção e agradeceu a oportunidade de encerrar a sua carreira contribuindo para a elucidação de um tema tão caro a ela.

¹³ e2

¹⁴ e6

Por último, outra trabalhadora¹⁵ contou ter aceitado participar da pesquisa por entender que o papel da eSF no cuidado aos usuários com sofrimento mental grave é pouco valorizado em comparação aos profissionais psicólogos e psiquiatras e, por isso, ela viu nessa pesquisa uma possibilidade de reconhecimento tanto do seu trabalho, quanto de seus colegas de equipe. Durante a entrevista, essa mesma trabalhadora diz ter se sentido confortável para dividir com as entrevistadoras sobre um evento traumático vivido em sua vida pessoal há dois anos. Naquela situação, a trabalhadora não se sentiu acolhida pelos psicólogos e psiquiatras aos quais ela recorreu e não se adaptou ao uso do psicofármaco prescrito. Ela considera que isso produziu uma resistência ao cuidado oferecido por profissionais especialistas da saúde mental e uma valorização de outras estratégias de cuidado. A partir da sua experiência, alertou à pesquisadora, que é psicóloga, e ao segundo entrevistador, graduando em psicologia, sobre a importância de um psicólogo olhar para o sujeito como uma pessoa inteira, e não somente como uma doença mental.

No que se refere aos usuários com sofrimento psíquico grave entrevistados, dois deles reconheceram a entrevista como uma oportunidade para retribuir o cuidado que recebem em seus respectivos CS. Além disso, um deles considerou a participação na pesquisa como uma forma de contribuir para o fortalecimento do SUS, o que ele considera parte de sua responsabilidade como usuário e cidadão. Para um dos familiares entrevistados, participar da pesquisa também foi apontado como uma forma de retribuir ao CS o cuidado dispensado aos seus familiares, mas também como uma oportunidade de conversar com uma psicóloga sobre sofrimento psíquico, o que ele considera contribuir para o cuidado do seu familiar.

Além da pesquisadora, em cada entrevista tivemos um aluno de iniciação científica atuando como apoio. Como as incertezas na pandemia foram muitas, não sabíamos se seria possível fazer as entrevistas presencialmente. Dessa forma, a ida ao campo foi atravessada pelo otimismo da retomada e foi a primeira vez que a pesquisadora e os graduandos se viram pessoalmente. Além disso, para a maior parte deles¹⁶, foi o primeiro contato com a AB, o que consideraram ter sido potente por ter dado corpo à teoria que por tanto tempo eles se debruçaram.

¹⁵ e1

¹⁶ Ao todo 6 alunos de iniciação científica participaram como apoio.

Em relação à pesquisadora, no período da minha ida ao campo passei por problemas pessoais que me fizeram desinvestir na pesquisa. Esse momento coincidiu com o início das entrevistas com usuários e familiares. Nesses encontros fui apresentada a novas perspectivas e olhares sobre a produção de vínculos na atenção básica, o que em si já foi interessante. Mas o fato de os próprios entrevistados atribuírem relevância ao tema e, como já apontado, reconhecerem ganhos subjetivos pela participação na pesquisa, foi fundamental para eu voltar a atribuir valor ao que já havia sido produzido até o momento e reinvestir na produção da dissertação. Considero que as últimas entrevistas foram potentes encontros que me (re)convocaram à vida.

Ainda que muito tenha sido construído nesse estudo, houve limites. Um deles foi que a escolha da entrevista individual aberta como instrumento de produção de dados não nos permitiu observar os momentos em que os vínculos são produzidos no cotidiano da AB, como poderia se supor em uma metodologia mais participativa, por exemplo. Outra limitação foi que o modo de escolha dos usuários participantes nos proporcionou acesso a usuários com sofrimento psíquico grave que já estão vinculados à AB. Nesse sentido, acessamos pessoas que provavelmente tendem a se debruçar sobre os aspectos positivos dessa produção, sobretudo nos casos em que o convite para participar da pesquisa foi feito por mediação de um trabalhador da equipe de referência do usuário.

Apesar disso, o uso da entrevista aberta propiciou profundidade às entrevistas, o que favoreceu o aparecimento do conteúdo implícito. Entretanto foram realizadas menos entrevistas com usuários em comparação às entrevistas com profissionais e sugerimos que em estudos futuros seja considerada a possibilidade de acesso a mais usuários.

Outro fator que deve ser considerado é que o estudo foi realizado durante a pandemia da COVID-19, quando as ações e serviços da AB foram redefinidos, com significativa redução de ofertas de ações em saúde, a fim de evitar a transmissão do vírus. A suspensão dos atendimentos, atividades grupais e visitas domiciliares ao longo de dois anos configuraram barreiras de acesso e modificações nas condições de produção dos vínculos na AB. Para estudos futuros, pode ser interessante entrevistar sujeitos que não se vincularam à AB, bem como estudos que contemplem metodologias participativas.

REFERÊNCIAS

- Alves, C. P.; Guelber, F.; Silva, A. M.; Borges, C P. A. (2019) A construção do vínculo das enfermeiras da estratégia de saúde da família com as gestantes HIV positivo. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, [S.l.], v. 11, n. 4, p. 976-983
- Arce, V. A. R., Sousa, M. F., & Lima, M da G. (2011). A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(2), 541-560.
- Amarante, P. (2013) *Saúde mental e atenção psicossocial*. 4ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amorim, M., & Perillo, E. (2014). O National Health Service – NHS o sistema de saúde da Inglaterra. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 16(1), 53-54.
- Baratieri, T; Teixeira M, E. N.; Silva M, S. (2012) Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia saúde da família. *Cienc. enferm., Concepción*, v. 18
- Barbosa, M. I. S; Bosi, M. L. M. (2017) Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* Dez 2017, v.27, nº 4, p.1003 – 1022.
- Belo Horizonte (2021) Centros de Saúde distribuídos por regionais. Acessado em fevereiro de 2021. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/atencao-primaria/centro-de-saude>
- Brandt, J. A. (2009). Grupo Balint: aspectos que marcam a sua especificidade. *Vínculo-Revista do NESME*, 6(2), 199-210
- Brasil (2004) Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: equipe de referência e Apoio Matricial / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2010) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 72 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- Brasil (2013) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)
- Brasil (2017) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. (Série E. Legislação em Saúde).

- Brasil, C. C. P.; Caldas, J. M. P.; Silva, R. M. et al. (2018) Considerações Introdutórias: Reflexões sobre a Pesquisa Qualitativa na Saúde In: *Estudos Qualitativos: Enfoques e técnicas de coletas de informações*. Org:da Silva, Raimundo Magalhães. Sobral Edições. 305p.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.
- Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403.
- Campos, G. W. S. (2003). Reflexões sobre a Clínica em Equipes de Saúde da Família. In: *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Castellanos, M. E. P. (2013) A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 19, nº4, p.1065-1076
- Campos, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em Debate* [online]. 2014, v. 38, n. spe
- Camuri, Danilo e Dimenstein, Magda. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade* [online]. 2010, v. 19, n. 4 [Acessado 9 Outubro 2022] , pp. 803-813
- Chiaverini, D. H. (Org.) (2011). Guia Prático do matriciamento em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde /Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- Coelho, M. O.; Jorge, M. S. B. (2009) Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, out.
- Cunha, G. T. (2009) Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP
- Cunha, E. M., Andrade, G. R. B., Oliveira, C. C. M., Marques, M. C., Vargens, J. M. C., O'Dwyer, G., & Gondim, G. M. M. (2017) Matriz Avaliativa do Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: processo de validação por especialistas. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 249-258

- Dantas, N. F. (2014). O Apoio Matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte na perspectiva dos trabalhadores. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-graduação de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Dimenstein, M.. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2004, v. 24, n. 4 [Acessado 25 Outubro 2022] , pp. 112-117.
- Figueiredo, M. D., & Campos, R. O. (2009). Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 129-138.
- Fontanella, B. J; Barcellos. R. J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Fontanella, B. J. B.; Setoue, C. S.; Melo, D. G (2013) Afeto, proximidade, frequência e uma clínica hesitante: bases do "vínculo" entre pacientes com síndrome de Down e a Atenção Primária à Saúde? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 1881-1892, jul.
- Freud, S. (1912) Recomendações ao médico que pratica a Psicanálise In: *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreiber")*, artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). Volume 10. Companhia das Letras. São Paulo, 2010. p.147-163.
- Freud, S. (1917) Terceira parte: Teoria geral das neuroses In: *Conferências Introdutórias à Psicanálise (1916-1917)*. Volume 13. Companhia das Letras. São Paulo, 2014. p.325-593.
- Freud, S. (1923) Psicanálise e teoria da libido In: *Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923)*. Volume 15. Companhia das Letras. São Paulo, 2011. p.273-302.
- Gama, Carlos Alberto Pegolo da et al. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2021, v. 25
- Gaskell, G. (2003) Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer, Martin W. e Gaskell, George. *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Editora Vozes, 2ºed, Petrópolis – RJ p. 64-89.
- Gil, A. C. (2002) Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas.
- Girão, A. L. A.; Freitas, C. H. A. (2016) Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 37, n. 2
- Goffman, E. (1961) *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Ed. Perspectiva.
- Goffman, E. (1998) *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Graff, V. A. & Toassi, R. F. C. (2018) Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. v. 28, n. 03
- Jardim, Katita; Dimenstein, Magda. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica In: *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007
- Jesus, A. L. O., Caldas, N. M., & Silva, J. L. A. (2020) Assistência nas unidades de estratégia de saúde da família na percepção dos usuários do serviço de saúde mental. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 11872-11886
- Jovchelovitch, S.; Bauer, M. W (2003) Entrevista narrativa. In: Bauer, M. W. Gaskell, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Tradução: Pedrinho Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- Lancetti, A., Amarante. P (2006) Saúde Mental e Saúde Coletiva In: Campos, G. W. de S. (Org). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 615-634
- Lancetti A. (2013) A saúde mental nas entranhas da metrópole. In: *Saúde loucura: saúde mental e saúde família*. Jatene AD, Lancetti A, Mattos SAF. São Paulo: Hucitec; p. 11-52.
- Laplanche, J.; Pontalis, J. (2001) *Vocabulário da psicanálise – 4ª Ed.* - São Paulo: Martins Fontes.
- Mehry, E. E; Franco, T. B. (2003) Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais.; *Rev. Saúde debate* 27(65): 316-323, set.-dez.
- Minayo, M. C. S; Deslandes, S. F.; Gomes, R. (2009) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 108p.
- Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª. ed. São Paulo: Hucitec.
- Monteiro, M. M.; Figueiredo, V. P.; Machado, M. F. A. S. (2009) Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 358-364, June 2009
- Moreira, J. O.; Romagnoli, R. C. Neves, E. O. (2007) O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 27, p. 608-621.
- Nascimento, L. A., & Leão, A. (2019). Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *História, Ciências, Saúde -Manguinhos*, 26(1), 103-121
- Neves R. R., Ferro P. S., Nogueira L. M. V., Rodrigues I. L. A. (2016) Acesso e vínculo ao tratamento de tuberculose na atenção primária em saúde *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 5143-5149, oct

- Nogueira, J. A.; Oliveira, L. C. S.; Sá, L. D.; Silva, C. A.; Silva, D. M.; Villa, T. C. S. (2012) Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose *Rev. RENE*; 13(4): 784-793, set.-dez.
- Oliveira, A. G. B, Vieira, M. A. M; Andrade, S. M. R. (2006) *Saúde Mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial*. São Paulo: Olhos d'água. 72p
- Oliveira, J. R. F. de et al. Descrição do consumo de psicofármacos na atenção primária à saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 37, n. 1 2021
- Pastana, D. H. (2019). O aspecto técnico-pedagógico do Apoio Matricial em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Pichon-Rivière, E. (2007) *Teoria do Vínculo*. Martins Fontes, 7ª Ed., São Paulo.
- Pichon-Rivière, E. (2009) *O Processo Grupal*. Martins Fontes, 8ª Edição, São Paulo.
- Pinheiro, P. M.; Oliveira, L. C. (2011) A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*, v. 15, n. 36, p. 185-198, Mar.
- Portaria nº089 (20 de março de 2020) Regulamenta a prestação dos serviços na Secretaria Municipal de Saúde e as medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo Novo Coronavírus (COVID-19). Diário Oficial do Município. Belo Horizonte
- Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (2020) O Sistema Único de Saúde sob ataque: A Reforma Psiquiátrica Brasileira no front. In: *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 12 n. 33, s/n.
- Rego, A. S.; Radovanovic, C. A, T. (2018) Adesão/vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1030-1037
- Romagnoli, R. C. (2006) A Formação dos Psicólogos e a Saúde Pública In: *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 1, n. 2, São João del-Rei.
- Rosenthal, G. (2014) *Pesquisa social interpretativa: uma introdução*. Porto Alegre: Edipucrs,
- Santos, A. M.; Assis, M. M. A; Nascimento, M. A. A; Jorge, M. S. B (2008) Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-470, jun.
- Santos, R. C. A; Miranda, F. A. N. (2016) Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. *Revista de Enfermagem da UFESM*, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 350 - 359, set.
- Santos, T.L.A. (2019). A dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial nos Núcleos de Apoio Saúde da Família (NASF) em Belo Horizonte – MG. Dissertação de Mestrado,

Programa de Pós-graduação de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte

- Schimith, M. D.; Lima, M. A. D. S. (2004) Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, dez.
- Silva, C. S., Paes, N. A, Figueiredo, T. R. M. R.; Cardoso, M. A. A.; Silva, A. T. M. & Araújo, J. S. S. (2013) Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 584-590, jun.
- Silveira, D. P., & Vieira, A. L. S. (2009). Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 139-148.
- Sivinski, T. C., & Schenkel, J. M. (2018). Pesquisa-Intervenção em Saúde Mental: Balançando as Redes da Saúde. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 52-71.
- Skalinsk Jr, O. (2011) Técnicas de Entrevista e sua Aplicação em Pesquisas Científicas. In: Toledo, C. de A. A.; Gonzaga, M. T. C. (Org.). *Metodologia e Técnicas de Pesquisa nas áreas de Ciências Humanas*. Maringá: Eduem
- Sousa, T. F. (2015) Estratégia saúde da família e a construção do vínculo no controle da tuberculose pulmonar na Rocinha-RJ. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 2336-2348,
- Souza, Â. C. (2012) Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica no Rio de Janeiro: um movimento das marés. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.
- Spink, M. J. P. (2017). *Psicologia social e saúde: prática, saberes e sentidos*. Editora Vozes Limitada.
- Stein B. D., Dallas P. A. Teixeira M. M., Rupolo, I. S. Backes, M. T., & Büscher, A. (2015). Vínculo profissional-usuário: competência para a atuação na Estratégia Saúde da Família. *Avances en Enfermería*, 33 (2), 222-229.
- Storino, L. P.; Souza, K. V.; Silva, K. L. (2013) Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. *Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro*, v. 17, n. 4, p. 638-645
- Vago D. D. S., Domingues, P. T., Gomes, A. M., & Ferreira, S. N. M. (2017). A construção do vínculo entre o homem e o serviço de atenção básica de saúde. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(1), 111-120.
- Vieggas, S. M. F.; Penna, C. M. M. (2012) O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. *Rev. RENE*; 13(2): 375-385, mar. - abr.
- Zambelli, C. K.; Tafuri, M. I., Viana, T. C. & Lazzarini, E. R. (2013). Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. *Psicologia Clínica*, 25 (1), 179-195.

S. Paulon, R. Neves, M. Dimenstein, H. Nardi, O. Bravo, V. A. B. M. Galvão, A. K. S. Severo & R. Figueró. A saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família no Brasil. In: *Psicología para América Latina* (2013), 25, 24-42

Whitaker, R. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

APÊNDICE 01**PERGUNTA DISPARADORA – ENTREVISTA COM USUÁRIOS****IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:**

Nome:

Idade:

Centro de Saúde/eSF:

Tempo de acompanhamento pela eSF em BH:

RAPPORT:

Agradecer a disponibilidade de participação na pesquisa. Apresentar-se como estudante do programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que realiza um projeto de mestrado sobre como acontece a relação entre trabalhadores/equipes de saúde da família e usuários com sofrimento psíquico/familiares nos Centros de Saúde em Belo Horizonte. Dizer do interesse nas experiências pessoais do entrevistado ligadas à relação entre ele e os trabalhadores que lhe atendem no Centro de Saúde.

PERGUNTA DISPARADORA:

Seria interessante se você pudesse contar sobre como foi quando você começou a ser atendido por esse Centro de Saúde e as situações, positivas e negativas, que contam um pouco sobre a sua relação com esses trabalhadores.

APÊNDICE 02**PERGUNTA DISPARADORA – ENTREVISTA COM TRABALHADORES****IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:**

Nome:

Idade:

Centro de Saúde/eSF:

Tempo de trabalho na eSF em BH:

RAPPORT:

Agradecer a disponibilidade de participação na pesquisa. Apresentar-se como estudante do programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que realiza um projeto de mestrado sobre a produção de vínculo entre trabalhadores/equipes de saúde da família e usuários com sofrimento psíquico/familiares nos Centros de Saúde em Belo Horizonte. Dizer do interesse nas experiências pessoais do entrevistado ligadas à produção de vínculos no acompanhamento de usuários com sofrimento psíquico e suas famílias no dia-a-dia da Atenção Básica.

PERGUNTA DISPARADORA:

Seria interessante que você pudesse contar de situações desafiadoras, mas também de situações consideradas positivas que possam ilustrar a produção de vínculos no acompanhamento de usuários com sofrimento psíquico e suas famílias no dia-a-dia da Atenção Básica.

APÊNDICE 03**PERGUNTA DISPARADORA – ENTREVISTA COM FAMILIARES****IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:**

Nome:

Idade:

Centro de Saúde/eSF:

Tempo de acompanhamento pela eSF em BH:

RAPPORT:

Agradecer a disponibilidade de participação na pesquisa. Apresentar-se como estudante do programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que realiza um projeto de mestrado sobre como acontece a relação entre trabalhadores/equipes de saúde da família e usuários com sofrimento psíquico/familiares nos Centros de Saúde em Belo Horizonte. Dizer do interesse nas experiências pessoais do entrevistado ligadas à relação entre ele e os trabalhadores que atendem seu familiar no Centro de Saúde.

PERGUNTA DISPARADORA:

Seria interessante se você pudesse contar sobre como foi quando seu familiar começou a ser atendido por esse Centro de Saúde e as situações, positivas e negativas, que contam um pouco sobre a sua relação com esses trabalhadores.

APÊNDICE 04**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TRABALHADORES****Prezado(a) Sr.(a)**

Por meio deste instrumento, venho torná-lo(a) ciente da pesquisa de mestrado **A PRODUÇÃO DE VÍNCULOS ENTRE USUÁRIOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO/FAMILIARES E TRABALHADORES/EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**, e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma. Este estudo está sendo desenvolvido pelo Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, em colaboração com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. A pesquisa está sob coordenação da Profa. Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido e está sendo executada pela mestrandia Marcela Ribeiro Lima Sant'Ana.

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo e você poderá conversar sobre ele ou qualquer dúvida que tenha com o próprio entrevistador. Após você ter entendido o estudo, e se decidir participar do mesmo, solicitaremos que você assinie o termo de consentimento na última página e rubriche as demais folhas (Resolução CNS nº 466 de 2012 itens IV.5.d), o que já terá sido feito pela pesquisadora. Você também receberá sua via para guardar. A sua participação é voluntária e, conseqüentemente, não é obrigatória e não haverá pagamento por participar desse estudo. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com este serviço.

O objetivo desse estudo é analisar como são e como se produzem os vínculos entre usuários com sofrimento psíquico/famíliares e os trabalhadores/equipes de Saúde da Família no município de Belo Horizonte. A produção dos dados será realizada a partir de entrevistas abertas com trabalhadores de equipes de saúde da família, usuários com sofrimento psíquico que recebem cuidados em saúde mental na Atenção Básica de Belo Horizonte e de familiares de usuários com sofrimento psíquico.

Você foi convidado(a) para participar desse estudo devido a sua experiência como trabalhador(a) de uma equipe de Saúde da Família no município de Belo Horizonte. A sua participação consiste na concessão de uma entrevista, com duração prevista uma hora e meia podendo variar para mais ou para menos conforme sua disponibilidade. Nessa entrevista, será pedido que você conte situações desafiadoras, mas também situações consideradas positivas que possam ilustrar a produção de vínculos no acompanhamento de usuários com sofrimento psíquico e suas famílias no dia-a-dia da Atenção Básica. Essa entrevista será realizada no Centro de Saúde no qual você trabalha. Você poderá se recusar a falar sobre qualquer aspecto do assunto abordado.

Você tem a garantia de que os resultados desta pesquisa e suas respostas serão confidenciais. Nenhuma identificação pessoal estará vinculada às suas respostas. Todos os dados da pesquisa serão identificados apenas por códigos. Somente você e algumas pessoas trabalhando diretamente na pesquisa saberão estes códigos. Caso você autorize, a entrevista será gravada através de um gravador digital. Os arquivos de áudio contendo as gravações de entrevistas presenciais serão armazenados por no máximo 5 anos. Em caso de necessidade de entrevista online (devido os protocolos de segurança da Covid-19) serão gravados apenas o conteúdo de áudio, através da plataforma OBS, sendo descartado o conteúdo de vídeo. O armazenamento das entrevistas online será por no máximo 5 anos. Nenhuma informação sobre os seus dados será utilizada sem sua permissão. Os dados coletados serão utilizados somente para o estudo.

Os únicos riscos potenciais de participar desta pesquisa são: desconforto com alguma pergunta sobre o processo de trabalho, apesar do esclarecimento feito sobre a preservação do sigilo dos envolvidos na pesquisa; fadiga, embora seja combinado previamente com o participante sobre a possibilidade de interromper ou mesmo suspender sua participação a qualquer momento e em quaisquer dos procedimentos que participar; constrangimento em não querer participar da pesquisa tendo sido indicado por profissional de saúde referência, colegas ou pela coordenação ou referência técnica do distrito sanitário, apesar de esclarecido que a não participação não resultará em qualquer tipo de retaliação ou perda. Será garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Entretanto, como possíveis benefícios, os resultados da pesquisa poderão ser utilizados pela gestão da Atenção Básica de Belo Horizonte- MG na compreensão e elaboração de estratégias de melhoria da qualidade das práticas de saúde ofertadas por seus respectivos profissionais.

Você pode entrar em contato com a Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH), na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), coordenadora do Projeto, pelo telefone 3409-6281 e/ou e-mail claudiapenido@ufmg.br, para tirar suas dúvidas sobre sua participação ou para comunicar qualquer problema com relação a este projeto.

Em caso de dúvidas éticas você poderá recorrer aos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições onde essa pesquisa foi aprovada, que tem o papel de esclarecê-lo quanto questões éticas relacionadas ao projeto de pesquisa. São eles:

| |
|--|
| Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) é Av. Antônio Carlos 6627, Unidade Administrativa II, segundo andar, sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte-MG, Brasil, CEP: 31270-901, tel.3409-4592. |
|--|

| |
|--|
| Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000. Telefone: 3277-5309. |
|--|

Agradecendo sua colaboração, solicitamos ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento. Você e o pesquisador assinarão duas vias iguais, ficando uma via com o participante e a outra com o pesquisador.

Atenciosamente,

Cláudia Maria Filgueiras Penido | Coordenadora da Pesquisa

Declaração e assinatura:

Eu,

_____ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem técnica satisfatoriamente explicados. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima e, tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com a pesquisadora mestranda Marcela Ribeiro Lima Sant'Ana – marcelarlsantana@gmail.com e com a professora orientadora Cláudia Maria Filgueiras Penido - claudiamfpenido@ufmg.br.

Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura do Participante _____

RG do Participante _____

Data:

Professora orientadora

Cláudia Maria Filgueiras Penido

Pesquisadora mestranda

Marcela Ribeiro Lima Sant'Ana

APÊNDICE 05

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – USUÁRIOS

Prezado(a) Sr.(a)

Por meio deste instrumento, venho torná-lo(a) ciente da pesquisa de mestrado **A PRODUÇÃO DE VÍNCULOS ENTRE USUÁRIOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO/FAMILIARES E TRABALHADORES/EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**, e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma. Este estudo está sendo desenvolvido pelo Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, em colaboração com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. A pesquisa está sob coordenação da Profa. Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido e está sendo executada pela mestrandia Marcela Ribeiro Lima Sant’Ana.

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo e você poderá conversar sobre ele ou qualquer dúvida que tenha com o próprio entrevistador. Após você ter entendido o estudo, e se decidir participar do mesmo, solicitaremos que você assine o termo de consentimento na última página e rubrique as demais folhas (Resolução CNS nº 466 de 2012 itens IV.5.d), o que já terá sido feito pela pesquisadora. Você também receberá sua via para guardar. A sua participação é voluntária e, conseqüentemente, não é obrigatória e não haverá pagamento por participar desse estudo. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com este serviço.

O objetivo desse estudo é analisar como são e como acontecem a relação entre usuários com sofrimento psíquico/familiares e os trabalhadores/equipes de Saúde da Família no município de Belo Horizonte. A produção dos dados será realizada a partir de entrevistas abertas com trabalhadores de equipes de saúde da família, usuários com sofrimento psíquico que são acompanhados nos Centros de Saúde de Belo Horizonte e de familiares de usuários com sofrimento psíquico.

Você foi convidado(a) para participar desse estudo por ser um usuário que recebe cuidados em saúde mental em um Centro de Saúde da cidade de Belo Horizonte. A sua participação consiste na concessão de uma entrevista, com duração prevista de uma hora e meia podendo variar para mais ou para menos conforme sua disponibilidade. Nessa entrevista, será pedido que você conte sobre como foi quando você começou a ser atendido por esse Centro de Saúde e as situações, positivas e negativas, que contam um pouco sobre a sua relação os trabalhadores que lhe acompanham. Essa entrevista será realizada no Centro de Saúde no qual você é atendido, na sua residência ou em local que for mais confortável para você. Você poderá se recusar a falar sobre qualquer aspecto do assunto abordado.

Você tem a garantia de que os resultados desta pesquisa e suas respostas serão confidenciais. Nenhuma identificação pessoal estará vinculada às suas respostas. Todos os dados da pesquisa serão identificados apenas por códigos. Somente você e algumas pessoas trabalhando diretamente na pesquisa saberão estes códigos. Caso você autorize, a entrevista será gravada através de um gravador digital. Os arquivos de áudio contendo as gravações de entrevistas presenciais serão armazenados por no máximo 5 anos. Em caso de necessidade de entrevista online (devido os protocolos de segurança da Covid-19) serão gravados apenas o conteúdo de áudio, através da plataforma OBS, sendo descartado o conteúdo de vídeo. O armazenamento das entrevistas online será por no máximo 5 anos. Nenhuma informação sobre os seus dados será utilizada sem sua permissão. Os dados coletados serão utilizados somente para o estudo.

Os únicos riscos potenciais de participar desta pesquisa são: desconforto com alguma pergunta sobre o processo de cuidado, apesar do esclarecimento feito sobre a preservação do sigilo dos envolvidos na pesquisa; cansaço, embora seja combinado previamente com o participante sobre a possibilidade de interromper ou mesmo suspender sua participação a qualquer momento e em quaisquer dos procedimentos que participar. Será garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Entretanto, como possíveis benefícios, os resultados da pesquisa poderão ser utilizados pela gestão da Atenção Básica de Belo Horizonte- MG na compreensão e elaboração de estratégias de melhoria da qualidade das práticas de saúde ofertadas pelos Centros de Saúde.

Você pode entrar em contato com a Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH), na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), coordenadora do Projeto, pelo telefone 3409-6281 e/ou e-mail claudiapenido@ufmg.br, para tirar suas dúvidas sobre sua participação ou para comunicar qualquer problema com relação a este projeto.

Em caso de dúvidas éticas você poderá recorrer aos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições onde essa pesquisa foi aprovada, que tem o papel de esclarecê-lo quanto questões éticas relacionadas ao projeto de pesquisa. São eles:

| |
|--|
| Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) é Av. Antônio Carlos 6627, Unidade Administrativa II, segundo andar, sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte-MG, Brasil, CEP: 31270-901, tel.3409-4592. |
|--|

| |
|--|
| Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000. Telefone: 3277-5309. |
|--|

Agradecendo sua colaboração, solicitamos ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento. Você e o pesquisador assinarão duas vias iguais, ficando uma via com o participante e a outra com o pesquisador.

Atenciosamente,

Declaração e assinatura:

Eu,

_____ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem técnica satisfatoriamente explicados. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima e, tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com a pesquisadora mestranda Marcela Ribeiro Lima Sant'Ana – marcelarlsantana@gmail.com e com a professora orientadora Cláudia Maria Filgueiras Penido - claudiamfpenido@ufmg.br.

Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura do Participante _____

RG do Participante _____

Data:

Professora orientadora

Cláudia Maria Filgueiras Penido

Pesquisadora mestranda

Marcela Ribeiro Lima Sant'Ana

APÊNDICE 06**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FAMILIARES**

Prezado(a) Sr.(a)

Por meio deste instrumento, venho torná-lo(a) ciente da pesquisa de mestrado **A PRODUÇÃO DE VÍNCULOS ENTRE USUÁRIOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO/FAMILIARES E TRABALHADORES/EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**, e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma. Este estudo está sendo desenvolvido pelo Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, em colaboração com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. A pesquisa está sob coordenação da Profa. Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido e está sendo executada pela mestrandia Marcela Ribeiro Lima Sant’Ana.

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo e você poderá conversar sobre ele ou qualquer dúvida que tenha com o próprio entrevistador. Após você ter entendido o estudo, e se decidir participar do mesmo, solicitaremos que você assinie o termo de consentimento na última página e rubrique as demais folhas (Resolução CNS nº 466 de 2012 itens IV.5.d), o que já terá sido feito pela pesquisadora. Você também receberá sua via para guardar. A sua participação é voluntária e, conseqüentemente, não é obrigatória e não haverá pagamento por participar desse estudo. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com este serviço.

O objetivo desse estudo é analisar como são e como acontecem a relação entre usuários com sofrimento psíquico/familiares e os trabalhadores/equipes de Saúde da Família no município de Belo Horizonte. A produção dos dados será realizada a partir de entrevistas abertas com trabalhadores de equipes de saúde da família, usuários com sofrimento psíquico que são acompanhados nos Centros de Saúde de Belo Horizonte e de familiares de usuários com sofrimento psíquico.

Você foi convidado(a) para participar desse estudo por ser familiar de um usuário que recebe cuidados em saúde mental em um Centro de Saúde da cidade de Belo Horizonte. A sua participação consiste na concessão de uma entrevista, com duração prevista de uma hora e meia podendo variar para mais ou para menos conforme sua disponibilidade. Nessa entrevista, será pedido que você conte sobre como foi quando o seu familiar começou a ser atendido por esse Centro de Saúde e as situações, positivas e negativas, que contam um pouco sobre a sua relação os trabalhadores que o acompanham. Essa entrevista será realizada no Centro de Saúde no qual você é atendido ou na sua residência, respeitando o local que for mais confortável para você. Você poderá se recusar a falar sobre qualquer aspecto do assunto abordado.

Você tem a garantia de que os resultados desta pesquisa e suas respostas serão confidenciais. Nenhuma identificação pessoal estará vinculada às suas respostas. Todos os dados da pesquisa serão identificados apenas por códigos. Somente você e algumas pessoas trabalhando diretamente na pesquisa saberão estes códigos. Caso você autorize, a entrevista será gravada através de um gravador digital. Os arquivos de áudio contendo as gravações de entrevistas presenciais serão armazenados por no máximo 5 anos. Em caso de necessidade de entrevista online (devido os protocolos de segurança da Covid-19) serão gravados apenas o conteúdo de áudio, através da plataforma OBS, sendo descartado o conteúdo de vídeo. O armazenamento das entrevistas online será por no máximo 5 anos. Nenhuma informação sobre os seus dados será utilizada sem sua permissão. Os dados coletados serão utilizados somente para o estudo.

Os únicos riscos potenciais de participar desta pesquisa são: desconforto com alguma pergunta sobre o processo de cuidado do familiar com sofrimento psíquico, apesar do esclarecimento feito sobre a preservação do sigilo dos envolvidos na pesquisa; cansaço, embora seja combinado previamente com o participante sobre a possibilidade de interromper ou mesmo suspender sua participação a qualquer momento e em quaisquer dos procedimentos que participar. Será garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Entretanto, como possíveis benefícios, os resultados da pesquisa poderão ser utilizados pela gestão da Atenção Básica de Belo Horizonte- MG na compreensão e elaboração de estratégias de melhoria da qualidade das práticas de saúde ofertadas pelos Centros de Saúde.

Você pode entrar em contato com a Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH), na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), coordenadora do Projeto, pelo telefone 3409-6281 e/ou e-mail claudiapenido@ufmg.br, para tirar suas dúvidas sobre sua participação ou para comunicar qualquer problema com relação a este projeto.

Em caso de dúvidas éticas você poderá recorrer aos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições onde essa pesquisa foi aprovada, que tem o papel de esclarecê-lo quanto questões éticas relacionadas ao projeto de pesquisa. São eles:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) é Av. Antônio Carlos 6627, Unidade Administrativa II, segundo andar, sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte-MG, Brasil, CEP: 31270-901, tel.3409-4592.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000. Telefone: 3277-5309.

Agradecendo sua colaboração, solicitamos ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento. Você e o pesquisador assinarão duas vias iguais, ficando uma via com o participante e a outra com o pesquisador.

Atenciosamente,

Cláudia Maria Filgueiras Penido | Coordenadora da Pesquisa

Declaração e assinatura:

Eu,

_____ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem técnica satisfatoriamente explicados. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima e, tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com a pesquisadora mestranda Marcela Ribeiro Lima Sant'Ana – marcelarlsantana@gmail.com e com a professora orientadora Cláudia Maria Filgueiras Penido - claudiamfpenido@ufmg.br.

Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura do Participante _____

RG do Participante _____

Data:

Professora orientadora

Cláudia Maria Filgueiras Penido

Pesquisadora mestranda

Marcela Ribeiro Lima Sant'Ana