

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Rafaela Quintana Marchesan

**A ESCUTA QUALIFICADA COMO DISPOSITIVO NO
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

**Santa Maria, RS
2018**

Rafaela Quintana Marchesan

**A ESCUTA QUALIFICADA COMO DISPOSITIVO NO
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Psicologia**.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Dorian Mônica Arpini

Santa Maria, RS
2018

Marchesan, Rafaela Quintana

A escuta qualificada como dispositivo no cuidado em
saúde mental na atenção básica / Rafaela Quintana
Marchesan.- 2018.

125 p.; 30 cm

Orientadora: Dorian Mônica Arpini

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2018

1. Saúde Mental 2. Estratégia Saúde da Família 3.
Agentes Comunitários de Saúde I. Arpini, Dorian Mônica
II. Título.

Rafaela Quintana Marchesan

**A ESCUTA QUALIFICADA COMO DISPOSITIVO NO CUIDADO EM SAÚDE
MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Psicologia**.

Aprovado em 28 de março de 2018:



Dorian Mônica Arpini, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)



Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra. (UFSM)



Shana Hastenpflug Wottrich, Dra. (UNIPAMPA)

Santa Maria, RS
2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, em especial aos meus pais Adair e Loiva, à minha irmã Luana e à minha avó Maria. Vocês sempre estiveram presentes em todos os momentos importantes da minha vida e este é mais um deles que se concretiza graças à vocês.

Aos amigos, colegas do mestrado e colegas de trabalho, especialmente àqueles que estiveram tão próximos neste período do mestrado, com os quais dividi os anseios e as expectativas dessa fase. Em especial, para vocês: Diana, Ana Caroline, Patrícia, Meiri e Tatiana.

À professora Mônica, orientadora deste trabalho e que tem me acompanhado desde 2011. Agradeço pelo conhecimento compartilhado e, principalmente, pela maneira afetuosa com que o fez.

À professora Patrícia, que iniciou como coorientadora deste trabalho, e que esteve atenta e disponível para o que fosse necessário.

Ao grupo NEIAF, que tão bem me acolheu em 2011.

Aos Agentes Comunitários de Saúde integrantes deste estudo, que se dispuseram a compartilhar comigo suas experiências e sentimentos, com falas inesquecíveis que ficarão sempre guardadas na minha memória.

À ESF Santos que tornou viável a realização desta pesquisa.

À UFSM, instituição onde ocorreu toda a minha formação e que me oportunizou diversas experiências de aprendizado.

À todos que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho.

Muito obrigada!

RESUMO

A ESCUTA QUALIFICADA COMO DISPOSITIVO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

AUTORA: Rafaela Quintana Marchesan
ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Dorian Mônica Arpini

Este projeto se propôs a compreender a percepção de agentes comunitários de saúde a respeito do dispositivo da escuta, no trabalho com as demandas de saúde mental. Para tanto, buscou-se entender, do ponto de vista dos profissionais, que recursos e condições são importantes para a realização de uma boa escuta; identificar as facilidades e/ou dificuldades encontradas pelos profissionais na utilização da escuta em situações que envolvam o sofrimento psíquico; compreender os sentimentos mobilizados quando o profissional realiza a escuta envolvendo o sofrimento psíquico e, por fim, identificar se os profissionais percebem resultados/efeitos no usuário a partir da abertura para a escuta. No que se refere à metodologia, o projeto seguiu uma abordagem clínico-qualitativa, e a coleta de dados ocorreu através da entrevista semidirigida de questões abertas. Foram entrevistados oito agentes comunitários de saúde de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Santa Maria. A análise do material foi realizada através da análise de conteúdo. Os resultados apontam para a realização de uma escuta de fato qualificada pelos participantes da pesquisa, com a incorporação das recomendações e atributos propostos pela literatura. Ademais, os participantes referem perceber efeitos nos usuários após a realização da escuta, e apontam casos gratificantes quando a escuta foi utilizada como intervenção. Esteve presente, além disso, uma preocupação com o fenômeno da medicalização do sofrimento, onde a escuta e outras intervenções consideradas leves foram indicadas como uma estratégia para fazer frente ao fenômeno. Além disso, a relação de proximidade presente entre usuários e agentes comunitários de saúde foi abordada com ambiguidade pelos participantes, e foram apontadas suas potencialidades e fragilidades na intervenção e escuta destes profissionais. Os participantes referem, ainda, dificuldades diante do tema do luto, dadas tanto pela relação de proximidade com os usuários, quanto pelas dúvidas na abordagem do assunto com os mesmos. A intervenção, ainda, diante das situações que envolviam risco de suicídio, sintomas psicóticos e atenção à crise parecem gerar desconforto, medo e insegurança nos profissionais entrevistados. Contudo, destaca-se que os agentes comunitários de saúde têm utilizado o recurso da escuta como possibilidade de cuidado diante desses casos. Por fim, a questão do isolamento social e da solidão experimentada pelos usuários foi apontada como um tema sob o qual os profissionais consideram difícil intervir e escutar, embora busquem utilizar algumas estratégias para fazer frente ao fenômeno. Salienta-se, por fim, a necessidade dos agentes comunitários de saúde disporem de ferramentas e dispositivos que os instrumentalizem e fortaleçam para a realização de uma escuta qualificada, a exemplo do apoio matricial, do trabalho em equipe, da formação continuada e de uma rede bem estruturada de atenção em saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Estratégia Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde

ABSTRACT

THE QUALIFIED LISTENING AS A TOOL FOR MENTAL HEALTH IN PRIMARY HEALTHCARE

AUTHOR: Rafaela Quintana Marchesan

ADVISOR: Ph.D. Dorian Mônica Arpini

This project aimed to comprehend the perception of community healthcare agents towards the listening mechanism, in the work with mental health demands. Therefore, it was aimed to understand, by the professionals' point of view, which resources and conditions are important to perform a qualified listening; to identify ease and/or difficulties found by professionals when using listening in situations that involve psychological suffering; to comprehend the mobilised feelings when the professional performs the listening involving psychological suffering and, finally, to identify if professionals recognize results/effects on healthcare users throughout the opening for listening. As for the methodology, the project followed a clinical-qualitative approach and data collection occurred through a semi-directed interview of open-ended questions. There were interviewed eight community healthcare agents of a Family Health Strategy from Santa Maria. Data analysis was performed through content analysis. Results pointed out to the performance of a qualified listening, indeed, by research participants, with the integration of recommendations and attributes proposed by the literature. Besides that, participants affirmed that had perceived effects on healthcare users after the performance of the listening, and pointed out pleasing case reports when listening was applied as an intervention. Moreover, it was presented a concern with the phenomenon of suffering medicalisation, in which listening and other interventions that are considered soft were indicated as strategies in face of such phenomenon. Furthermore, the relation of proximity perceived between healthcare users and community healthcare agents was approached with ambiguity by participants, and there were pointed out its potentials and fragilities on the interventions and listening of these professionals. Participants mentioned difficulties with the topic of grief, as because of the relation of proximity with healthcare users, as due to doubts regarding the ways of approaching the subject with those users. Moreover, the intervention, in face of situations that involved risk of suicide, psychotic symptoms and crisis attention seem to have raised discomfort, fear and insecurity in the professionals who were interviewed. Nevertheless, it stands out that community healthcare agents have been using the resource of listening as a possibility of healthcare in face of such situations. Finally, the topic of social isolation and loneliness experienced by healthcare users was pointed out as an issue which professionals tend to consider hard to intervene and to listen to, although they aim to use some strategies to confront such phenomenon. Lastly, it is emphasized the necessity of community healthcare agents to possess tools and mechanisms to strengthen them in order to perform a qualified listening, such as the example of matrix support, of teamwork, of continuing education and of a well structured mental health network.

Keywords: Mental Health; Family Health Strategy; Community Healthcare Agents.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	05
1 INTRODUÇÃO	06
2 REVISÃO TEÓRICA	08
2.1 A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	08
2.2 A ESCUTA QUALIFICADA COMO DISPOSITIVO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	13
3 METODOLOGIA	20
3.1 PERSPECTIVA EPISTEMOLÓGICA.....	20
3.2 MÉTODO.....	21
3.2.1 Local.....	21
3.2.2 Participantes.....	23
3.2.3 Instrumento de coleta de dados.....	24
3.2.4 Análise dos dados.....	26
3.2.5 Aspectos éticos.....	28
4 ARTIGO 1: ESCUTA QUALIFICADA: VALORES, POTENCIALIDADES E DESAFIOS NA RELAÇÃO ENTRE USUÁRIOS E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	30
5 ARTIGO 2: TEMAS COMPLEXOS NA ESCUTA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	79
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	112
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	117
ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	120
APÊNDICE A – REGISTRO DE SORTEIO DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA	122
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA DE QUESTÕES ABERTAS	124

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho compõe a dissertação de mestrado intitulada “A escuta qualificada como dispositivo no cuidado em saúde mental na atenção básica”. Como formato de sua apresentação, optou-se pela organização de dois artigos, o que é permitido de acordo com o Manual de Estrutura e Apresentação de Monografias, Dissertações e Teses (MDT) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2015). Além disso, a organização da dissertação neste formato vai ao encontro de um dos objetivos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP), a saber, o estímulo à produção científica dos pesquisadores docentes e discentes nele inseridos, a fim de atingir um nível maior de excelência.

Com base nisso, esta dissertação foi organizada em seis capítulos. O primeiro capítulo consiste em uma breve introdução e contextualização acerca do tema investigado, bem como das motivações da pesquisadora para a escolha deste tema de pesquisa. O segundo capítulo, por sua vez, aborda os aspectos teóricos envolvidos no estudo, os quais embasaram a construção dos artigos, principalmente a introdução dos mesmos. Este capítulo foi estruturado em duas sessões. A primeira sessão demonstra como o cuidado em saúde mental passou a ser uma das atribuições da atenção básica, recapitulando o movimento da Reforma Psiquiátrica e elucidando o novo modelo de atenção à saúde mental, que privilegia o cuidado desinstitucionalizado nos três níveis de atenção à saúde. Já a segunda sessão dá ênfase ao dispositivo da escuta e apresenta recomendações da literatura que podem embasar sua utilização.

No terceiro capítulo, são apresentados os aspectos metodológicos da pesquisa, tais como: perspectiva epistemológica, método, instrumento de coleta de dados, participantes, análise dos dados e aspectos éticos. Os dois capítulos seguintes, sob o formato de artigos, trazem os resultados da pesquisa e a discussão destes. O primeiro artigo construído teve por objetivo apresentar a percepção dos agentes comunitários de saúde entrevistados a respeito do dispositivo da escuta. O segundo artigo, por sua vez, ocupa-se dos temas e situações diante das quais os agentes comunitários de saúde referiram maior dificuldade no processo de escuta. Por fim, o último capítulo apresenta as considerações finais deste estudo e retoma as questões trabalhadas ao longo dele.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo teve a finalidade de compreender a percepção de agentes comunitários de saúde a respeito do dispositivo da escuta, no trabalho com as demandas de saúde mental¹. Inicialmente, é necessário entender o movimento que possibilitou e instituiu a saúde mental como uma das questões a serem consideradas pelas equipes de atenção primária à saúde, e quais intervenções em saúde mental são esperadas nesse nível de atenção, lançando-se o olhar, especialmente, para o dispositivo da escuta.

O cuidado em saúde a partir do território e de dispositivos extra-hospitalares ganha força a partir dos movimentos conhecidos como Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, buscando-se uma atenção mais integral aos sujeitos e com menos enfoque na doença (FERRER, 2012). Com relação à saúde mental, mais precisamente, a Reforma Psiquiátrica impulsiona a substituição de um modelo de intervenção centrado no hospital psiquiátrico, na segregação e na doença (AMARANTE, 1995) para, em seu lugar, consolidar o modelo de atenção psicossocial, que volta-se para o sujeito em sofrimento psíquico, sua reabilitação psicossocial e reinserção na sociedade (CAMATTA et al., 2011), avançando na construção de uma diversidade de dispositivos territoriais de atenção e cuidado (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

O território emerge, assim, como local privilegiado do cuidado em saúde mental, e entende-se que as ações de reabilitação psicossocial precisam estar em todos os níveis de atenção, inclusive na atenção básica à saúde, que configura porta de entrada para inúmeras questões de saúde (BRASIL, 2013). Da forma como está estruturada hoje, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) compreende os seguintes recursos terapêuticos alternativos aos manicômios: atendimentos prestados pelas equipes de saúde da atenção básica; Ambulatórios de Saúde Mental; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviços de Residência Terapêutica (SRTs); Programa de Volta para Casa; leitos psiquiátricos em hospitais gerais e, por fim, os serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2004, 2011, 2013).

Com relação à abordagem dos pacientes com sofrimento psíquico na atenção básica, não há mais dúvida de que os profissionais podem exercer algum grau de cuidado, referenciando aos serviços de saúde mental quando necessário. Dentre as intervenções que

¹ Neste trabalho, o termo “saúde mental” engloba as situações de sofrimento psíquico no geral, não se restringindo somente aos casos graves, que geralmente estão associados ao termo “saúde mental”.

podem ser utilizadas em prol da saúde mental e que estão previstas para o nível de atenção primária, encontram-se a realização de grupos operativos e psicoterápicos; ações de educação em saúde envolvendo o sofrimento psíquico; abordagem familiar; acolhimento; escuta; diagnóstico precoce, seguimento à longo prazo e reabilitação psicossocial; acompanhamento do uso de psicofármacos, entre outras (BRASIL, 2013, 2012a; CHIAVERINI et al., 2011; MORÉ; RIBEIRO, 2010).

Entretanto, apesar da nova política de atenção à saúde mental apontar para o cuidado a partir do território e em todos os níveis de atenção, através da vivência enquanto residente em saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) percebeu-se o quanto é difícil encontrarem-se alternativas de cuidado para as pessoas que buscam acolhimento no CAPS. Estas dificuldades eram vivenciadas, principalmente, no tocante a casos leves e moderados, os quais não se enquadravam nos casos atendidos pelo serviço.

Isto ocorre, em parte, porque o redirecionamento provocado pela Reforma Psiquiátrica na assistência em saúde mental centralizou-se nos usuários com transtornos mentais graves e persistentes, para os quais existe uma política de saúde mental eficaz em andamento, a exemplo da criação de equipamentos substitutivos como os CAPS, serviços residenciais terapêuticos e programas como o “De volta para casa”. Entretanto, a assistência aos transtornos mentais menos graves e mais prevalentes ficou em segundo plano, com a ausência de uma política mais efetiva e a necessidade de se consolidar uma rede de assistência competente para esse público (ONOCKO CAMPOS; GAMA, 2008). Tal constatação, torna ainda mais evidente a necessidade de se pensar no cuidado em saúde mental a partir da atenção básica.

Além disso, no que diz respeito aos casos mais graves, o apoio da rede básica também é fundamental, na medida em que pode exercer um importante papel no diagnóstico precoce, no início rápido do tratamento, na manutenção do tratamento medicamentoso dos quadros estáveis e na reabilitação psicossocial para os quadros mais graves. Isto, tendo em vista que a socialização, o trabalho e o estabelecimento de novas relações, por exemplo, são ações que dependem da inserção no território, de forma que a atenção básica tem muito a contribuir nesses casos (BRASIL, 2013).

A partir também da experiência enquanto residente em saúde mental, vivenciou-se a prática de Apoio Matricial a uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde percebeu-se o quanto as demandas de saúde mental angustiavam os profissionais da atenção básica, os quais desejavam encaminhar grande parte dos usuários que chegavam com algum tipo de

sofrimento. Por outro lado, pôde-se perceber que esses profissionais, mesmo sem nomearem desta forma, realizavam em seu cotidiano de trabalho práticas de cuidado em saúde mental, a exemplo de visitas domiciliares com uma escuta atenta, passeios com a comunidade, grupo de atividade física, grupo de sala de espera, entre outros. Trata-se, assim, de se fortalecer esse cuidado que já é oferecido e de ampliar a capacidade interventiva dessas equipes.

A psicologia, por sua vez, enquanto uma das profissões que se consolidou fortemente na área da saúde mental, a partir da Reforma Psiquiátrica, muito tem a contribuir no apoio e suporte para que os profissionais da atenção básica aumentem sua capacidade interventiva em saúde mental, auxiliando essas equipes a construírem intervenções que sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde (BRASIL, 2013). Além disso, o dispositivo da escuta aprofundado neste trabalho, e que pode ser desenvolvido pelos diversos profissionais, é uma ferramenta que pode encontrar na psicologia apoio para a sua consolidação, uma vez que a escuta consiste no dispositivo por excelência deste núcleo profissional. Acredita-se, assim, que a psicologia tem muito a contribuir no estabelecimento de norteadores e contornos para a configuração de uma escuta que seja de fato qualificada, auxiliando no entendimento do potencial desta tecnologia de intervenção.

A partir de uma revisão da literatura sobre o dispositivo da escuta, foram encontrados materiais provenientes de três fontes principais, a saber, manuais do Ministério da Saúde; textos da área da psicologia/psicanálise e, por fim, materiais produzidos por outros núcleos profissionais da saúde (enfermagem e fisioterapia). Grande parte dos referenciais a respeito da escuta são provenientes da psicologia/psicanálise; entretanto, as orientações contidas nesses referenciais se ocupam da escuta privativa desses núcleos, sendo raros os materiais produzidos pela psicologia que se proponham a embasar uma escuta qualificada de outros núcleos profissionais. Além disso, os referenciais provenientes das demais fontes (Ministério da Saúde; enfermagem e fisioterapia) carecem de um aprofundamento sobre o que se produz em uma escuta, aprofundamento este que pode ser dado pela psicologia, e que consiste no propósito deste estudo.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A partir da reorientação do modelo de atenção à saúde, a atenção básica tem assumido, cada vez mais, a responsabilidade por grande parte das demandas de saúde, caracterizando-se como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Baseado em documentos que situam os princípios, diretrizes, funções e responsabilidades da atenção básica, sabe-se que compete a ela uma gama de atribuições com vistas a oferecer atenção integral à saúde, das quais: ações de promoção e proteção à saúde; prevenção de agravos; diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças; redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2012b, 2013).

Este nível de atenção à saúde orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Desenvolve-se, além disso, com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, o que contribui para o entendimento do sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural (BRASIL, 2013).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2012b), a infraestrutura da atenção básica é composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS); Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Estratégias de Saúde da Família (ESF); Equipes de Consultório na Rua; Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR); Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF); Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e pelo Programa Saúde na Escola (PSE). Para o propósito deste trabalho, será empreendido um detalhamento maior acerca da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégias de Saúde da Família, que remetem, respectivamente, aos participantes e ao local onde será realizada a pesquisa.

O Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente estruturado como Estratégia de Saúde da Família, foi proposto em 1994 pelo Ministério da Saúde visando a reorganização, expansão e qualificação da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde - universalidade de acesso, integralidade da assistência, descentralização político-administrativa e participação da comunidade (BRASIL, 2012b; SUNDFELD, 2010). A Estratégia de Saúde da Família é entendida como:

um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico,

cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p. 804).

Dentre as condições necessárias à Estratégia de Saúde da Família inclui-se a existência de equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família/Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pode-se acrescentar a esta composição, ainda, os profissionais de saúde bucal, a saber, cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal. Além disso, cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição e o grau de vulnerabilidade das famílias do território (BRASIL, 2012b).

Quanto aos agentes comunitários de saúde devem ser em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas para cada agente e de 12 agentes por Equipe de Saúde da Família. A implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde foi prevista como uma possibilidade para a reorganização inicial da atenção básica, com vistas à implantação gradual da Estratégia Saúde da Família. A implantação desta estratégia está condicionada à existência de um enfermeiro supervisor para até, no máximo, doze agentes comunitários de saúde e, no mínimo, quatro, constituindo, assim, uma equipe de agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012b).

A condição, ainda, de que residam na área de abrangência do serviço de saúde, faz com que os agentes comunitários de saúde participem do cotidiano daquela comunidade e compartilhem dos problemas e dificuldades por ela enfrentados quanto à saúde, educação, habitação, transporte, etc. Esta condição facilita a entrada destes profissionais nos domicílios e seu papel de mediador entre os serviços de saúde e a comunidade. Com isso, é através, principalmente, das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde que a Estratégia de Saúde da Família insere-se na comunidade (SUNDFELD, 2010). São atribuições do agente comunitário de saúde, conforme a Política Nacional de Atenção Básica, desenvolver ações educativas, de prevenção de doenças e agravos, de promoção à saúde e de acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, devendo promover o vínculo destas com a unidade de saúde e orientá-las quanto à utilização dos serviços disponíveis (BRASIL, 2012b).

Para cumprir com sua função, este nível de atenção à saúde se utiliza de tecnologias leves, potencialmente resolutivas, podendo acionar, quando necessário, outros níveis de

complexidade tecnológica, necessários à resolução dos problemas (AQUINO et al., 2005). Conforme Merhy e Feuerwerker (2009), as tecnologias de cuidado em saúde podem ser classificadas em três modalidades, quais sejam, leves, leve-duras e duras. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante a análise de todo o processo produtivo, até o produto final.

As tecnologias leves configuram-se como tecnologias relacionais, ou seja, são ferramentas que se utilizam da relação para operarem, a exemplo da escuta e do acolhimento. Possibilitam, com maior êxito, captar a singularidade, o contexto sociocultural e os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, processos que só se realizam em ato e nas interações entre profissional e usuário. É neste ponto, além disso, que o usuário tem maiores possibilidades de imprimir sua marca e de afetar os trabalhadores de saúde. As tecnologias leve-duras, por sua vez, são aquelas dos saberes estruturados, tais como as teorias, enquanto as duras são aquelas que se utilizam dos recursos materiais para operarem (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

No que se refere a inclusão do cuidado em saúde mental na atenção básica, este é resultado das transformações sofridas também no modelo de atenção em saúde mental, operadas pelo movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica. A partir deste novo modelo, investiu-se em uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, de base territorial, pois entende-se que o serviço precisa estar perto do usuário e de sua rede de relações (AQUINO et al., 2005; BRASIL, 2004).

A portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial enquanto o conjunto de serviços que devem prestar atenção à saúde mental, estabelece que compõem a referida Rede os seguintes componentes, articulados entre si: a) atenção básica à saúde; b) atenção psicossocial especializada; c) atenção residencial de caráter transitório; d) estratégias de desinstitucionalização; e) reabilitação psicossocial. Outros referenciais incluem, ainda, a atenção hospitalar e os serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2004, 2013).

Dessa forma, a atenção básica está incluída no rol de serviços que devem prestar atenção à saúde mental, através da incorporação de tecnologias de intervenção mais apropriadas, como acolhimento e escuta qualificada (BRASIL, 2013). Além disso, a Estratégia de Saúde da Família tem sido apontada com grande potencial para a realização das ações de saúde mental, já que sua operacionalização se dá não a partir das instituições, mas a partir do território, ou seja, do lugar onde se desenvolve a vida cotidiana das pessoas. Permite,

assim, uma proximidade maior entre a equipe de saúde e os usuários, viabilizando o estabelecimento do vínculo e da responsabilização (AQUINO et al., 2005).

No entanto, apesar do cuidado em saúde mental na atenção básica ser bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa, a realização de práticas de saúde mental suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios nesses profissionais de saúde (BRASIL, 2013). Tendo isso em vista, é necessário que essas equipes sintam-se apoiadas e integradas com os serviços e equipes de saúde mental, a fim de assegurar a qualidade da assistência prestada e a eficácia dos casos atendidos, o que pode ser viabilizado através da ferramenta do apoio matricial em saúde mental (FERRER, 2012).

Este dispositivo, consiste no apoio, supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizados por profissionais de saúde mental para equipes da atenção básica, ampliando a capacidade interventiva dessas equipes. Assim, o trabalho de apoio matricial pressupõe a existência de uma equipe ou profissional de referência, que se responsabiliza pela condução do caso, e dos especialistas, que possuem um núcleo de conhecimento e são responsáveis por oferecer o suporte necessário para a equipe de referência dos casos (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Outro arranjo a ser acionado no trabalho com as demandas de sofrimento psíquico consiste no Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF), dispositivo criado para ampliar as ações da atenção básica em sua abrangência e resolutividade e que também funciona na perspectiva do apoio matricial. O NASF reúne profissionais de diversas áreas do conhecimento que atuam de forma integrada com as equipes de saúde da família, de modo que sua composição é definida pelos gestores municipais e varia de acordo com as necessidades do território. Embora o matriciamento ofertado pelo NASF não seja específico em saúde mental, o núcleo da psicologia, quando presente, pode ser acionado nesse sentido (SUNDFELD, 2010). Além disso, outras estratégias são apontadas para fortalecer a atenção à saúde mental pelas equipes de atenção básica, a exemplo da inclusão da saúde mental na formação dessas equipes e das ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental empreendidas pela atenção básica (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Salienta-se, entretanto, que não se pretende, com essa discussão, que toda e qualquer demanda de saúde mental se esgote na atenção básica, mas que se amplie a capacidade resolutiva dessas equipes frente à essas demandas. No dizer de Ferrer (2012), os profissionais da atenção básica deparam-se, cotidianamente, com usuários que chegam ao serviço com problemas de diversas ordens (físicos, psicológicos, econômico-sociais), os quais muitas

vezes coexistem com outras comorbidades como depressão, ansiedade, somatização e abuso de substâncias. Existem, ainda, situações de vulnerabilidade que exigem intervenção urgente das equipes e, ainda, aspectos subjetivos ligados às doenças clínicas, que podem exigir uma escuta mais ampliada por parte da equipe. Todas essas questões apontam para o fato de que a saúde mental não está dissociada da saúde geral, estando o sofrimento psíquico presente em diversas queixas relatadas por quem procura este nível de atenção à saúde (FERRER, 2012; AOSANI; NUNES, 2013; BRASIL, 2003). Cabe aos profissionais, dessa forma, perceber e intervir sobre essas questões, considerando que as soluções para os problemas de saúde que ocorrem em um dado momento e local precisam ser pensadas a partir deste momento e deste local (BRASIL, 2013).

2.2 A ESCUTA QUALIFICADA COMO DISPOSITIVO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A palavra escutar, originada do latim “auscultare”, remete ao método da escuta médica, a auscultação, que significa a escuta dos barulhos internos do sujeito, ou ainda, aplicar o ouvido com atenção para perceber ou ouvir. Assim, escutar é dar ouvidos à alguma coisa, ou ainda, àquilo que se enuncia apenas veladamente, e que somente um ouvido atento e experiente na arte da escuta pode acolher (FERNANDES, 2003).

Em alguns referenciais, escutar e ouvir podem ser facilmente encontrados como sinônimos. Neste estudo, entretanto, a escuta é entendida como uma atitude ativa, que exprime esforço para compreender a significação do que é dito, incluindo continuadas identificações ou tentativas de identificações com a pessoa e com sua situação, ou seja, envolve um comprometer-se com o outro e com o que é dito (SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003). O que se escuta pode, assim, se tornar conhecimento, na medida em que se apreende seu conteúdo e este é inserido em um sistema de relações (NEVES, 2007). Ouvir, por sua vez, diz respeito à constatação de algo através de nosso aparato auditivo, de modo que nem sempre que se ouve, se escuta (SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003). Escutar não é, deste modo, um simples exercício de um dos nossos cinco sentidos, pois a escuta abrange todos os sentidos e todas as formas de aquisição do conhecimento, pois podemos dizer que escutamos o que vemos, sentimos ou intuímos (NEVES, 2007).

A escuta é uma ação que permeia não só o fazer do psicólogo/psicanalista, mas também grande parte das atividades dos profissionais de saúde, seja na oferta de um tempo

específico para a realização de uma escuta, seja na realização de outras intervenções que tenham a escuta como subjacente. Assim, guardadas as especificidades da intervenção no campo da psicologia e da psicanálise, a escuta a ser desempenhada pelos mais diversos núcleos profissionais, também pode encontrar subsídios na psicologia/psicanálise, no estabelecimento de norteadores para a realização de uma escuta que seja de fato qualificada, sem se constituir, entretanto, em uma atividade “interpretativa”, inerente à clínica psicanalítica (BROIDE, 2016). Pretende-se esboçar, na sequência, alguns atributos desejáveis para a utilização desse dispositivo na atenção básica, e que estejam acessíveis a qualquer profissional de saúde, independentemente de sua formação.

Nas palavras de Figueiredo (2007), a teoria e a clínica psicanalítica podem embasar o desenvolvimento de uma concepção geral de cuidado que possa ser compreendida e operada por agentes cuidadores em geral, para além dos próprios psicanalistas. Para esse autor, todas as práticas de cuidado tem como finalidade propiciar ao indivíduo uma possibilidade de “fazer sentido”, ou seja, estabelecer ligações, dar forma, sequência e inteligibilidade aos acontecimentos de sua vida. Este “fazer sentido” se dá e é requerido em oposição às falhas, excessos e faltas traumáticas que a vida de cada um comporta, tendo em vista que a existência humana não se dá em perfeita harmonia e estabilidade.

A escuta, igualmente, tem sido amplamente apontada pela literatura enquanto um dispositivo potencial de produção de sentido (SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003; LIMA, 2012; BRASIL, 2013; TORRES; SANDOVAL, 2003; MACEDO; FALCÃO, 2005). Consiste, assim, em uma primeira ferramenta a ser utilizada pelo profissional de saúde para que o usuário possa contar e escutar o seu sofrimento de outra perspectiva, o que só é possível quando alguém se coloca como interlocutor e apresenta sua disponibilidade e atenção para escutar o que ele tem a dizer. Por vezes, o usuário não se dá conta da relação de seus conflitos e seus sofrimentos com aquilo que ele fala, pensa ou faz. Este “exercício” de narrar seus sofrimentos, e de ter a possibilidade de escutar a si mesmo enquanto narra, além de ser escutado por um profissional de saúde atento, por si só, já pode criar para o usuário outras possibilidades de olhar para a forma como se movimenta na vida e suas escolhas, além de também ofertar diferentes formas de perceber e dar significado aos seus sofrimentos (BRASIL, 2013). Assim, a escuta é um dispositivo que possibilita a minimização da angústia pela produção de sentidos e pela própria escuta de si, o que só acontece quando alguém nos convida a falar e se põe a escutar (LIMA, 2012).

Nesta perspectiva de produção de sentido, é importante pontuar o que Zimerman (1997) chama de “função de pensar” do terapeuta, ou seja, a função de auxiliar o paciente a pensar suas ideias, sentimentos e as posições por ele verbalizadas. Nas palavras do autor, para além de simplesmente descarregar seus pensamentos e emoções, é importante que o indivíduo possa pensar suas experiências emocionais, estabelecendo confrontos, correlações e assumindo escolhas e responsabilidades, o que pode ser facilitado por quem o escuta atentamente.

Outra função essencial que Figueiredo (2007) aponta para quem se coloca como agente de cuidados, independente de uma formação em psicanálise, é a chamada função *continente*, original de Bion. Este termo, de etimologia latina (*continere* = conter), remete originalmente a capacidade que uma mãe deve possuir para poder acolher e reter, durante algum tempo, as angústias e necessidades de seu filho, ao mesmo tempo que vai compreendendo, decodificando, emprestando um sentido e, especialmente, atribuindo um nome às experiências emocionais, para só então devolvê-las a criança na dose e no ritmo adequados às capacidades desta (ZIMERMAN, 1997). Assim, espera-se que a mãe, a partir de uma identificação com o filho, vá colocando palavras nas sensações do bebê, de forma que ao ter essa sensação novamente, o bebê comece a reconhecê-la a partir desta palavra (WINNICOTT, 1958/2000; BROIDE, 2016).

Conforme Bion (1970 apud ZIMERMAN, 1997), em qualquer indivíduo há um “conteúdo”, representado pelo seu contingente de necessidades, angústias, desejos, emoções, ansiedades, defesas, etc., que, portanto, necessita de um “continente” que possa conter o referido conteúdo. Assim, à maneira que a mãe desempenha tal função para o filho, também os profissionais de saúde podem, a partir de uma abertura à escuta, desempenhar tal função para os usuários, entendida como uma condição de disponibilidade para receber/acolher esse “conteúdo” que está à espera de ser contido e significado (ZIMERMAN, 2007).

Zimerman (2007), dedica-se à análise e a novas contribuições acerca desse fenômeno, e suas observações merecem atenção no processo de escuta. Inicialmente, chama a atenção para uma diferenciação entre *continente* e *recipiente*, qualificando a função continente como um processo ativo, no qual o profissional participa intensamente, acolhendo, contendo, significando, nomeando e devolvendo de forma “desintoxicada” tudo aquilo que nele foi projetado, com a sensibilidade para perceber as condições que o paciente possui para absorvê-las. Recipiente, por sua vez, significa um processo passivo, no qual o profissional somente recebe a descarga de tudo aquilo que o paciente não suporta em si próprio, de forma que ele

sai da sessão com uma sensação de alívio (temporário) enquanto o profissional sente-se pesado, fatigado e confuso.

É necessário deixar claro, entretanto, que toda mãe, assim como todo profissional, tem o seu limite máximo de continência, de tal forma que não é adequado idealizar demais esta função tão fundamental, visto que ela tem inevitáveis limitações. Sabe-se, por exemplo, que alguns profissionais podem conter, suficientemente bem, sentimentos depressivos, ao passo que não conseguem acolher, por exemplo, manifestações psicóticas, perversas ou somatizadoras. Neste sentido, é desejável que cada profissional possua um autoconhecimento satisfatório, de modo a respeitar as suas próprias limitações e reconhecer os seus alcances, a fim de que não signifique negativamente as experiências trazidas pelo usuário (ZIMERMAN, 1997, 2007).

Outro conceito importante a ser trazido para a escuta refere-se à noção de “auto-continência” (ZIMERMAN, 2007) e/ou “capacidade negativa” do profissional (BION, 1970 apud ZIMERMAN, 2007). Geralmente, considera-se “contínente” como sendo unicamente a capacidade de o profissional (ou a mãe) conter o que vem do outro. Entretanto, é fundamental que ele próprio tenha a capacidade de conter as suas próprias angústias que, inevitavelmente, surgem em alguma forma ou grau, de modo que elas não invadam todo o espaço da sua mente ou, em outras palavras, lhe impeçam de escutar. O conceito de capacidade negativa do profissional caminha nesta mesma direção, e alude à capacidade de o profissional poder conter, dentro de si próprio, sentimentos contratransferenciais difíceis, assim considerados “negativos” como, por exemplo, sentimentos de ódio, medo, sensação de impotência, confusão, ânsia de compreensão, etc., os quais precisam ser reconhecidos para que possam ser contidos e administrados (ZIMERMAN, 1997, 2007; SOUZA; CAMPOS, 2014).

Cabe aqui, um esclarecimento acerca dos conceitos de transferência e contratransferência, tal como concebidos pela psicanálise, e que se presentificam na relação profissional-usuário no processo de escuta. O conceito de transferência passou por diversas modificações ao longo da teoria psicanalítica. Em uma definição trazida por Laplanche e Pontalis (2001), é entendida como “uma repetição de protótipos infantis vivida com um sentimento de atualidade acentuada” (p.514).

Assim, na concepção freudiana, quando um profissional trata seu paciente surge um fenômeno curioso denominado transferência, de modo que a pessoa dirige a quem dela trata uma série de sentimentos mistos, não necessariamente justificados nas relações reais e que, pelas suas peculiaridades, devem resultar de antigas fantasias inconscientes e das relações

com figuras pessoais de sua infância. Esse fenômeno surge espontaneamente em todas as relações humanas não sendo, desta forma, a situação analítica que a faz existir (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Bleger (1998) oferece-nos a seguinte compreensão do fenômeno da transferência, entendendo-a como “atualização de sentimentos, atitudes e condutas inconscientes, por parte do entrevistado, que correspondem a modelos que este estabeleceu no curso do seu desenvolvimento, especialmente na relação interpessoal com seu meio familiar” (p. 21). Pode-se distinguir a transferência negativa da positiva, “porém ambas coexistem sempre, embora com um predomínio relativo, estável ou alternante, de uma das duas” (p. 21-22).

O autor pontua, ainda, que a observação dos fenômenos transferenciais “coloca-nos em contato com aspectos da conduta e da personalidade do entrevistado que não se incluem entre os elementos que ele pode referir ou trazer voluntária ou conscientemente, mas que acrescentam uma dimensão importante ao conhecimento da estrutura de sua personalidade e ao caráter de seus conflitos” (BLEGER, 1998, p. 22). Para Broide (2016), o entendimento do conceito de transferência, por profissionais das mais diversas áreas, é requisito importante para uma escuta qualificada, para que os profissionais possam compreender que, quando o usuário fala, não fala *para ele* (profissional), mas sim, a partir de sua história de vida.

No que se refere ao conceito de contratransferência, este ocupou menos destaque na teoria freudiana, embora sua compreensão seja indispensável no processo de escuta. Por contratransferência entende-se, segundo Laplanche e Pontalis (2001), o “conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, à transferência deste” (p. 102), ou seja, são as reações que o paciente provoca no profissional, e que estão extremamente relacionadas à história pessoal deste último (BLEGER, 1998).

Assim, tal como postulado por Freud, nenhum profissional vai além do que os seus próprios complexos e resistências internas lhe permitem, o que implica na necessidade do profissional se submeter a uma análise pessoal, a fim de que possa reduzir as manifestações contratransferenciais (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). O cuidado com a escuta de si mesmo, deste modo, aparece como condição necessária para a possibilidade de se exercer uma escuta adequada em relação ao outro (MACEDO; FALCÃO, 2005).

Outra condição amplamente apontada pela literatura refere-se à necessidade do profissional se abster dos seus próprios valores e expectativas enquanto escuta, sem fazer apreciações morais, pois, ao contrário, deve-se propiciar um alargamento das possibilidades de compreensão para o sujeito (ZIMERMAN, 1997, 2007; SOUZA; PEREIRA;

KANTORSKI, 2003; TORRES; SANDOVAL, 2003). Assim, faz-se importante escutá-lo sem que essa escuta possa estar atravessada por julgamentos e pelas referências pessoais do profissional (VELASCO; RIVAS; GUAZINA, 2012), ou ainda, uma escuta surda e atravessada por elementos que representam o seu próprio universo, como refere Rosa (2007).

Neste processo, o conceito de empatia trazido por Kohut (1984 apud NEVES, 2007), faz todo o sentido, na medida em que é entendido como um intenso interesse em conhecer o outro a despeito das convicções e saberes do profissional, indiferentemente do que ele gosta, aceita ou admite do que escuta, é estar o mais próximo possível de como o usuário vive a sua experiência. É, pois, através de uma escuta contextualizada e que reconhece o outro na sua alteridade e no que ele tem de mais próprio, que se conhece mais acerca dos recursos e alcances da pessoa que está sob cuidados (VELASCO; RIVAS; GUAZINA, 2012; MORÉ; MACEDO, 2006; FIGUEIREDO, 2007).

Para Figueiredo (2007), o cuidado possui uma importante função de reconhecimento, pois muitas vezes, cuidar é, basicamente, ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto dos cuidados no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho, aspecto que deve ser trazido para a escuta. Ao sentir-se escutado, o usuário vive uma experiência de validação da sua existência, seu sofrimento/demanda encontra um lugar e um status de legitimidade (NEVES, 2007).

Também Broide e Broide (2012) sinalizam a importância de uma ética na escuta dos sujeitos, e referem que a psicanálise tem muito a contribuir com a sustentação e transmissão desta ética aos profissionais em geral das áreas da saúde e assistência social. Ética esta, que pressupõe não a tutela, a normatização e a obediência ao procedimento burocrático do atendimento, mas a análise e escuta atenta do sujeito em seu sofrimento e/ou sintoma. Para que isso ocorra, é necessário que o profissional sustente, diante do usuário, uma “atitude de escuta”. Para exemplificar esse aspecto, o autor salienta a diferença que existe na atitude de um profissional que conduz um atendimento da seguinte forma “*Dona Maria, tudo bem? Vamos fazer o cadastro?*”, em relação a esta outra atitude “*E então Dona Maria, como vão as coisas?*”, sinalizando que nesta última estaria posta uma atitude de escuta, ou seja, uma abertura para que o outro fale. A partir do momento em que há uma atitude de escuta, diz Broide (2016), as pessoas falam, e falam verdadeiramente sobre suas vidas.

Broide (2016), fazendo referência à Lacan, refere, assim, que os obstáculos estariam do lado do profissional, visto que não é a pessoa que não fala, mas o profissional que não suporta escutar. Isto, posto que uma atitude de escuta implica no contato com questões

difíceis, como a morte, o desamparo, a violência, o desespero (BROIDE, 2016). Também aqui a análise de Lancetti (2000) se faz pertinente, na medida em que refere que o vínculo formado com os usuários e famílias impõe a necessidade de lidar com o sofrimento humano, sendo este um processo para o qual os técnicos, muitas vezes, não se sentem preparados. Aliás, entendem, muitas vezes, que a esfera “psíquica” está fora do seu espectro de atuação, devendo essa demanda ser destinada ao especialista, em geral, o psicólogo (RIBEIRO; CACCIA-BAVA; GUANAES-LORENZI, 2013).

Deste modo, a valorização da escuta qualificada pelos profissionais pressupõe, necessariamente, a capacitação contínua das equipes das áreas assistenciais e da saúde que trabalham com situações de sofrimento e vulnerabilidade, bem como a criação de espaços de compartilhamento das situações vividas e atendidas cotidianamente (BROIDE; BROIDE, 2012; MESQUITA; CARVALHO, 2014). Isto, tendo em vista que o profissional também tem a necessidade de ser escutado para que consiga visualizar sob outras perspectivas as emoções que o encontro com um usuário lhe suscitou, pois a dificuldade de lidar emocionalmente com estes encontros pode acarretar distanciamento ou resistência ao trabalho com a saúde mental. Os matriciadores têm um papel importante nesse sentido, auxiliando a equipe a reconhecer as formas pelas quais os profissionais da atenção básica podem ser terapêuticos, a exemplo de proporcionar ao usuário um momento para pensar; escutar o que ele precisa dizer, de forma empática; acolher o paciente e suas queixas emocionais como legítimas e reconhecer os seus modelos de entendimento. É preciso que o profissional realize, ainda, o esforço de separar emocionalmente as suas vivências das vivências do usuário que acompanha (CHIAVERINI et al., 2011; BRASIL, 2013).

No campo da saúde, a medicalização é, por vezes, utilizada de forma indiscriminada, justamente porque parece faltar uma escuta adequada (SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003). Neste sentido, quando se pretende abordar a potencialidade da escuta qualificada é preciso problematizar a utilização da medicação psiquiátrica como recurso massivo no cuidado em saúde mental, pois entende-se que outros arranjos podem atuar satisfatoriamente nessas demandas (SOUZA, 2007). O reconhecimento do valor da escuta não exclui, certamente, o recurso a outros métodos adicionais como, por exemplo, a medicação psiquiátrica, especialmente em se tratando de pessoas em sofrimento psíquico grave (KEHL, 2009). Pode-se questionar, entretanto, se o que ocorre, muitas vezes, não seria uma antecipação da medicalização, por seus rápidos resultados (SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003).

No dizer de Sundfeld (2010), também na atenção básica, a solicitação de medicação para suprimir o desconforto faz parte da rotina de atendimento dos profissionais, através do desejo expresso pelos usuários em não sentir dor e anestesiarse com medicamentos, “num congelamento das sensações e afetos” (p. 1090). Diante disso, aponta-se para a importância de se problematizar junto aos profissionais, usuários e familiares esse recurso primeiro à medicalização, buscando-se alternativas, o que se torna possível, vale ressaltar, a partir de uma abertura à escuta (SUNDFELD, 2010; SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003).

3 METODOLOGIA

A conceitualização de metodologia empregada foi a proposta por Minayo (2002), e abrange tanto a perspectiva epistemológica que norteou a pesquisa, quanto a operacionalização que esta seguiu a partir do método escolhido.

3.1 PERSPECTIVA EPISTEMOLÓGICA

As diferentes perspectivas epistemológicas veiculam distintas visões de mundo e formas de interpretá-lo, o que implica em diferentes modos de entender a produção do conhecimento e a relação que se estabelece entre o pesquisador e seu objeto. Este estudo foi referenciado pela corrente denominada “sociologia compreensiva”, a qual sustenta que os fenômenos sociais estudados pelas ciências sociais e humanas possuem características próprias que os distinguem dos fenômenos naturais. Privilegia, assim, a compreensão e a inteligibilidade como propriedades específicas dos fenômenos sociais, de tal forma que os conceitos de significado e intencionalidade os caracterizam e diferenciam dos demais (MINAYO, 2014).

Neste sentido, os fenômenos sociais (ação humana) não são passíveis de objetivação, já que cada um deles tem sentido próprio, exigindo uma compreensão interpretativa específica. A realidade social, nesta cosmovisão, é entendida como uma construção social, e só pode ser apreendida na linguagem significativa da interação social, na medida em que a linguagem, as práticas e os acontecimentos são inseparáveis (MINAYO, 2014). Tendo essas considerações em vista, é por meio dos sentidos e significações trazidas pelos entrevistados que a pesquisadora buscou compreender o objeto de estudo, a saber, o dispositivo da escuta.

3.2 MÉTODO

A pesquisa em questão seguiu uma abordagem clínico-qualitativa, tal como proposta por Turato (2003). Esta abordagem consiste em um refinamento e particularização da abordagem qualitativa genérica, e busca interpretar os sentidos e as significações trazidas pelos indivíduos (de naturezas psicológicas e psicossociais) sobre fenômenos do campo da saúde-doença. Conforme Turato (2003), os sentidos e as significações dos fenômenos são o cerne das pesquisas qualitativas. A pesquisa clínico-qualitativa procura capturá-los e interpretá-los, *ouvindo e observando* os sujeitos da pesquisa.

O método clínico-qualitativo consiste, assim, em uma combinação das concepções epistemológicas dos métodos qualitativos elaboradas para pesquisas nas ciências sociais (compreensivo-interpretativos) com preocupações de cunho existencial, clínico e psicanalítico. Sustenta-se, deste modo, na tríade das atitudes existencialista-clínica-psicanalítica, que serão detalhadas a seguir. A *atitude existencialista* concebe o homem como portador de angústias e ansiedades que, deste modo, estão presentes tanto no pesquisador quanto no sujeito da pesquisa. No caso do pesquisador, entende-se que são esses elementos de motivação existencial que o impulsionam na atividade da pesquisa científica, ou seja, na escolha do tema de estudo, do método de investigação e na discussão que fará dos resultados obtidos, sendo imprescindível que ele tome consciência disso. Também o sujeito de pesquisa traz consigo angústias e necessidades, as quais devem ser acolhidas pelo pesquisador, através de uma atitude clínica deste. Uma *atitude clínica* significa, portanto, inclinar o olhar e a escuta para compreender existencialmente os sofrimentos que acometem o outro, em uma perspectiva de ajuda. Diferencia-se, vale lembrar, de uma *atividade clínica* situada dentro do que é chamado de atividades prestadoras de assistência (TURATO, 2003).

Por fim, a *atitude psicanalítica* que também sustenta o método clínico-qualitativo consiste no uso de concepções provenientes do campo psicanalítico visando uma coleta e análise dos dados mais rica. Assim, o pesquisador deve procurar criar um enquadramento da relação, considerar os fenômenos presentes na interação entrevistador-entrevistado (transferência e contratransferência), escutar a fala do sujeito e observar o global de sua linguagem durante a entrevista (TURATO, 2003).

3.2.1 Local

Inicialmente, definiu-se que o estudo seria realizado em Estratégias de Saúde da Família (ESF) da cidade de Santa Maria que estivessem recebendo apoio matricial em saúde mental, por acreditar-se que a oferta de matriciamento para essas equipes teria aproximado e estimulado o trabalho com as demandas de saúde mental nesses serviços. Com base nesse critério, verificou-se o número de ESF que estavam recebendo o referido apoio no município, as quais totalizaram seis unidades.

Ressalta-se que o município de Santa Maria está dividido em cinco regiões administrativas, contudo, somente em três dessas regiões haviam equipes de ESF recebendo matriciamento em saúde mental (região norte/nordeste; região sul/centro-oeste e região oeste). Assim, optou-se pela seleção de uma ESF por região da cidade, a fim de se aproximar de uma compreensão da realidade do município. Procedeu-se, deste modo, ao sorteio, de onde resultaram as três unidades que, a princípio, integrariam o estudo, a saber, ESF Santos, ESF Bela União e ESF São João (APÊNDICE A), as quais possuíam, respectivamente, oito, três e dois agentes comunitários de saúde na equipe.

Quando do início da coleta de dados, decidiu-se iniciar a realização das entrevistas pela ESF que possuía maior número de agentes comunitários de saúde, a ESF Santos (oito), onde todos os agentes comunitários de saúde que integravam a referida unidade aceitaram participar da pesquisa. Após a realização de todas as entrevistas nesta ESF, verificou-se que o material obtido era satisfatório para a compreensão do tema e análise dos dados, atingindo-se os objetivos do estudo. Assim, devido a extensão e riqueza do material coletado e, ainda, do tempo hábil para a coleta de dados da pesquisa, optou-se pela não realização de entrevistas em outras unidades. Além disso, a opção por uma única ESF levou em consideração a necessidade do pesquisador em estabelecer uma relação com o serviço, o qual também precisa dispor de um tempo de trabalho para escutar a proposta do projeto, participar da coleta e, posteriormente, para a devolução dos resultados.

No município, o apoio matricial em saúde mental é realizado pelo Núcleo de Apoio em Saúde Mental de Santa Maria (NASM), antes denominado Grupo de Trabalho Atenção Básica e Redes (GT ABR). Este grupo foi criado no ano de 2013, quando a população de Santa Maria sofreu o impacto de um evento extremo, que foi o incêndio ocorrido na boate Kiss. O GT ABR constituiu-se, então, com a proposta de apoiar as equipes da atenção básica, com o intuito de fortalecer as equipes nos seus respectivos territórios, para a continuidade do cuidado longitudinal dos envolvidos direta e indiretamente com o incêndio na boate. Para tanto, o grupo organizou-se em equipes formadas por três integrantes, sendo estes um

residente multiprofissional, um servidor da Secretaria da Assistência Social e um servidor da Secretaria de Saúde. Após esse momento inicial e levando em conta os efeitos produzidos pelo apoio na atenção básica, o GT ABR reformulou-se e redirecionou o trabalho de apoio não mais exclusivamente para a tragédia, e sim para a saúde mental. Nesse sentido, passou a ser composto por representantes dos CAPS, do Acolhe Saúde² e da Residência Multiprofissional em Saúde Mental/UFSM, passando também a se denominar Núcleo de Apoio em Saúde Mental - NASM (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2015).

3.2.2 Participantes

Integraram este estudo oito agentes comunitários de saúde que atuavam na ESF Santos. Após a definição da unidade, a pesquisadora entrou em contato com a enfermeira responsável pelo local, a qual disponibilizou o telefone dos participantes. Os participantes foram contatados individualmente, via telefone. Na ocasião do contato, explicou-se brevemente os objetivos da pesquisa e a forma de participação dos mesmos (entrevista), convidando-os a integrar o estudo. Ressalta-se que todos os agentes comunitários de saúde que integravam a equipe aceitaram participar da pesquisa. Na tabela abaixo constam informações relevantes que caracterizam os sujeitos da pesquisa:

Tabela 1 – Dados de identificação dos participantes

Participante	Sexo	Escolaridade	Tempo de trabalho como ACS
P1	Feminino	Ensino técnico/Enfermagem	17 anos
P2	Feminino	Ensino médio completo	17 anos
P3	Feminino	Superior completo/Pedagogia	7 anos
P4	Feminino	Superior	8 anos

² Serviço criado em 2013 para atender as demandas psicossociais dos familiares, sobreviventes, vítimas diretas e indiretas do incêndio na boate Kiss.

		incompleto/Psicologia	
P5	Feminino	Ensino médio	14 anos
P6	Feminino	Superior completo/Pedagogia	7 anos
P7	Feminino	Ensino técnico/contabilidade	15 anos
P8	Feminino	Superior incompleto/Psicologia	7 anos

A opção pelo agente comunitário de saúde, neste estudo, deve-se ao fato de que este é um profissional que, por suas atribuições, está em contato permanente com as famílias, através da realização de visitas domiciliares regulares (BRASIL, 2006, 2012b). Deste modo, muitas situações que envolvem o sofrimento psíquico acabam por chegar, inicialmente, no agente comunitário de saúde, o qual se vê permanentemente na função de quem escuta. Em muitas situações, aliás, o agente comunitário acaba por ser o principal, senão o único, vínculo do usuário com a unidade de saúde (SUNDFELD, 2010), tendo em vista que muitas pessoas não frequentam ou pouco acessam o serviço.

Além disso, este é um trabalhador que opera, prioritariamente, através da relação, do vínculo e do diálogo com os usuários (SANTOS; NUNES, 2014; SAFFER; BARONE 2017), ao passo que os demais núcleos profissionais que compõem a equipe mínima da atenção básica dispõem e se utilizam de outros recursos e procedimentos na sua prática (SAFFER; BARONE 2017), a exemplo de curativos, vacinação, testagens, solicitação e averiguação de exames, entre outros. Também a partir da experiência da pesquisadora na prática de Apoio Matricial à uma ESF, verificou-se o quanto esses trabalhadores se implicavam e angustiavam com os casos de saúde mental do território, tendo em vista que a grande parte de solicitações de ações conjuntas com a equipe de matriciadores era realizada pelos agentes comunitários de saúde. Por fim, tal escolha justifica-se, ainda, pela necessidade de capacitação, educação em saúde e produção de conhecimento direcionada a esses profissionais, tendo em vista que não dispõem de uma formação específica em saúde, de forma que este estudo poderá subsidiar o trabalho e a escuta do agente comunitário de saúde perante o sofrimento psíquico dos usuários do serviço.

3.2.3 Instrumento de coleta de dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semidirigida de questões abertas, indicada como principal instrumento da pesquisa clínico-qualitativa. É entendida como uma entrevista flexível, parcialmente guiada pelo pesquisador, mas que permite também ao entrevistado dar alguma direção, na medida em que vai associando temas ao assunto proposto pelo pesquisador. A livre associação de ideias do entrevistado consiste, assim, em uma característica deste tipo de entrevista, de tal forma que este deverá expressar livremente os pensamentos que lhe ocorrerem, seja a partir de um elemento dado (uma questão posta pelo pesquisador), seja de forma espontânea. Com isso, podem emergir duas situações, que devem ser bem acolhidas pelo pesquisador, quais sejam, que a entrevista siga uma ordem diferente daquela imaginada por este ou, ainda, que emergjam tópicos novos não previstos inicialmente no instrumento (TURATO, 2003).

A dinâmica da entrevista na pesquisa clínico-qualitativa utiliza-se de conceitos psicanalíticos básicos, tais como estabelecimento do *setting*, valorização da transferência e contratransferência, bem como da já referida livre associação de ideias. Quanto ao *setting*, este é entendido como um ambiente delimitado, um enquadramento realizado no meio físico e funcional, que se constitui a partir de regras pré-determinadas e combinações da dupla pesquisador-sujeito, em que os papéis são especificados, estabelecendo-se uma assimetria (TURATO, 2003).

A entrevista semidirigida construída (APÊNDICE B) foi composta por três eixos norteadores, dos quais: 1) Condições importantes para a realização de uma boa escuta; 2) dificuldades encontradas por profissionais na escuta do sofrimento psíquico; 3) efeitos da escuta no usuário e no profissional. Após o contato inicial com os participantes e o aceite dos mesmos para integrar o estudo, foram agendadas as entrevistas, individualmente. Quanto ao local de realização, grande parte das entrevistas foi realizada no salão de uma capela da comunidade, que fica próxima à ESF e onde também são realizados os grupos da unidade. Apenas duas entrevistas foram realizadas em outros locais, dos quais, a própria ESF e, ainda, no salão de festas de um condomínio onde residia uma das participantes. Em todos os locais, entretanto, haviam condições favoráveis à realização da entrevista, tais como silêncio e privacidade.

No início da condução da entrevista, houve a apresentação dos objetivos da pesquisa aos participantes e, ainda, explicou-se a forma de participação dos mesmos no estudo. Foi apresentado ainda, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), para leitura e

assinatura dos participantes. As entrevistas foram gravadas, após autorização prévia, a fim de que, posteriormente, fossem transcritas na íntegra. Quanto ao tempo de duração, as entrevistas com cada participante tiveram duração média de 1 hora. Ressalta-se que a pesquisadora conseguiu estabelecer uma boa relação com os entrevistados, os quais parecem terem se sentido acolhidos e à vontade no momento da entrevista, concedendo-a com extensão e riqueza de detalhes.

3.2.4 Análise dos dados

Gomes (2012), ao abordar a análise e interpretação das informações obtidas na pesquisa qualitativa, refere que este é um momento de finalização da mesma, no qual o pesquisador se debruçará sobre todo o material coletado, articulando-o com os objetivos da pesquisa e com a fundamentação teórica. O procedimento de análise dos dados teve por base a análise de conteúdo, amplamente abordada pela professora francesa Laurence Bardin, da Universidade de Paris V. Este tipo de análise da comunicação permite que o pesquisador vá em direção à descoberta do que está além dos conteúdos manifestos, ou seja, do que está por trás daquilo que está sendo comunicado, tentando alcançar, por meio de inferências, uma interpretação mais profunda (BARDIN, 1977; GOMES, 2012). Busca-se, portanto, ultrapassar o estágio meramente descritivo dos dados, pois constituem “achados mudos”, cabendo ao pesquisador fazer a discussão/interpretação desses achados (TURATO, 2003).

Turato (2003) propõe um refinamento da técnica de análise de conteúdo, considerando as especificidades do método clínico-qualitativo. As diferentes fases do tratamento dos dados, segundo esse referencial, serão explicitadas a seguir. Inicialmente, tem-se a fase de *preparação inicial do material*, que consiste na transcrição das entrevistas e das anotações de campo do entrevistador. Na sequência, na fase de *pré-análise*, são realizadas as chamadas leituras flutuantes, uma analogia ao conceito psicanalítico de atenção flutuante (TURATO, 2003), que consiste em um modo de escutar sem privilegiar, a priori, qualquer elemento da comunicação (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). Trata-se, assim, de estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações, de forma que, aos poucos, o alvo da leitura vá ganhando clareza para a consciência. A leitura e releitura do material deverá conduzir, assim, a uma impregnação do seu conteúdo, sendo preciso investir, para além do que está explicitado, no que não foi dito (TURATO, 2003).

A próxima etapa consiste na fase de *categorização e subcategorização*. A primeira delas é definida como a classificação dos elementos do conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero. Já a subcategorização consiste em destacar, dentro do grande tópico (a categoria), os elementos que merecem discussão, e que guardam certa dependência temática com a categoria. O processo de categorização deve ocorrer, ainda, segundo dois critérios principais, a saber, o de repetição de determinado ponto no conjunto do material coletado ou, ainda, o de relevância de determinado aspecto para a pesquisa (TURATO, 2003).

Na sequência, está a fase de *validação externa*, que inclui a supervisão com o orientador do trabalho e o debate dos resultados para que sejam apresentados. A *apresentação dos resultados*, próxima etapa, consiste em descrevê-los utilizando-se de citações ilustrativas das falas, preparando-se para a discussão/interpretação deste material. Embora essas duas fases sejam apresentadas de forma distinta, na versão final redigida do trabalho, a apresentação descritiva dos resultados pode ocorrer junto com a discussão (TURATO, 2003).

Para Turato (2003) inicia-se, a partir de então, a etapa da análise dos dados em que o pesquisador dará sua verdadeira contribuição, a saber, a *discussão/interpretação dos dados*. É neste momento, além disso, que a criatividade e a imaginação do pesquisador ganham força, contestando as coisas como se apresentam, indo além da aparência, e partindo para outra alternativa de composição. Nas pesquisas clínico-qualitativas, por apropriarem-se de uma atitude psicanalítica, deve-se ter em mente que discutir/interpretar os resultados é diferente de ficar colado ao que foi concretamente dito nas entrevistas. Com um propósito didático, Turato (2003) refere que o pesquisador deverá apresentar cada tópico em consideração de forma a contemplar, no texto, três elementos, a saber, o fenômeno que está sendo considerado, o significado que o entrevistado deu à ele e, por fim, a interpretação do pesquisador ao significado trazido. Esta interpretação dos resultados faz-se, ainda, com o auxílio de um quadro de referenciais teóricos que, prioritariamente, deve ser definido após a obtenção dos resultados.

Após a realização da coleta de dados, cada entrevista e as impressões da pesquisadora sobre a mesma foram lidas e analisadas individualmente. Após esta etapa, o material foi analisado em seu conjunto, atentando-se para os elementos que se sobressaíam no conjunto das falas, seja por repetição, seja por relevância para a pesquisa. As falas foram organizadas em um arquivo, separando-as pelos seguintes aspectos: Conhecimento e significado de escuta qualificada; requisitos importantes para uma boa escuta; a escuta como intervenção/efeitos da

escuta; casos gratificantes; medicalização do sofrimento e suas alternativas; relação de proximidade; ausência de suporte familiar dos usuários e sobrecarga do ACS; adoecimento no trabalho; percepção de não resolutividade em saúde mental; as emergências psiquiátricas; o luto; abandono familiar/isolamento social; o suporte ao ACS no cuidado em saúde mental. Estes elementos foram, então, reagrupados, constituindo-se categorias e subcategorias, onde os resultados foram apresentados, utilizando-se de falas ilustrativas, e discutidos/interpretados. Ressalta-se que devido a extensão do material coletado e a riqueza de detalhes e exemplos oferecida pelos participantes, fez-se a opção de utilizar citações longas, para melhor entendimento das situações relatadas pelos entrevistados. Salienta-se que todo o processo foi realizado conjuntamente com o orientador.

3.2.5 Aspectos éticos

Inicialmente, houve a apresentação do projeto ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), o qual concedeu à pesquisadora o Termo de Autorização Institucional, a fim de que a pesquisa pudesse ser realizada no local pretendido. Após essa etapa, o projeto foi encaminhado para análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, via plataforma Brasil, sendo aprovado com número do CAAE 63983217.8.0000.5346.

Realizou-se, ainda, a elaboração e apresentação, aos participantes da pesquisa, dos documentos que resguardavam os seus direitos, bem como os deveres da pesquisadora do estudo. O primeiro deles, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), dispunha de uma breve explicação dos objetivos da pesquisa e do procedimento de coleta de dados, bem como dos direitos do sujeito participante, os quais incluem o sigilo das informações prestadas e o direito à interrupção de sua participação no estudo a qualquer momento. O referido documento incluía, ainda, explicitações sobre os riscos e benefícios da pesquisa. O Termo de Confidencialidade (ANEXO B), por sua vez, assegurava a preservação das identidades dos entrevistados, bem como a utilização dos dados coletados única e exclusivamente para fins da pesquisa.

Quanto aos riscos, esta pesquisa oferecia risco mínimo aos seus participantes, tendo em vista que consistiu em uma entrevista sobre aspectos que envolviam o trabalho dos profissionais. Estes riscos poderiam incluir, por exemplo, o desconforto pelo tempo prolongado da conversa ou, ainda, pela lembrança de alguma situação difícil atendida que

possa ter mobilizado emocionalmente o profissional, já que o foco deste trabalho foi posto sobre os casos de sofrimento psíquico. Quanto aos benefícios, foi ofertado um espaço de reflexão para que os participantes pudessem (re)pensar sua prática, especialmente com relação às demandas de saúde mental, além de contribuir para o fortalecimento da discussão e do material (artigos científicos) acerca do dispositivo da escuta qualificada nos serviços de atenção básica.

Quanto à devolução dos resultados, esta compreenderá um relatório impresso a ser entregue ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), além da oferta de um momento para se compartilhar os resultados da pesquisa junto às equipes que integraram o estudo. Ressalta-se, por fim, que este estudo seguiu o previsto na Resolução 510/2016 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016) e na Resolução 016/2000 (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2000).

4 ARTIGO 1

ESCUITA QUALIFICADA: VALORES, POTENCIALIDADES E DESAFIOS NA RELAÇÃO ENTRE USUÁRIOS E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

RESUMO

Este artigo é resultado de uma pesquisa maior intitulada “A escuta qualificada como dispositivo no cuidado em saúde mental na atenção básica”, e teve por objetivo compreender a percepção de agentes comunitários de saúde a respeito do dispositivo da escuta, no trabalho com as demandas de saúde mental. No que se refere à metodologia, o projeto seguiu uma abordagem clínico-qualitativa, e a coleta de dados ocorreu através da entrevista semidirigida de questões abertas. Integraram o estudo oito agentes comunitários de saúde de uma Estratégia de Saúde da Família de um município do interior do Rio Grande do Sul. A análise do material foi realizada através da análise de conteúdo. Os resultados apontam para a realização de uma escuta de fato qualificada pelos participantes da pesquisa, com a incorporação das recomendações e atributos propostos pela literatura. Ademais, os participantes referem perceber efeitos nos usuários após a realização da escuta, e apontam casos gratificantes quando a escuta foi utilizada como intervenção. Esteve presente, além disso, uma preocupação com o fenômeno da medicalização do sofrimento, onde a escuta e outras intervenções consideradas leves foram indicadas como uma estratégia para fazer frente ao fenômeno. Por fim, a relação de proximidade presente entre usuários e agentes comunitários de saúde foi abordada com ambiguidade pelos participantes, e foram apontadas suas potencialidades e fragilidades na intervenção e escuta destes profissionais. Espera-se, por fim, que este estudo venha a contribuir na difusão de conhecimento acerca dessa tecnologia de intervenção e de sua incorporação eficaz nos serviços de atenção básica.

Palavras-chave: Saúde Mental; Estratégia Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde

ABSTRACT

This article is a result of a bigger research entitled “The qualified listening as a tool for mental health in Primary Healthcare”, and it aimed to comprehend the perception of community healthcare agents in regards to the listening mechanism, in the work with mental health demands. In regards to the methodology, the project followed a clinical-qualitative approach, and the data collection occurred throughout a semi-directed interview of open-ended questions. Participants were eight community healthcare agents of a Family Health Strategy from a city in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. Data analysis was performed based on the content analysis perspective. Results pointed out to the performance of a qualified listening, indeed, by research participants, embracing recommendations and attributes proposed by the literature. Furthermore, participants affirmed that had perceived effects on users after performing the listening, and recorded satisfying cases in which they had used listening as intervention. Moreover, it was presented a concern with the phenomenon of suffering medicalisation, in which listening and other interventions that are considered soft were indicated as strategies in face of such phenomenon. Finally, the relation of proximity perceived between healthcare users and community healthcare agents was approached with ambiguity by participants, and there were pointed out its potentials and fragilities on the interventions and listening of these professionals. Lastly, it is expected of this study to contribute in spreading knowledge involving this technology of intervention and its effective merging in Primary Healthcare services.

Keywords: Mental Health; Family Health Strategy; Community Healthcare Agents.

1 INTRODUÇÃO

A palavra escutar, originada do latim “auscultare”, remete ao método da escuta médica, a auscultação, que significa a escuta dos barulhos internos do sujeito, ou ainda, aplicar o ouvido com atenção para perceber ou ouvir. Assim, escutar é dar ouvidos à alguma coisa, ou ainda, àquilo que se enuncia apenas veladamente, e que somente um ouvido atento e experiente na arte da escuta pode acolher (FERNANDES, 2003).

Em alguns referenciais, escutar e ouvir podem ser facilmente encontrados como sinônimos. Neste estudo, entretanto, a escuta é entendida como uma atitude ativa, que exprime esforço para compreender a significação do que é dito, incluindo continuadas identificações ou tentativas de identificações com a pessoa e com sua situação, ou seja, envolve um comprometer-se com o outro e com o que é dito (SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003). O que se escuta pode, assim, se tornar conhecimento, na medida em que se apreende seu conteúdo e este é inserido em um sistema de relações (NEVES, 2007). Ouvir, por sua vez, diz respeito à constatação de algo através de nosso aparato auditivo, de modo que nem sempre que se ouve, se escuta (SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003). Escutar não é, deste modo, um simples exercício de um dos nossos cinco sentidos, pois a escuta abrange todos os sentidos e todas as formas de aquisição do conhecimento, pois podemos dizer que escutamos o que vemos, sentimos ou intuímos (NEVES, 2007).

A escuta é uma ação que permeia não só o fazer do psicólogo/psicanalista, mas também grande parte das atividades dos profissionais de saúde, seja na oferta de um tempo específico para a realização de uma escuta, seja na realização de outras intervenções que tenham a escuta como subjacente. Assim, guardadas as especificidades da intervenção no campo da psicologia e da psicanálise, a escuta a ser desempenhada pelos mais diversos núcleos profissionais, também pode encontrar subsídios na psicologia/psicanálise, no estabelecimento de norteadores para a realização de uma escuta que seja de fato qualificada, sem se constituir, entretanto, em uma atividade “interpretativa”, inerente à clínica psicanalítica (BROIDE, 2016). Pretende-se esboçar, na sequência, alguns atributos desejáveis para a utilização desse dispositivo na atenção básica, e que estejam acessíveis a qualquer profissional de saúde, independentemente de sua formação.

Nas palavras de Figueiredo (2007), a teoria e a clínica psicanalítica podem embasar o desenvolvimento de uma concepção geral de cuidado que possa ser compreendida e operada por agentes cuidadores em geral, para além dos próprios psicanalistas. Para esse autor, todas

as práticas de cuidado tem como finalidade propiciar ao indivíduo uma possibilidade de “fazer sentido”, ou seja, estabelecer ligações, dar forma, sequência e inteligibilidade aos acontecimentos de sua vida. Este “fazer sentido” se dá e é requerido em oposição às falhas, excessos e faltas traumáticas que a vida de cada um comporta, tendo em vista que a existência humana não se dá em perfeita harmonia e estabilidade.

A escuta, igualmente, tem sido amplamente apontada pela literatura enquanto um dispositivo potencial de produção de sentido (SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003; LIMA, 2012; BRASIL, 2013; TORRES; SANDOVAL, 2003; MACEDO; FALCÃO, 2005). Consiste, assim, em uma primeira ferramenta a ser utilizada pelo profissional de saúde para que o usuário possa contar e escutar o seu sofrimento de outra perspectiva, o que só é possível quando alguém se coloca como interlocutor e apresenta sua disponibilidade e atenção para escutar o que ele tem a dizer. Por vezes, o usuário não se dá conta da relação de seus conflitos e seus sofrimentos com aquilo que ele fala, pensa ou faz. Este “exercício” de narrar seus sofrimentos, e de ter a possibilidade de escutar a si mesmo enquanto narra, além de ser escutado por um profissional de saúde atento, por si só, já pode criar para o usuário outras possibilidades de olhar para a forma como se movimenta na vida e suas escolhas, além de também ofertar diferentes formas de perceber e dar significado aos seus sofrimentos (BRASIL, 2013). Assim, a escuta é um dispositivo que possibilita a minimização da angústia pela produção de sentidos e pela própria escuta de si, o que só acontece quando alguém nos convida a falar e se põe a escutar (LIMA, 2012).

Nesta perspectiva de produção de sentido, é importante pontuar o que Zimerman (1997) chama de “função de pensar” do terapeuta, ou seja, a função de auxiliar o paciente a pensar suas ideias, sentimentos e as posições por ele verbalizadas. Nas palavras do autor, para além de simplesmente descarregar seus pensamentos e emoções, é importante que o indivíduo possa pensar suas experiências emocionais, estabelecendo confrontos, correlações e assumindo escolhas e responsabilidades, o que pode ser facilitado por quem o escuta atentamente.

Outra função essencial que Figueiredo (2007) aponta para quem se coloca como agente de cuidados, independente de uma formação em psicanálise, é a chamada função *continente*, original de Bion. Este termo, de etimologia latina (*continere* = conter), remete originalmente a capacidade que uma mãe deve possuir para poder acolher e reter, durante algum tempo, as angústias e necessidades de seu filho, ao mesmo tempo que vai compreendendo, decodificando, emprestando um sentido e, especialmente, atribuindo um

nome às experiências emocionais, para só então devolvê-las a criança na dose e no ritmo adequados às capacidades desta (ZIMERMAN, 1997). Assim, espera-se que a mãe, a partir de uma identificação com o filho, vá colocando palavras nas sensações do bebê, de forma que ao ter essa sensação novamente, o bebê comece a reconhecê-la a partir desta palavra (WINNICOTT, 1958/2000; BROIDE, 2016).

Conforme Bion (1970 apud ZIMERMAN, 1997), em qualquer indivíduo há um “conteúdo”, representado pelo seu contingente de necessidades, angústias, desejos, emoções, ansiedades, defesas, etc., que, portanto, necessita de um “continente” que possa conter o referido conteúdo. Assim, à maneira que a mãe desempenha tal função para o filho, também os profissionais de saúde podem, a partir de uma abertura à escuta, desempenhar tal função para os usuários, entendida como uma condição de disponibilidade para receber/acolher esse “conteúdo” que está à espera de ser contido e significado (ZIMERMAN, 2007).

Zimerman (2007), dedica-se à análise e a novas contribuições acerca desse fenômeno, e suas observações merecem atenção no processo de escuta. Inicialmente, chama a atenção para uma diferenciação entre *continente* e *recipiente*, qualificando a função continente como um processo ativo, no qual o profissional participa intensamente, acolhendo, contendo, significando, nomeando e devolvendo de forma “desintoxicada” tudo aquilo que nele foi projetado, com a sensibilidade para perceber as condições que o paciente possui para absorvê-las. Recipiente, por sua vez, significa um processo passivo, no qual o profissional somente recebe a descarga de tudo aquilo que o paciente não suporta em si próprio, de forma que ele sai da sessão com uma sensação de alívio (temporário) enquanto o profissional sente-se pesado, fatigado e confuso.

É necessário deixar claro, entretanto, que toda mãe, assim como todo profissional, tem o seu limite máximo de continência, de tal forma que não é adequado idealizar demais esta função tão fundamental, visto que ela tem inevitáveis limitações. Sabe-se, por exemplo, que alguns profissionais podem conter, suficientemente bem, sentimentos depressivos, ao passo que não conseguem acolher, por exemplo, manifestações psicóticas, perversas ou somatizadoras. Neste sentido, é desejável que cada profissional possua um autoconhecimento satisfatório, de modo a respeitar as suas próprias limitações e reconhecer os seus alcances, a fim de que não signifique negativamente as experiências trazidas pelo usuário (ZIMERMAN, 1997, 2007).

Outro conceito importante a ser trazido para a escuta refere-se à noção de “auto-continência” (ZIMERMAN, 2007) e/ou “capacidade negativa” do profissional (BION, 1970

apud ZIMERMAN, 2007). Geralmente, considera-se “contínente” como sendo unicamente a capacidade de o profissional (ou a mãe) conter o que vem do outro. Entretanto, é fundamental que ele próprio tenha a capacidade de conter as suas próprias angústias que, inevitavelmente, surgem em alguma forma ou grau, de modo que elas não invadam todo o espaço da sua mente ou, em outras palavras, lhe impeçam de escutar. O conceito de capacidade negativa do profissional caminha nesta mesma direção, e alude à capacidade de o profissional poder conter, dentro de si próprio, sentimentos contratransferenciais difíceis, assim considerados “negativos” como, por exemplo, sentimentos de ódio, medo, sensação de impotência, confusão, ânsia de compreensão, etc., os quais precisam ser reconhecidos para que possam ser contidos e administrados (ZIMERMAN, 1997, 2007; SOUZA; CAMPOS, 2014).

Outra condição amplamente apontada pela literatura refere-se à necessidade do profissional se abster dos seus próprios valores e expectativas enquanto escuta, sem fazer apreciações morais, pois, ao contrário, deve-se propiciar um alargamento das possibilidades de compreensão para o sujeito (ZIMERMAN, 1997, 2007; SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003; TORRES; SANDOVAL, 2003). Assim, faz-se importante escutá-lo sem que essa escuta possa estar atravessada por julgamentos e pelas referências pessoais do profissional (VELASCO; RIVAS; GUAZINA, 2012), ou ainda, uma escuta surda e atravessada por elementos que representam o seu próprio universo, como refere Rosa (2007).

Neste processo, o conceito de empatia trazido por Kohut (1984 apud NEVES, 2007), faz todo o sentido, na medida em que é entendido como um intenso interesse em conhecer o outro a despeito das convicções e saberes do profissional, indiferentemente do que ele gosta, aceita ou admite do que escuta, é estar o mais próximo possível de como o usuário vive a sua experiência. É, pois, através de uma escuta contextualizada e que reconhece o outro na sua alteridade e no que ele tem de mais próprio, que se conhece mais acerca dos recursos e alcances da pessoa que está sob cuidados (VELASCO; RIVAS; GUAZINA, 2012; MORÉ; MACEDO, 2006; FIGUEIREDO, 2007).

Para Figueiredo (2007), o cuidado possui uma importante função de reconhecimento, pois muitas vezes, cuidar é, basicamente, ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto dos cuidados no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho, aspecto que deve ser trazido para a escuta. Ao sentir-se escutado, o usuário vive uma experiência de validação da sua existência, seu sofrimento/demanda encontra um lugar e um status de legitimidade (NEVES, 2007).

Também Broide e Broide (2012) sinalizam a importância de uma ética na escuta dos sujeitos, e referem que a psicanálise tem muito a contribuir com a sustentação e transmissão desta ética aos profissionais em geral das áreas da saúde e assistência social. Ética esta, que pressupõe não a tutela, a normatização e a obediência ao procedimento burocrático do atendimento, mas a análise e escuta atenta do sujeito em seu sofrimento e/ou sintoma. Para que isso ocorra, é necessário que o profissional sustente, diante do usuário, uma “atitude de escuta”. Para exemplificar esse aspecto, o autor salienta a diferença que existe na atitude de um profissional que conduz um atendimento da seguinte forma “*Dona Maria, tudo bem? Vamos fazer o cadastro?*”, em relação a esta outra atitude “*E então Dona Maria, como vão as coisas?*”, sinalizando que nesta última estaria posta uma atitude de escuta, ou seja, uma abertura para que o outro fale. A partir do momento em que há uma atitude de escuta, diz Broide (2016), as pessoas falam, e falam verdadeiramente sobre suas vidas.

Broide (2016), fazendo referência à Lacan, refere, assim, que os obstáculos estariam do lado do profissional, visto que não é a pessoa que não fala, mas o profissional que não suporta escutar, o que também é corroborado por Rosa (2007). Isto, posto que uma atitude de escuta implica no contato com questões difíceis, como a morte, o desamparo, a violência, o desespero (BROIDE, 2016).

Também aqui a análise de Lancetti (2000) se faz pertinente, na medida em que refere que o vínculo formado com os usuários e famílias impõe a necessidade de lidar com o sofrimento humano, sendo este um processo para o qual os técnicos, muitas vezes, não se sentem preparados. Aliás, entendem, muitas vezes, que a esfera “psíquica” está fora do seu espectro de atuação, devendo essa demanda ser destinada ao especialista, em geral, o psicólogo (RIBEIRO; CACCIA-BAVA; GUANAES-LORENZI, 2013).

Deste modo, a valorização da escuta qualificada pelos profissionais pressupõe, necessariamente, a capacitação contínua das equipes das áreas assistenciais e da saúde que trabalham com situações de sofrimento e vulnerabilidade, bem como a criação de espaços de compartilhamento das situações vividas e atendidas cotidianamente (BROIDE; BROIDE, 2012; MESQUITA; CARVALHO, 2014). Isto, tendo em vista que o profissional também tem a necessidade de ser escutado para que consiga visualizar sob outras perspectivas as emoções que o encontro com um usuário lhe suscitou, pois a dificuldade de lidar emocionalmente com estes encontros pode acarretar distanciamento ou resistência ao trabalho com a saúde mental. Os matriciadores têm um papel importante nesse sentido, auxiliando a equipe a reconhecer as formas pelas quais os profissionais da atenção básica podem ser terapêuticos, a exemplo de

proporcionar ao usuário um momento para pensar; escutar o que ele precisa dizer, de forma empática; acolher o paciente e suas queixas emocionais como legítimas e reconhecer os seus modelos de entendimento. É preciso que o profissional realize, ainda, o esforço de separar emocionalmente as suas vivências das vivências do usuário que acompanha (CHIAVERINI et al., 2011; BRASIL, 2013).

No campo da saúde, a medicalização é, por vezes, utilizada de forma indiscriminada, justamente porque parece faltar uma escuta adequada (SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003). Neste sentido, quando se pretende abordar a potencialidade da escuta qualificada é preciso problematizar a utilização da medicação psiquiátrica como recurso massivo no cuidado em saúde mental, pois entende-se que outros arranjos podem atuar satisfatoriamente nessas demandas (SOUZA, 2007). O reconhecimento do valor da escuta não exclui, certamente, o recurso a outros métodos adicionais como, por exemplo, a medicação psiquiátrica, especialmente em se tratando de pessoas em sofrimento psíquico grave (KEHL, 2009). Pode-se questionar, entretanto, se o que ocorre, muitas vezes, não seria uma antecipação da medicalização, por seus rápidos resultados (SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003).

No dizer de Sundfeld (2010), também na atenção básica, a solicitação de medicação para suprimir o desconforto faz parte da rotina de atendimento dos profissionais, através do desejo expresso pelos usuários em não sentir dor e anestesiarem-se com medicamentos, “num congelamento das sensações e afetos” (p. 1090). Diante disso, aponta-se para a importância de se problematizar junto aos profissionais, usuários e familiares esse recurso primeiro à medicalização, buscando-se alternativas, o que se torna possível, vale ressaltar, a partir de uma abertura à escuta (SUNDFELD, 2010; SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003).

A escuta é um dos dispositivos previstos pela literatura para ser utilizado na atenção básica na intervenção junto aos casos de saúde mental, juntamente com a realização de grupos operativos e psicoterápicos; ações de educação em saúde envolvendo o sofrimento psíquico; abordagem familiar; acolhimento; diagnóstico precoce, seguimento à longo prazo e reabilitação psicossocial; acompanhamento do uso de psicofármacos, entre outras (BRASIL, 2013, 2012a; CHIAVERINI et al., 2011; MORÉ; RIBEIRO, 2010).

O foco sob a escuta do agente comunitário de saúde (ACS), neste trabalho, demonstra-se relevante tendo em vista que este é um profissional que se vê permanentemente na função de quem escuta, tendo em vista que muitas situações que envolvem o sofrimento psíquico acabam por chegar, inicialmente, nestes trabalhadores. Isto, posto que uma das atribuições

destes profissionais é a realização de visitas domiciliares regulares, de modo que estão em contato permanente com as famílias (BRASIL, 2006, 2012b). Em muitas situações, aliás, o agente comunitário acaba por ser o principal, senão o único, vínculo do usuário com a unidade de saúde (SUNDFELD, 2010), tendo em vista que muitas pessoas não frequentam ou pouco acessam o serviço.

No que se refere às atribuições do agente comunitário de saúde, ainda, compete à esses profissionais o desenvolvimento de ações educativas, de prevenção de doenças e agravos, de promoção à saúde e de acompanhamento das pessoas com problemas de saúde (BRASIL, 2012b). Por serem moradores da comunidade, além disso, esses profissionais são considerados estratégicos na mediação entre o serviço de saúde e a comunidade, devendo promover um elo entre ambos (BRASIL, 2012b, 2001b; LOPES; DURÃO; CARVALHO, 2011; BRITO; FERREIRA; SANTOS, 2014).

Além disso, este é um trabalhador que opera, prioritariamente, através da relação, do vínculo e do diálogo (SANTOS; NUNES, 2014; SAFFER; BARONE 2017) ao passo que os demais núcleos profissionais que compõem a equipe mínima da atenção básica dispõem e se utilizam de outros recursos e procedimentos na sua prática (SAFFER; BARONE 2017), a exemplo de curativos, vacinação, testagens, solicitação e averiguação de exames, entre outros. A partir destas questões, a produção de conhecimento acerca do dispositivo da escuta direcionada a esses profissionais é imprescindível, na medida em que pode subsidiar o trabalho do agente comunitário de saúde perante o sofrimento psíquico dos usuários. Assim, este estudo se propôs a compreender a percepção de agentes comunitários de saúde a respeito do dispositivo da escuta, no trabalho com as demandas de saúde mental no contexto da atenção básica.

2 METODOLOGIA

2.1 PERSPECTIVA EPISTEMOLÓGICA

Quanto à perspectiva epistemológica, este estudo foi referenciado pela corrente denominada “sociologia compreensiva”, a qual sustenta que os fenômenos sociais estudados pelas ciências sociais e humanas possuem características próprias que os distinguem dos fenômenos naturais. Privilegia, assim, a compreensão e a inteligibilidade como propriedades

específicas dos fenômenos sociais, de tal forma que os conceitos de significado e intencionalidade os caracterizam e diferenciam dos demais (MINAYO, 2014).

2.2 MÉTODO

No que se refere ao método, a pesquisa em questão seguiu uma abordagem clínico-qualitativa, tal como proposta por Turato (2003). Esta abordagem consiste em um refinamento e particularização da abordagem qualitativa genérica, e busca interpretar os sentidos e as significações trazidas pelos indivíduos (de naturezas psicológicas e psicossociais) sobre fenômenos do campo da saúde-doença. Conforme Turato (2003), os sentidos e as significações dos fenômenos são o cerne das pesquisas qualitativas. A pesquisa clínico-qualitativa procura capturá-los e interpretá-los, *ouvindo e observando* os sujeitos da pesquisa. O método clínico-qualitativo consiste, assim, em uma combinação das concepções epistemológicas dos métodos qualitativos elaboradas para pesquisas nas ciências sociais (compreensivo-interpretativos) com preocupações de cunho existencial, clínico e psicanalítico (TURATO, 2003).

2.2.1 Participantes

Os participantes deste estudo compreenderam oito agentes comunitários de saúde que atuavam em uma Estratégia de Saúde da Família de um município do interior do Rio Grande do Sul, e que recebia apoio matricial em saúde mental. Ressalta-se que todos os ACS que compunham a equipe aceitaram integrar o estudo. Os participantes eram do sexo feminino, com tempo de trabalho entre 6 e 17 anos e, ainda, com escolaridades que variavam entre ensino médio e ensino superior completo.

2.2.3 Instrumento de coleta de dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semidirigida de questões abertas, indicada como principal instrumento da pesquisa clínico-qualitativa. É entendida como uma entrevista flexível, parcialmente guiada pelo pesquisador, mas que permite também ao entrevistado dar alguma direção, na medida em que vai associando temas ao assunto proposto pelo pesquisador (TURATO, 2003). Na composição da entrevista

semidirigida da pesquisa, foram pensados três eixos norteadores, dos quais: 1) Condições importantes para a realização de uma boa escuta; 2) dificuldades encontradas por profissionais na escuta do sofrimento psíquico; 3) efeitos da escuta no usuário e no profissional, de modo que, neste artigo, serão abordados os resultados provenientes dos eixos 1 e 3.

2.2.4 Análise dos dados

O procedimento de análise dos dados teve por base a análise de conteúdo, amplamente abordada pela professora francesa Laurence Bardin, da Universidade de Paris V. Este tipo de análise da comunicação permite que o pesquisador vá em direção à descoberta do que está além dos conteúdos manifestos, ou seja, do que está por trás daquilo que está sendo comunicado, tentando alcançar, por meio de inferências, uma interpretação mais profunda (BARDIN, 1977; GOMES, 2012). Busca-se, portanto, ultrapassar o estágio meramente descritivo dos dados, pois constituem “achados mudos”, cabendo ao pesquisador fazer a discussão/interpretação desses achados (TURATO, 2003). Utilizou-se, ainda, do refinamento da técnica de análise de conteúdo proposta por Turato (2003), considerando-se as especificidades do método clínico-qualitativo.

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas na íntegra, para melhor análise do material. Na sequência, cada entrevista e as impressões da pesquisadora sobre a mesma foram lidas e analisadas individualmente. Após esta etapa, o material foi analisado conjuntamente, atentando-se para os elementos que se sobressaíam no conjunto das falas, seja por repetição, seja por relevância para a pesquisa. Estes elementos foram, então, reagrupados, constituindo-se categorias e subcategorias, onde os resultados foram apresentados, utilizando-se de falas ilustrativas, e discutidos/interpretados. Ressalta-se que devido a extensão do material coletado e a riqueza de detalhes e exemplos oferecida pelos participantes, fez-se a opção de utilizar citações longas, para melhor entendimento das situações relatadas pelos entrevistados. Salienta-se, ainda, que todo o processo de análise dos dados foi realizado conjuntamente com o orientador.

A primeira categoria é intitulada “O saber-fazer de agentes comunitários de saúde acerca da escuta qualificada”, na qual são discutidas três subcategorias, a saber, “Atributos desejáveis à realização de uma boa escuta”; “O que pode a escuta qualificada?” e “A medicalização do sofrimento: Que outras intervenções são possíveis?”. A segunda categoria,

por sua vez, é denominada “A relação de proximidade entre usuários e agentes comunitários de saúde: desafios, entraves e facilidades no processo de escuta”.

2.2.5 Aspectos éticos

Quanto aos aspectos éticos, inicialmente, o projeto foi apresentado ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), para a concessão do Termo de Autorização Institucional. Após essa etapa, o projeto foi encaminhado para análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, via plataforma Brasil, sendo aprovado com número do CAAE 63983217.8.0000.5346. Foi realizada, ainda, a elaboração e apresentação, aos participantes da pesquisa, dos documentos que resguardam os seus direitos, bem como os deveres da pesquisadora do estudo, a saber, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Confidencialidade.

Quanto à devolução dos resultados, esta compreenderá um relatório impresso a ser entregue ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), além da oferta de um momento para se compartilhar os resultados da pesquisa junto à equipe que integrou o estudo. Ressalta-se, por fim, que este estudo seguiu o previsto na Resolução 510/2016 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016) e na Resolução 016/2000 (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2000).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O SABER-FAZER DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ACERCA DA ESCUTA QUALIFICADA

Nesta categoria, será discutido o dispositivo da escuta, tal como concebido e realizado pelos agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa, principalmente, com relação aos casos de saúde mental. Atentar-se-á, inicialmente, para os atributos que os participantes consideram importantes no processo de escuta, comparando-os com as indicações da literatura a respeito. Posteriormente, será retomada a potencialidade da escuta enquanto intervenção, discutindo-se o alcance deste dispositivo e o que se espera dele em termos de efeitos. Por fim, a escuta e outras tecnologias leves de intervenção são apontadas como alternativas ao

fenômeno da medicalização do sofrimento, aspecto preocupante que esteve presente no discurso das participantes.

3.1.1 Atributos desejáveis à realização de uma boa escuta

Na atenção básica, muitas vezes, a queixa do usuário não está claramente expressa ou, ainda, é mascarada por sintomas somáticos, de modo que somente será revelada por meio de uma escuta atenta, a qual pode ser realizada por qualquer profissional da equipe. É preciso, deste modo, que os profissionais estejam preparados e disponíveis para dispensar esta atenção, evitando um constante adiamento em trazer à tona o tema do sofrimento psíquico. Existe uma tendência a subvalorizar estas queixas em relação aos riscos expressamente biológicos, o que advém de uma menor popularização deste conhecimento ou, ainda, da dificuldade em se deparar com temas difíceis, para os quais os profissionais acreditam não terem uma “resposta”. Contudo, além de gerar um grande sofrimento ao indivíduo, os problemas de saúde mental podem sim estar relacionados a grandes riscos, inclusive de vida (BRASIL, 2012a).

Além disso, uma série de motivos podem levar o usuário a evitar a procura por serviços de saúde, sendo a visita domiciliar uma estratégia importante para a identificação e intervenção diante de quadros de sofrimento psíquico, cenário em que os agentes comunitários de saúde tornam-se grandes protagonistas (BRASIL, 2012a). A escuta qualificada destaca-se como um recurso importante, e é apontada como uma das intervenções a serem utilizadas na atenção básica no trabalho com as demandas de saúde mental (BRASIL, 2013), especialmente porque este nível de atenção e esta classe de trabalhadores opera através das tecnologias leves, ou seja, da relação profissional-usuário (AQUINO et al., 2005; MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Ao serem questionados sobre o conhecimento que possuem acerca do dispositivo da escuta qualificada, a maioria das agentes comunitárias de saúde participantes desta pesquisa referiram pouca propriedade sobre o assunto, sendo que algumas relataram nunca terem escutado o termo: “No termo assim não, escuta qualificada não”. (P7); “Já ouvi falar, mas ainda assim não entendi escuta qualificada”. (P5). Apenas duas participantes referiram que já tiveram contato maior com o tema, porém através de uma graduação em psicologia, o que consideram que as tenha fortalecido e agregado qualidade ao trabalho enquanto agentes comunitárias de saúde:

Fazem sete anos que eu to de agente de saúde. E faz, eu to no sétimo semestre da faculdade [...]. Mas eu vejo, assim, hoje, a qualidade do meu trabalho [...]. A visita, é outra visita, a qualidade é outra. Que tu sabe ouvir, tu para pra ouvir. (P8).

Através deste relato, pode-se perceber a importância da produção de conhecimento acerca da qualificação da escuta na atenção básica e da difusão deste conhecimento perante esses profissionais. Apesar do desconhecimento acerca do assunto, em um esforço de conceitualização, as participantes referiram que, segundo o que acreditam, uma escuta qualificada seria aquela que busca uma “visão mais ampliada” da situação atendida ou, ainda, uma escuta especializada, preparada e com conhecimento: “Hã, uma escuta com conhecimento, mais ou menos eu acho que é isso, tu ter um conhecimento pra ti ouvir aquela pessoa, né”. (P5); “Imagino que seja uma escuta com qualidade, uma escuta, né, mais, hã, uma escuta mais, como é que eu vou te dizer, especializada ou talvez mais preparada, né”. (P7).

Deve ser alguma escuta, assim, especial, né, que consiga captar o que a pessoa, às vezes, tá querendo dizer, de repente ela fala uma coisa e, às vezes, né, tá querendo dizer outra coisa bem diferente e, às vezes, por trás de uma coisa tem, né, a gente percebe, consegue perceber várias coisas que não tá diretamente ali exposto, né, não sei, acho que é mais ou menos isso. Alguém que tenha, né, jeito pra coisa ou tem que ser alguém qualificado pra isso, sei lá, um psicólogo, mas eu acho que a gente também consegue fazer um pouco essa escuta. (P6).

Quanto aos requisitos que as entrevistadas consideraram importantes no processo de escuta, foram ressaltadas questões importantes como vínculo, confiança, tranquilidade, empatia, sigilo, linguagem adequada, disponibilidade para a escuta e ausência de julgamento, os quais estão de acordo com a literatura acerca da temática (BRASIL, 2012a, 2013; NEVES, 2007; SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003; TORRES; SANDOVAL, 2003; VELASCO; RIVAS; GUAZINA, 2012; BROIDE, 2016). A respeito do vínculo, este esteve presente na fala de todos os participantes como condição fundamental para a escuta, na medida em que é através dele que o usuário consegue confiar seu sofrimento ao profissional (SOUSA, 2007).

Na literatura, segundo Pichon-Revière (1982), vínculo é entendido como “a maneira particular pela qual cada indivíduo se relaciona com outro ou outros, criando uma estrutura particular a cada caso e a cada momento”. (p. 24). Um vínculo saudável, por sua vez, é aquele que proporciona bem-estar, confiança e segurança. Além disso, o vínculo pode ser compreendido como uma relação contínua no tempo, pessoal, intransferível e calorosa

(MORORÓ, 2010). Os relatos das profissionais entrevistadas concorrem para a importância deste conceito: “Eu sinceramente não sei, com nós eu acho que pelo vínculo, né, pelo vínculo eles acabam se abrindo contigo”. (P5); “Eu acho que é o vínculo, né, porque nosso trabalho de agente de saúde é um passo de formiguinha, né, então tu tem que conquistar aquela pessoa, né, tem que conquistar”. (P1).

Ah, é preciso ele ter um pouco de confiança no entrevistador, se sentir meio que à vontade. Agora como a gente já tem um vínculo bem forte com eles, a gente consegue, eles conseguem passar as coisas com menos receio pra gente e mais confiança, né, eles se abrem bastante. Às vezes, eles começam falando uma coisa e eles ficam meio assim, mas quando tu vê já tão lá no que realmente queriam falar, expor. (P6).

Pelos relatos trazidos durante as entrevistas, pode-se inferir que esse vínculo é favorecido por uma relação menos hierarquizada que os agentes de saúde constroem com os usuários. Esta relação diferenciada ocorre através do uso de uma linguagem familiar e de uma proximidade que os ACS possuem com a realidade dos usuários, por serem moradores da comunidade (SUNDFELD, 2010), além de resultar de uma posição menos especializada e mais próxima que estes trabalhadores geralmente ocupam nos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Ah, eu acho que é o vínculo, é o vínculo que, assim, eles tem mais confiança porque a gente conhece, a gente entra na casa, conhece mais a realidade deles, a gente procura ser mais simples, na medida do possível, assim, na linguagem que tu vai usar, que eles vão entender [...] tu tem que usar dentro da realidade deles [...] tu tem que ser de acordo com o ambiente deles, né, pra procurar a confiança e o vínculo deles. (P6).

Então, eles, a maioria dos idosos, conhece a gente, assim ó, quando a gente era criança também. E pra eles contarem tudo, olha, eles relatam coisas que, às vezes, não comentam nem com o médico aqui, que o pessoal vê a gente como uma da casa. Desde o medicamento, o doutor dá o remédio aqui, a receita, eles esperam a gente ir na residência ou se não atacam a gente e dizem [...] “Esse remedinho é mesmo assim que tem que fazer?”. Da confiança que eles têm [...]. Porque tem tantos casos ali que parece, assim, que tudo querem tua ajuda, porque tu é referência, sabe? Porque esses dias mesmo, com a menina [assistente social], ela não se abriu. (P2).

Algo que em certa medida surpreende é o fato de que o compartilhamento do mesmo território e a familiaridade com os usuários não se constituiu como um elemento que atravessaria as condições para que os usuários confiassem suas questões – tal como se poderia entender na prática da psicologia. O que acreditam os autores que defendem um distanciamento benéfico entre a dupla - resguardando-se, entretanto, o interesse pelo que o

paciente fala, a empatia, a confiança e a disponibilidade do profissional em escutar - é que esta intimidade e relação fora do âmbito do tratamento possa interferir negativamente no sucesso do processo terapêutico. Isto, posto que, durante os atendimentos, o psicólogo precisa explorar aspectos muito íntimos da história de vida do indivíduo, o que poderia fragilizar de alguma forma o relacionamento familiar ou de amizade (FREUD, 1913/1990; JANIRO, 2016). Além disso, o paciente pode sentir-se desconfortável em revelar determinadas questões sobre si mesmo, de modo que o processo terapêutico fica comprometido. Por parte do profissional, ainda, podem haver pré-concepções sobre o paciente, surgindo opiniões pessoais e não somente profissionais, o que poderá afetar o processo (JANIRO, 2016; BRUSSET, 2003).

No contexto de realização da escuta investigado nesse estudo, entretanto, essa situação parece ter se configurado de forma diferente, na medida em que os participantes referem que essa proximidade poderia estar facilitando a fala e encorajando os usuários a dividirem os problemas vivenciados. Assim, é importante destacar que mesmo compartilhando o mesmo território, os agentes comunitários de saúde têm conseguido conquistar a confiança dos moradores, permeadas pela questão ética e pelo cuidado com a informação (SANTOS; NUNES, 2014), resguardando os problemas que lhes foram confiados:

Eles [está se referindo aos usuários] são extremamente fechados. Então, eu consegui esse vínculo, né, tu vai levar outra pessoa, tu vai perder o vínculo com aquele. Então, assim ó, de certa forma, como eles são bem difíceis de acessar, eu me sinto privilegiada de ter conseguido, porque eles têm muita confiança em mim [...] da ética, sabe, tudo, então eles sabem que o que eles falam pra mim ali, e o que eu vejo, não sai dali. E é por isso que eles, eles têm, porque nem com os vizinhos eles deixam, eles convidam pra ir. (P8).

Além disso, a continuidade do acompanhamento, característico do trabalho dos agentes comunitários de saúde, é outra condição que parece favorecer o vínculo e a relação de confiança que os profissionais têm estabelecido com os usuários. Dentre as atividades do ACS, inclui-se a realização de visitas domiciliares periódicas, sendo recomendado pelo Ministério da Saúde que haja no mínimo uma visita mensal a cada domicílio da área de atuação do agente, havendo variações em função do estado de saúde de seus habitantes (BRASIL, 2001b, 2006, 2012b). No relato a seguir, a participante aponta para esta continuidade no acompanhamento como fundamental na construção do vínculo e, conseqüentemente, no processo de escuta:

[...] tu vê, a gente trabalha, eu trabalho há quantos anos, então, tem muita gente ainda que a gente trabalha mas ele nunca se abriu, né, a gente trabalha com eles, tudo, aí até ele chegar a te confiar e te contar, leva muito tempo, leva muito a questão da confiança que eles tem, né [...] eu acho que, claro, a gente sabe que é uma coisa difícil, né, uma pessoa vai chegar, nunca te viu, né, embora sabendo que tu é a pessoa adequada pra escutar, né, e ele fale tudo, que ele se abra. Não, tu vai ter que conversar com ele e adquirir confiança pra ele poder te contar o que tá acontecendo com ele. (P7).

Outra condição fundamental no processo de escuta referida pelos participantes consiste no estabelecimento de uma relação empática com aquele que fala. Para tanto, o profissional deve buscar uma aproximação com os modelos de entendimento do usuário, alcançando os significados que ele dá às experiências e entendendo a realidade como ele a entende, sem, no entanto, perder a sua própria identidade (SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003). O encontro implica, deste modo, no “abandono” do ponto de vista pessoal para entender o ponto de vista do outro (TORRES; SANDOVAL, 2003). Além disso, devem-se suspender julgamentos e juízos de valor (VELASCO; RIVAS; GUAZINA, 2012), o que traz confiança ao usuário e liberdade para expressar seus conteúdos mais íntimos, condição esta imprescindível no processo de escuta:

Tu estar pronto pra ouvir sem fazer julgamento, sabe? Tu procurar entender, ter uma empatia com aquela pessoa que tá na tua frente, procurar entender o porquê daquela situação [...] assim ó, como exemplo, na minha área eu não tenho conhecimento de drogas, mas a gente sabe, assim ó, que usualmente a gente usa, assim, pro usuário de drogas “É vagabundo, não tem o que fazer, é isso e aquilo”. Na verdade, saber o que que levou aquela pessoa a ir até as drogas? Tem pessoas que a única forma de sobreviver é as drogas, porque todos nós, todos querem ter uma vida, assim ó, de poder comprar, de poder viver. Eles não são diferentes dos outros. Então pra nós, que estamos, assim, pelo senso comum, é muito fácil de nós vermos “ah, aquele é vagabundo, aquilo é drogado”. Mas o que que tem por trás? [...]. E isso, eu só tenho conhecimento porque eu fui buscar, porque na prática e no trabalho não se tem. (P8).

É importante que se reflita em como se pode avançar para superar a perspectiva que está colocada pela participante com relação a não especialização dos agentes comunitários de saúde - “serem representantes do senso comum”, ainda que estejam atuando como profissionais de saúde. É necessário investir, deste modo, em ferramentas que possibilitem que esses trabalhadores avancem no sentido de superar o senso comum, pois isso evitaria julgamentos ou posicionamentos de ordem moral. Com isto, demonstra-se fundamental capacitar, refletir, discutir casos, acompanhar os avanços científicos e o que vem sendo pensado em relação aos assuntos complexos que envolvem a saúde mental.

Para além do vínculo, da empatia e da suspensão de julgamentos, outro aspecto bastante ressaltado pelos participantes como condição fundamental a uma boa escuta diz respeito ao estado do profissional enquanto escuta, o qual deve manter-se “calmo”, “paciente” e “tranquilo”. A capacidade de “auto-continência” do profissional, trazida por Zimerman (2007), traduz essa questão, ao passo que indica que este deve ser capaz de conter também as suas próprias angústias e reações contratransferenciais durante o processo de escuta. Atenta-se que, no relato das participantes, estiveram presentes situações que provocaram, nas profissionais, sentimentos como medo, ânsia, impotência e “falta de energia” durante o processo de escuta, os quais precisaram ser contidos, para que não impedissem o profissional de intervir.

No nosso caso, como nós, o agente de saúde, dentro da casa a gente tem que ter muita paciência, né, porque assim ó, tem casos que tu entra leva dez minutos, tem casos que tu entra leva uma, duas horas, né, então tu tem que ter muita paciência pra poder escutar, né, e ter calma, né, porque assim, quando tu começa a escutar que ele quer cometer suicídio ou que ele tem pensamentos suicidas ou se ele já tentou, tu tem que procurar manter a calma porque tu entra em pânico, né. (P1).

Assim, preocupações do profissional consigo mesmo, ainda que sejam referentes ao papel desenvolvido na interação com o outro, como o que dizer ou fazer em seguida à escuta, podem constituir um muro entre o profissional e a pessoa entrevistada. Isto, posto que o profissional desvia sua atenção, o que o impede de exercer a escuta adequadamente, por não estar comprometido totalmente com a interação (SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003).

Quanto a disponibilidade para a escuta, requisito também apontado pelos profissionais como necessário à qualidade da escuta, vimos que vai de encontro às recomendações de Broide (2016), quando este postula a necessidade dos profissionais sustentarem uma “atitude de escuta” perante os usuários, ou seja, uma abertura para que o outro fale. Ademais, percebe-se que tal atitude está presente na prática destes profissionais, através de expressões como “[...] tem casos que tu entra leva uma, duas horas, né [...] tu fica, às vezes, uma manhã inteira ou uma tarde inteira com o paciente”. (P1); “[...] fiquei duas horas lá com ela conversando, desabafando [...]”. (P2); “[...] eu não contei o resto pro médico, ela disse, né, daí eu disse ‘se tu quiser me contar eu to aqui’”. (P1).

Em concordância a essa questão, a literatura tem ressaltado, ainda, a necessidade dos profissionais utilizarem seu tempo em uma perspectiva qualitativa, ao invés de quantitativa (BRASIL, 2012a). Isto, visto que, pela falta de tempo, pela demanda em excesso e pela necessidade de cumprir metas com relação ao número de atendimentos, os profissionais

tendem a se adiantarem em respostas prematuras às situações atendidas, sem explorar ou buscar uma compreensão sobre a angústia por trás da questão. Assim, o usuário pode sentir que não teve a atenção suficiente, ou que existem mais informações que não foram reveladas, gerando novas procuras aos serviços de saúde (BRASIL, 2012a). Cabe ressaltar, entretanto, que no presente estudo os profissionais parecem estar dedicando tempo para a escuta, guiando seu trabalho em uma perspectiva qualitativa.

A importância da ética profissional na escuta também foi destaque em diversas entrevistas, especialmente no que se refere ao sigilo sobre as questões confiadas pelo usuário ao profissional. Esta condição procura ser mantida pelos agentes comunitários de saúde mesmo na situação da visita domiciliar, e é quebrada apenas nas situações de maior gravidade e/ou dificuldade, quando compartilhadas com a equipe e/ou a família. A criação, recentemente, do Código de Ética da categoria representou um avanço significativo para nortear esses trabalhadores quanto às questões éticas, e contém, por exemplo, recomendações sobre o respeito à privacidade e à intimidade da família assistida; a guarda de sigilo sobre informações a que tenha conhecimento em virtude da atividade profissional e, ainda, ao informe sobre situação de risco à família assistida ao supervisor competente (CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, 2015).

A nossa postura a primeira coisa é sigilo, né, tu tem que sair daquela casa, fechar o portão e esquecer aquela história porque tu vai no vizinho, e nós temos muito isso, esses dias eu até quase perdi, perdi as estribeiras com uma mulher, porque ela “ah, mas tu foi lá na fulana, né, eu vi tu saindo de lá, mas e daí a fulana não sei o que” e eu conversando com ela com os assuntos dela, né, perguntando se ela tava tomando a medicação, “mas e aí, mas me conta” aí eu, tanto ela insistiu que eu disse assim “só um pouquinho, a senhora gostaria de eu sair aqui da sua casa agora contando pro seu vizinho o que eu acabei de ouvir da senhora aqui?”, “ah, eu não” e eu disse “então, a senhora tem que entender meu lado” [...] eu tive que fazer ela ver, né, se pôr no lugar da pessoa, às vezes, a gente tem que se pôr no lugar do outro. (P5).

Em primeiro lugar, só eu e o paciente que ficamos, em casa eu não comento sobre meus pacientes, eu não comento nada. Eles [os usuários] chegam pra mim e dizem “eu tava esperando tu chegar aqui, porque eu sei que eu falo pra ti e tu não vai contar pra ninguém”. É o sigilo, é a confiança que eles têm. Eu acho que em primeiro lugar, assim ó, claro que daí, de repente, assim, se há um risco de suicídio, alguma coisa, daí claro que tu vai ter que procurar alguém pra, pra passar, né, porque tu não pode ficar com essa responsabilidade pra ti, tu saber que um paciente teu tem risco de suicídio e tu ficar pra ti e não avisar a família. (P8).

Além disso, para alguns dos participantes entrevistados, a escuta deve ser conduzida sem muitas interferências por parte do profissional, o qual deve buscar não emitir opiniões e direcionamentos ao paciente. No relato de outras participantes, entretanto, vimos que está

presente uma escuta mais ativa, com aconselhamento, especialmente diante de situações onde o que estava sendo vivenciado pelas participantes era uma situação limite – risco de suicídio, violência doméstica ou crise.

Entende-se, assim, que diante dessas situações a escuta se torna mais ativa, exigindo do agente comunitário uma ação mais propositiva que efetivamente busque uma saída ou uma mudança momentânea da situação, até que outros recursos possam ser acionados. Nesses momentos, pode se fazer necessário que se tenha uma atitude de escuta menos passiva, pois a urgência da situação impõe uma ação. Contudo, em outras tantas situações relatadas a escuta pode ficar permeada pela acolhida e pelo compartilhamento:

Olha, eles adoram contar as coisas pra gente, por isso eles nos usam como psicólogas, né, mas tem um grande detalhe, nós não podemos aconselhar, assim ó, às vezes, as pessoas te contam certas histórias que dá vontade de “mas o que que tu quer com esse cara ainda apanhando? chuta o balde” se eu disser isso e essa pessoa fizer e disser “a minha agente de saúde me disse” eu to ferrada, eu não tenho esse direito, tenho que só ouvir. Claro que se eu ouvir uma pessoa que eu to vendo que ela tá falando que vai se matar, aí eu procuro conversar aqui pra gente vê se a gente consegue resolver, não vou virar as costas pra pessoa que eu to vendo que tá mal [...] teria que ter sabe, um psicólogo já pode, né, já pode aconselhar essa pessoa, né, um psicólogo eu vou lá me tratar contigo e tu me dá uns conselhos que eu tenho que ouvir pra melhorar minha vida, nós já fica complicado. (P5).

As participantes, mesmo com a percepção clara de que tem problemas que necessitariam ser escutados por profissionais especializados em saúde mental, parecem estar realizando uma intervenção inicial, e é importante destacar que muitas vezes é a partir dessa escuta inicial que outras escutas ou atendimentos podem ser acessados (BRASIL, 2013). Assim, resguardada a importância da intervenção especializada que outros profissionais de saúde realizam, a exemplo do psicólogo, é importante dar visibilidade à escuta qualificada que os profissionais da atenção básica também podem realizar, e aos efeitos que esta intervenção bem conduzida pode obter nos casos de saúde mental (CHIAVERINI et al., 2011). Com isso, espera-se que esses profissionais possam reconhecer o valor terapêutico de suas ações e alavancar o uso deste dispositivo, recorrendo, é claro, à outros recursos mais especializados, quando se fizer necessário.

3.1.2 O que pode a escuta qualificada?

A valorização da dimensão subjetiva nas práticas de saúde é um dos preceitos da Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004). Muitas vezes,

entretanto, os atendimentos seguem unicamente um protocolo, em detrimento de um atendimento efetivo e humanizado, por uma dificuldade de aproximação entre profissional e usuário. Tal dificuldade, possivelmente, é fruto de uma fragmentação do saber, na medida em que o psicólogo ainda é visto como o responsável pelas questões subjetivas e emocionais; e o médico, pelas questões orgânicas. Essa fragmentação de funções, contudo, não considera que o ser humano é, ao mesmo tempo, somático e psíquico (VELASCO; RIVAS; GUAZINA, 2012; FOSSI; GUARESCHI, 2005).

A importância dada aos profissionais das áreas de psicologia e psiquiatria foi um aspecto bastante presente na fala dos participantes, na medida em que alguns dos entrevistados tratam da questão do sofrimento psíquico como uma demanda que deveria ser destinada prioritariamente a esses profissionais. Esta questão também esteve presente no estudo de Sousa (2007), a qual aponta a necessidade de desconstrução desta lógica da especialidade na atenção em saúde mental, a qual pode se constituir em um empecilho para que os ACS também possam promover ações de saúde mental.

[...] porque a gente tem que mais ouvir essas pessoas, acredito eu, do que falar ou dar opiniões, né, porque mais é um desabafo, né, do que uma, eles querem uma solução, mas na verdade ninguém traz solução, né. O nosso trabalho mais é escuta, mais é escuta [...]. Eu acho que a escuta nesse caso é mais importante, porque o que que a gente vai fazer num primeiro momento, não tem, seria mais certo um psiquiatra [...] eu não me sinto preparada, assim, eu acho que tinha que ter um psicólogo junto, um psiquiatra, sei lá, claro que não vai ter um psicólogo ou psiquiatra pra ir acompanhar nós, mas nesses casos, assim, pra analisar, pra ver a situação. (P3).

Eles conversam com a gente, mas eu acho que, às vezes, não é a mesma coisa, né, do que ter um outro profissional [está se referindo aos profissionais dos núcleos de psicologia e psiquiatria], porque nós ouvimos o que a gente acha que é o certo, né, mas, às vezes, não é, né. Eles precisam de algo mais [...] é terapêutico também a nossa escuta, mas eu acho que o profissional se tivesse, né, seria acho que muito mais ainda, né, porque tem feridas muito mais profundas, né, que a gente, agente de saúde, não consegue, né. (P1).

Ressalta-se, porém, que a importância conferida aos profissionais especialistas não fez, neste contexto, com que estes trabalhadores se eximissem do contato e do trabalho com as demandas de sofrimento psíquico, pois como já mencionado, os participantes parecem disponíveis a essa escuta. Entretanto, por nem sempre terem clareza de que a escuta que realizam constitui uma intervenção e dos alcances que ela possui, as falas dos participantes refletem, em determinados momentos, sentimentos de frustração e impotência diante da escuta do sofrimento psíquico. Isto também foi evidenciado no estudo de Ribeiro, Caccia-

Bava e Guanaes-Lorenzi (2013), onde recursos relacionais que atravessam a construção do cuidado aos usuários de saúde mental na atenção básica – como qualidade do vínculo, capacidade de escuta, diálogo – foram subvalorizados.

Ao serem questionados sobre os efeitos da escuta que realizam na atenção básica nos casos de sofrimento psíquico, os agentes comunitários de saúde parecem acreditar que algo de positivo se produz através da intervenção que realizam, ou seja, de que sua escuta se constitui terapêutica em alguma medida. Embora não saibam explicar o que acontece durante o processo de escuta, os participantes identificam sinais de melhora nos usuários após serem verdadeiramente escutados, expressas por mudanças na aparência, por exemplo. Também no estudo de Santos e Nunes (2014), a disposição em escutar o outro foi elencada pelos agentes comunitários de saúde como uma ferramenta de trabalho que apresenta resultados positivos:

Eu acho que tem [efeito], porque eu acho assim ó, seria muito pior, né, se não tivesse ninguém pra escutar, né, porque eu vejo assim ó, cada vez que eu chego em alguma casa e quando ela diz assim “ah, que bom que tu chegou porque eu preciso conversar com alguém” né, então eu acho que no momento em que a gente fica ali com aquela pessoa parece até que a fisionomia dela muda, tu olha assim pra ela quando tu chega na casa ela tá de um jeito e quando tu sai ela já tá bem diferente, né. (P1).

Em alguns casos a gente consegue reverter muitas situações, essa dona [fala o nome da usuária], ela já teve várias recaídas depois que eu comecei a atender ela, eu ia lá e ela tava assim, conversava com ela, conversava com ela, explicava isso e aquilo, dava uma força, quando eu ia no outro dia, ela já tava bem melhor. Aí durante, ela ficava bem, assim, ela fica uns tempos super bem, aí dali um pouco eu já ia no outro mês, ela já tava, assim, desanimada, aconteceu isso, aconteceu aquilo, dava mais uma conversada quando via já se reerguia. (P6).

Porque tem uma mãezinha que faz dois anos que perdeu um filho, que infartou [...]. E se eu te contar, eu fiquei duas horas lá com ela, aquela manhã, ela desabafando, ela conversando [...]. Daí nisso ela me pediu, disse “ah, quem sabe tu liga o rádio?”. Pra ti ver, né? “Quem sabe tu, sabe botar na estação ali?”. E eu digo “Sim! Boto na estação e deixo aqui pra senhora ouvir” [...] mas daí tu já vê a aparência, sabe? Ela já deu um sorriso e pediu “tu pode ligar?”, ligamos o rádio e tava dando uma música boa, sabe? Tu já vê, assim ó, eu dei um abraço nela, ela me apertou assim e eu digo “a senhora viu? A importância da gente conversar”. (P2).

Os relatos das participantes acima parecem evidenciar que a partir do encontro permeado pela escuta realizada, algo aconteceu e uma mudança pôde ser percebida. Quanto ao que proporciona a escuta em termos de efeito, as participantes relatam ou deixam transparecer através dos exemplos dados, resultados como alívio do sofrimento, reflexão, orientação, reconhecimento e, ainda, a possibilidade de se ter uma visão mais ampliada dos casos atendidos, o que está em conformidade com a literatura (SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003; BRASIL, 2013; CHIAVERINI et al., 2011; TORRES; SANDOVAL,

2003; FIGUEIREDO, 2007; NEVES, 2007; MIRANDA; MIRANDA, 1996; SOUSA, 2007; BRAGA; DALTRO; DANON, 2012): “Pra aliviar o sofrimento, né, ninguém para pra escutar ninguém, quem para somos nós, os agentes de saúde, que vai na residência, que vê todo o contexto, né [...]. Ninguém para pra conversar, assim, é tudo muito corrido, né”. (P4).

Ajuda, porque eles dizem “ai, que bom que tudo me ouviu, eu tava precisando conversar com alguém”. Eu, no meu ver, assim, tem um efeito, assim, um pouco de alívio por eles poderem desabafar, só deles poder conversar com alguém e saber que aquilo ali vai ficar entre nós. Claro, quando é um caso que eu vejo que é um caso bem complicado a gente tem que vim conversar com a equipe, né, pra ver se eles nos ajudam, mas se não for um caso assim, que é só um desabafo, que tu vê que a pessoa só queria, fica comigo e eles se sentem bem por saber que fica comigo, que eles podem conversar, eles chegam a me atacar na rua “tu pode ir lá em casa amanhã, to precisando conversar contigo” eu vou lá e sei que é só pra desabafar. (P5).

Miranda e Miranda (1996) afirmam que, muitas vezes, a pessoa necessita apenas ser escutada para que ordene e organize sua própria experiência, e mesmo que a solução para seus problemas pareça distante ou até impossível, o mero falar traz um alívio imediato para ela. Assim, quando uma pessoa sobrecarregada de emoções se expressa, encontra alívio, e a escuta é que proporciona esse alívio, impedindo que ela se desestruture por experimentar um nível de tensão acima de seu limite, por não ter com quem dividir o peso.

No entanto, nem todas as pessoas possuem capacidade de escutar, sendo frequente níveis de comunicação superficiais que não promovem ajuda, nem desenvolvimento pessoal, realidade também presente nos serviços de saúde (MIRANDA; MIRANDA, 1996). Este desenvolvimento pessoal de que nos falam as autoras pode ser concebido, por exemplo, através da oferta de um espaço para pensar, refletir, escutar-se e produzir novos sentidos (ROSA, 2007; FREUD, 1937/1980; SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003; LIMA, 2012; BRASIL, 2013; TORRES; SANDOVAL, 2003; MACEDO; FALCÃO, 2005; ZIMERMAN, 1997).

A gente procura entrar numa conversa que a pessoa se perceba por si própria, né, pare e pense, eu tento fazer isso que a pessoa pense, eu não digo “olha, tu tem que fazer isso” mas eu entro numa conversa com ela, “mas por que que tu te submete? Tu nunca pensou em sair?” [...] a gente procura conversar, não diretamente um conselho, não se faz isso, pra essa pessoa talvez tu saí dali e ela se ligar, pensar. (P5).

Vimos, com isso, que a escuta, para ser qualificada, não precisa ser conduzida, necessariamente, com vistas a uma “resposta” do profissional a demanda apresentada pelo usuário, destacando-se que a abertura à escuta já pode produzir, por si só, efeitos importantes

(BRASIL, 2013; LIMA, 2012; BROIDE; BROIDE, 2012; BROIDE, 2016; MIRANDA; MIRANDA, 1996; SOUSA, 2007; NEVES, 2007). Além disso, a abertura para que o outro fale fornece ao profissional informações para o entendimento do usuário, possibilitando uma visão mais ampliada da situação atendida (SOUSA, 2007). No dizer de Braga, Daltro e Danon (2012), a escuta é de fundamental importância pois, através dela, compreende-se o sujeito e sua questão:

[...] eu converso bastante com ela, eu faço ela me contar, aí ela me contou que a filha tá braba porque ela teve que voltar pra morar com a filha [...] porque daí, eu penso assim, per aí, uma mãe cuida de um filho, passa por diversas dificuldades, eu sou mãe, hoje eu sei, antes eu não entendia, como é que uma filha não pode acolher uma mãe? [...]. Aí eu fui tentar investigar pra ir mais fundo, pra saber o que tava acontecendo, daí a filha me relatou outra situação [...] um dia a filha chegou e me falou que o pai tentava abusar dela e a mãe nunca fez nada, então ela tem raiva da mãe por aquela situação, então pra ver que é bom a gente escutar os dois lados, não julgar [...] porque eu já tava indignada com aquela filha, né, só de ouvir a mãe, eu pensava “meu Deus, que filha é essa?” [...] então pra ti ver que, às vezes, a gente não sabe, a maioria das vezes a gente tá sempre julgando, pré-julgando, né, mas na realidade a gente tem que escutar, por isso que eu te digo que eu escutei, é muito importante. (P3).

Percebe-se, através deste relato, o quanto à abertura para a escuta traz um novo entendimento, ampliando a compreensão do caso e, com isso, modifica-se a forma de intervir perante a situação. Além disso, a escuta possibilita que os profissionais identifiquem as necessidades do usuário, angústias, dúvidas, medos e fantasias, amenizando-as através de orientação adequada. É através dela, ainda, que se podem vislumbrar os recursos da pessoa atendida e novas possibilidades para as questões enfrentadas (VELASCO; RIVAS; GUAZINA, 2012).

Essa semana mesmo eu passei por uma situação, assim ó, a paciente, ela começou a tomar haldol e amitriptilina [...] aí eu entrei na porta e ela trancou a porta, eu disse “ah meu Deus, é hoje” [risos], aí ela trancou a porta e eu disse “que que foi?”, ela começou a tomar essa medicação só que ela não sabia o porquê ela tomava essa medicação, né, daí ela disse “não, mas eu quero saber porque que o doutor me deu essa medicação?”. Aquela mulher só chorava, né, “porque eu não sei mais o que que eu faço, porque a minha vida tá uma porcaria, porque, hã, melhor morrer” sabe, assim ó, daí eu disse “não, vamos conversar, né [...] por que que o médico deu essa medicação pra ti?”, “ah porque eu contei pro doutor que eu ouço vozes, eu enxergo vulto, ah, porque quando eu to dentro de casa sozinha tem pessoas atrás de mim” né. Aí eu fui explicar pra ela o porquê do haldol, porque que então o médico tinha dado o haldol pra ela (...) daí tentei explicar pra ela assim ó “o haldol, ele vai, porque assim ó, tu sabe que o cérebro da gente é muito traiçoeiro, ele prega peças na gente, então quando a gente não tá bem ele começa a pregar peças, daí a gente começa a ouvir vozes e manda fazer coisas que a gente não quer”, “ah, é bem assim” ela disse “é bem assim, parece que contei tudo pra ti”. (P1).

A escuta viabilizada pelos agentes comunitários de saúde no contexto da atenção básica torna-se fundamental, especialmente, porque em algum momento da vida todo o ser humano sente necessidade de ser escutado, sendo o ACS o profissional geralmente mais próximo das famílias. Além disso, como presente no próprio relato das participantes, as pessoas, muitas vezes, não desejam destinar suas questões às pessoas do seu círculo de familiares e amigos, necessitando da escuta de alguém que, de certa forma, possua um certo distanciamento das questões que lhe deverão ser confiadas (JANIRO, 2016). Apesar do ACS compartilhar do território dessas pessoas, como já mencionado, este também representa um profissional de saúde perante os usuários, pautado por uma determinada ética no seu fazer, o que faz com que os usuários sintam maior liberdade para confiar suas questões (SANTOS; NUNES, 2014): “Às vezes, um da família não sabe o que tu tem conhecimento”. (P8).

[...] às vezes tem efeito, né [a escuta], porque assim, às vezes, quando a gente escuta e tu, quando a gente escuta e que eles contam coisas que eles não teriam coragem, não contam nem pros outros, pras pessoas próximas, nem da família, né, aí a gente consegue, às vezes, a gente até consegue aconselhar, entendeu? [...] às vezes, ela tá guardando aquilo com medo de pré-julgamento, né, da família, porque, às vezes, é isso, né, a gente consegue, a gente “não, tem que conversar, tem que explicar, tu tá sofrendo por causa disso? Tu tem que conversar, ninguém vai julgar”. (P7).

Além disso, o reconhecimento do sofrimento como algo legítimo é uma necessidade de todo o ser humano que parece estar sendo suprida pelos profissionais participantes desse estudo: “Dizer pra pessoa que tem um sofrimento que sim, que compreende, que isso existe, que, né, faz parte, e que pode, com ajuda, pode ter uma melhor qualidade de vida”. (P4). A importância do reconhecimento está presente no discurso de diversos autores (FIGUEIREDO, 2007; SOARES, 2004; TORRES; SANDOVAL, 2003), como uma função fundamental que pode ser cumprida também pelo profissional de saúde, pois na medida em que dedica tempo para escutar o paciente e mostra interesse em todos os aspectos que parecem importantes para ele, demonstra que este é estimado e que suas necessidades e problemas são reconhecidos e legítimos (TORRES; SANDOVAL, 2003):

Porque, às vezes, é uma coisa, assim, que parece banal pra gente, né, mas que faz toda a diferença pra eles. É o caso que eu te contei da paciente da data de nascimento, pra mim, saber a data de nascimento, a minha idade, não traz problema nenhum, mas pra ela tinha um problema. Então, assim ó, tu respeitar o problema do outro, porque pra gente é nada e pra eles é muito, ou pra gente também, porque cada um de nós vive uma coisa, pra mim pode ser, não significar nada, e pra ti significar muito. (P8).

Por fim, percebe-se, através dos exemplos dados, que a escuta na atenção básica é um dispositivo que vale a pena ser investido e que é passível de efeitos e resultados significativos, quando conduzido com qualidade. Prova disso, é o fato de que, em diversos momentos da pesquisa, as participantes trazem exemplos de casos gratificantes, onde a escuta do agente comunitário de saúde proporcionou um novo encaminhamento para o caso:

[...] eu já passei uma manhã inteira com um paciente que ele dizia assim “eu não quero mais te ver, porque eu quero me matar, porque essa vida é uma porcaria, porque não sei o que” ele descobriu que ele era soropositivo, né, mais um agravante ainda, né, então pra ele foi, né, foi um desespero. Mas graças a Deus eu convenci ele que ele tinha que se tratar, que ele podia viver muito bem com a doença, né, tinha vários cuidados que ele poderia ter, que ele ia ter uma vida saudável se ele trocasse a maneira de viver dele, que ele ia, e hoje ele vive, né [risos], hoje ele se trata, ele tem família sabe, hã, e tu olha, tu diz que não tem, só quem sabe, muito poucos sabem, né, então pra mim, quando acontece isso, pra gente é muito gratificante, né, porque tu vê que teu trabalho realmente funciona, né. (P1).

Logo que eu entrei aqui tinha uma mulher que passou bastante humilhação, sofrimento com o esposo, né, que ela não, não tinha renda, né, não tinha. Daí eu comecei a conversar com ela e mostrar pra ela que sim, que ela podia, quem sabe, começar a trabalhar, ter uma profissão, né, e ela começou. E hoje ela trabalha, não tem mais horário, de cuidadora, e ganha bem [...]. Então ela ficou bem autônoma, né, deixou de depender do esposo [...] e isso tirou ela, acho, do buraco, mostrou que tinha vida lá fora, né. (P4).

No dizer de Aosani e Nunes (2013) e Ribeiro, Caccia-Bava e Guanaes-Lorenzi (2013), é necessário avançar no sentido de que recursos técnicos relacionais sejam cada vez mais legitimados como formas de cuidado em saúde mental. Isto, posto que, a despeito dos recursos que têm sido utilizados pelos trabalhadores da atenção básica para o manejo das situações de saúde mental, a exemplo da construção de relações próximas e afetivas com a comunidade, centradas na escuta e no diálogo, parece predominar, ainda, o discurso do déficit, como se a utopia do que desejam realizar estivesse sempre distante, ao mesmo tempo em que estão construindo uma nova história de assistência em saúde mental. Com isso, a realização de estudos que abordem essa problemática e deem visibilidade ao que vem sendo produzido é uma necessidade que pode contribuir também no reconhecimento profissional destes trabalhadores.

3.1.3 A medicalização do sofrimento: Que outras intervenções são possíveis?

A tristeza e o sofrimento são respostas humanas universais às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades, constituindo-se em algo inerente ao sujeito.

Entretanto, o imperativo do bom humor, a lógica do prazer e da saúde que caracterizam nossa sociedade recriminam a tristeza, como se as pessoas não tivessem o direito de sofrer, chorar e de ficarem tristes. Isso faz com que a sociedade venha experimentando um consumo exagerado de, por exemplo, antidepressivos, na medida em que as pessoas, ao sentirem-se tristes, desanimadas e angustiadas se diagnosticam ou são consideradas depressivas (FERREIRA; GONÇALVES; MENDES, 2014).

Amarante (2017) destaca o fenômeno contemporâneo de patologização do sofrimento, das dificuldades cotidianas e das situações de mal estar, o que vem ocasionando um consumo exagerado de medicamentos. A exemplo da depressão, o autor coloca que por tratar-se de um conceito e, exatamente por ser tão maleável, tão subjetivo, tornou-se propício a que se elegesse a depressão como a doença a ser cada vez mais alargada para abarcar situações da vida como conflitos, desgosto, desemprego, separação e luto, formatando-as como doença, indo em direção aos interesses da indústria farmacêutica, para incrementar a venda de medicamentos.

Outro exemplo, consiste no diagnóstico do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), onde os pais são levados, muitas vezes, a mudar seu olhar para ver na criança não alguém rebelde, em crescimento, mas com uma patologia. Há também as situações de crise evolutivas, como entrada na terceira idade, iniciação na vida sexual, saída da primeira infância para a puberdade, entrada na vida adulta e crises de identidade que podem vir acompanhadas de uma certa situação depressiva. Porém, o comportamento das pessoas diante dessas dificuldades acaba sendo patologizado, e o que se tem é uma ampliação do conceito de anormalidade, que culmina no recurso às medicações (AMARANTE, 2017). Veras (2015) reforça essa concepção, ao referir que existem processos de patologização de estados antes compreendidos como inerentes ao desenvolvimento humano, patologização que vai ao encontro das soluções oferecidas pelo mercado: a medicalização.

O fenômeno da medicalização do sofrimento foi um aspecto citado por grande parte das entrevistadas, as quais sustentam uma crítica e uma preocupação diante do uso massivo deste dispositivo pelos usuários da unidade: “Aqui tem muita gente que toma remédio, eu acho que sem precisão, sabe? Isso aí me preocupa, e tu tá vendo, assim ó, que não precisa, até por ali. E aí querem dopar, dopar, dopar, pra ficar dormindo o dia inteiro”. (P2).

[...] tem muita gente, gente, é muita gente tomando remédio controlado, ninguém mais faz assim, o que que eu me refiro [...] se tu puder recorrer, tu tem que mexer tua cabeça com alguma coisa, tu tem que sair, tu tem que dançar, tu tem que

caminhar, pega uma garrafa de água e vai sair caminhar [...] só que quanto mais tu for no psiquiatra, tu te queixar, é o que eu noto dos pacientes, mais medicação eles dão e as pessoas tão tudo aí, hoje em dia, vivendo medicadas. Pra ti ser feliz tu toma fluoxetina, se tu não dorme tu toma clonazepan, diazepan, sabe, pra tudo tem que ter uma medicação, sei que os problemas tão aí e tudo, mas eu acho que, assim ó, as pessoas tão com falta do que fazerem, ter grupos, sabe, ter mais coisas assim. (P5).

Nas palavras de Quinet (1997), já se pode falar em uma nova toxicomania com relação ao uso de medicações psiquiátricas, na tentativa que fazem as pessoas de anestesiarem-se do sofrimento. Também a OMS tem chamado a atenção para o uso indiscriminado de antidepressivos, e reconhecido que os mesmos causam dependência, na medida em que sua suspensão e retirada tem se demonstrado tão difícil quanto a de uma droga ilícita ou do álcool, com sintomas de abstinência como insônia, irritabilidade, palpitações e mal estar (AMARANTE, 2017).

Souza, Pereira e Kantorski (2003), apontam o fenômeno da medicalização do sofrimento como uma consequência da não escuta por parte dos profissionais, pois, na falta desta escuta, a gestão de outras alternativas acaba por não entrar em questão. Somado à isso, o recurso à medicação é buscado, tanto pelos profissionais, quanto pelos usuários, por oferecer, comumente, uma resposta mais “rápida” diante dos sintomas. Entretanto, apesar da prescrição de drogas psicoativas amenizarem sintomas, podem mascarar o sofrimento, conduzindo-o ao agravamento ou mesmo à cronicidade, e gerando, no usuário, uma dependência do serviço médico para levar sua vida diária, com prejuízo de sua autonomia.

Nas palavras de Quinet (1997), a medicalização é uma “solução” que, por vezes, retira a implicação do sujeito em seu sofrimento, fazendo com que este não realize mudanças necessárias e, talvez, por isso tão utilizada: “Aí hoje eu falei pra ela [...] tu não adianta só tomar a medicação e te enterrar dentro de casa, tu tem que fazer alguma coisa por ti, tu tem que saber, senão teu corpo e tua cabeça não vai, não vai funcionar”. (P3).

Sabe-se que a medicação psiquiátrica é necessária em algumas situações, especialmente nos casos de sofrimento psíquico grave, o que é reconhecido pelas participantes da pesquisa: “Que às vezes precisam, né? Tem casos que precisam”. (P2); “[...] eu sou contra a medicação, eu acho que tu tem que tomar a medicação, assim, no último grau que tu tá”. (P5). Assim, o que parece estar sendo criticado pelas agentes comunitárias de saúde seria uma antecipação do uso da medicação, em detrimento de outros recursos disponíveis, tais como a escuta, os grupos e a socialização, por exemplo (SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003).

[...] uma coisa que eu digo e sei, porque assim ó, o paciente vai pro PA deprimido, o médico não sabe nem o que tá acontecendo e já começa a entrar com medicação controlada, eu canso de ver os meus pacientes chegar do PA ou do UPA, sei lá da onde “ai, amitriptilina, fluoxetina”, “tá, mas por que ele te deu isso?” “ah, porque eu tava isso, ai porque eu tava aquilo”, pelo amor de Deus, né, vai mandar num psicólogo, uma coisa, antes de entrar com um monte de medicação [...]. Grupos né, sei lá, um acompanhamento maior, assim, porque se eu chego no médico lá “ah, porque eu to isso e aquilo”, “ah, vamos dar uma fluoxetina, vamos dar uma amitriptilina porque ele tá assim, ah, vamos dar um haldol, vamos dar um lítio, vamos”, eu acho que antes de dar o medicamento, vamos orientar quem sabe participa de um grupo, ah, de uma caminhada, né. (P1).

Também Kehl (2009), refere que a medicação psiquiátrica pode ser necessária em muitos casos, e o que sustenta, porém, é uma crítica ao uso indiscriminado dos medicamentos e à tentativa que fazem as pessoas de suprimir as próprias crises normais da existência com o uso dos mesmos, o que poderia estar entre as causas do aumento das depressões no século 21. A eficácia dos medicamentos passou a ser questionada, mostrando-se que podem ser auxiliares, paliativos, opcionais em alguma situação, mas não permanentemente, não exclusivamente (AMARANTE, 2017). Percebe-se, assim, que o discurso das participantes vai ao encontro do que a literatura tem previsto como intervenções em saúde mental na atenção básica, a saber, a escuta, o acolhimento, os grupos e a inserção social (BRASIL, 2012a, 2013; CHIAVERINI et al., 2011).

Também Sousa (2007), em estudo realizado com ACS sobre sua atuação em casos de saúde mental, referiu a concepção destes trabalhadores de que a medicação deve ser associada à “conversa”. Além disso, os participantes da referida pesquisa pontuaram a importância de dispositivos como grupos terapêuticos, caminhadas, passeios, oficinas de artesanato, atividades laborais e de estudo como forma de prevenção e tratamento do sofrimento psíquico.

Amarante (2017) ressalta a importância da relação com o outro, da introspecção, da reflexão e da escuta como necessidades inerentes ao ser humano. Ressalta, entretanto, que frente ao sofrimento e às situações de crise, como o luto, o primeiro recurso utilizado como forma de suportar a crise é a medicação, de modo que o investimento nas relações é pouco valorizado, o que não é uma questão exclusiva do âmbito da saúde. No grupo de agentes comunitárias entrevistado, o que surpreende é a inversão desta lógica social mais ampla, na medida em que as participantes fazem um movimento de buscar nas relações o suporte para as situações de sofrimento psíquico:

Eu disse “mas a senhora tem o rádio, vamos ligar o rádio!”, e ela assim “desde que meu filho faleceu” [...]. Daí ela já começou a chorar e eu disse “tá, e o que que a senhora acha de psicólogo?”, “ah, é bom, mas eu não fui” [...] e tem a filha dela, daí eu disse “tá, e por que a senhora não vai ali?”, a filha dela mora nessa rua aqui, ó. “Eu nunca vi a senhora ali na sua filha, por que a senhora não vai, vai caminhar, vai passear, a senhora tem neto, tem bisneto [...] ah, e a sua irmã, que a senhora disse que tava meio amolada, a senhora não foi visitar?” Sabe, eu sempre procuro, assim ó, “quem sabe a senhora dá uma saidinha?” O grupo, eles nunca vieram, tu acredita? (P2).

No relato acima, percebe-se que a profissional propõe várias estratégias que poderiam ser utilizadas pela usuária e que são recursos disponíveis ou presentes na rede de relações, em detrimento do recurso primeiro à medicação como alternativa. Também Sundfeld (2010) discorre sobre a necessidade de que os profissionais da atenção básica problematizem com os usuários e familiares os pedidos de medicalização, promovendo um olhar crítico sobre o uso dos medicamentos e a corresponsabilização pelo cuidado. A partir do discurso dos agentes comunitários de saúde entrevistados, vimos que esta é uma realidade que tem sido posta em prática no contexto da atenção primária investigado.

3.2 A RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE USUÁRIOS E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: DESAFIOS, ENTRAVES E FACILIDADES NO PROCESSO DE ESCUTA

Oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início no fim da década de 80 no estado do Ceará, com o intuito de reduzir a mortalidade infantil por meio de ações que focassem a saúde da mulher e da criança. Constituíam-se, assim, uma nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, visando esclarecer a população sobre hábitos saudáveis e aproximá-la de maneira direta e efetiva dos serviços de saúde. Assim, o agente comunitário de saúde teria um papel estratégico, qual seja, o de estabelecer um elo entre a comunidade e os serviços de saúde, pois é o membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permitiria a criação de vínculos mais facilmente com os usuários (BRASIL, 2001b; LOPES; DURÃO; CARVALHO, 2011; BRITO; FERREIRA; SANTOS, 2014).

Esta condição de pertencimento ao território é explicitada através da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a qual discorre sobre os requisitos necessários para a profissão de Agente Comunitário de Saúde. Estabelece, assim, que este trabalhador resida na área da comunidade onde deverá atuar, minimamente, desde a data da publicação do edital do

processo seletivo público. Além disso, outras condicionalidades dizem respeito à escolaridade (ensino fundamental completo) e à conclusão, com aproveitamento, do curso introdutório de formação inicial e continuada (BRASIL, 2006). Recentemente, entretanto, a Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018, alterou o critério de escolaridade, estabelecendo o ensino médio como requisito para o exercício da atividade de novos ACS contratados (BRASIL, 2018).

Durante a realização da pesquisa, percebeu-se, a partir do relato das participantes, que uma importante relação de proximidade foi estabelecida entre os ACS e os usuários, dada tanto pelo compartilhamento físico do mesmo território, quanto pelo vínculo muito próximo que foi estabelecido entre ambos. Este vínculo parece ter sido favorecido por aspectos como a disponibilidade que estes profissionais apresentam frente aos usuários, a continuidade do acompanhamento e o estabelecimento de uma relação menos hierarquizada, como já mencionado. Além disso, concorre para esse vínculo o fato de que os usuários são pessoas que pertencem ao círculo de relacionamentos pessoais dos agentes, tais como amigos, familiares e vizinhos (SOUSA, 2007; KRUG et al., 2017; LOPES et al., 2012).

Conforme previsto na literatura (SUNDFELD, 2010; SOUSA, 2007), esta condição de proximidade faz com que os agentes de saúde encontrem maior facilidade em acessar os usuários, se comparado a outros profissionais, como relatado a seguir:

Não sei te dizer se dificulta ou até é melhor [a proximidade]. Eu acho que pelo um lado sim, se tu não tivesse um vínculo grande, se tu não tivesse um conhecimento com aquela família, tudo, talvez não, porque a maioria das famílias aqui, eu vim pra cá, pra vila, eu tinha 9 anos de idade, eu me casei com o meu marido com 16 anos de idade e eu continuo aqui na vila, eu só mudei de casa, então meu vínculo é muito grande [...] talvez por um lado seja bom, é mais fácil tu entrar, tu tem um vínculo, porque eu vejo que as gurias ali que trabalham no par [está se referindo à uma moradia do Programa Minha Casa Minha Vida] tem dificuldade muito grande de ser recebidas e já no meu caso eu nunca tive dificuldade com ninguém, sabe. (P5).

Prova disso, é o fato descrito por Drummond-Junior (2009) de que os ACS são chamados, frequentemente, para a realização de visitas domiciliares conjuntas com profissionais de saúde mental, pois o vínculo e o contato constante do ACS com os usuários em suas residências facilitaria a abordagem. A relação de proximidade facilita, ainda, o acesso do usuário e de sua demanda ao profissional e/ou serviço, na medida em que estes trabalhadores estão acessíveis, seja pela proximidade física, seja pelo vínculo, constituindo-se uma referência importante para o usuário:

[...] essa semana mesmo, né, uns dez dias desse mês, dez dias de férias, assim ó, sabe aquela coisa assim? Daí eu saio, eu saí de casa. Eu fui, eu disse pras gurias, não adianta, eu fui pra fora [...]. E assim mesmo, daí, os dias que o meu guri estava em casa, meu marido, aí disse “ó, fulano teve aqui, que precisa falar contigo”. Aí anota o nome, “não, mas ela tá de férias”, “ah, mas eu preciso tal coisa!”, sabe. Então, não adianta, eles, é a referência [...]. Tem coisa aqui que elas não se abrem, elas vão contar pra nós, aí nós temos que chegar aqui e comentar pro médico, comentar com a [enfermeira]. (P2).

[...] é esse o vínculo, enfermeiro, técnico e médico trabalham aqui, terminam o expediente e eles vão pra casa deles bem longe daqui, e nós ficamos aqui. E eles vão no teu portão, e eles vão de noite, e eles te ligam e é tudo tu, tua referência é o agente de saúde. (P5).

Além disso, percebe-se que esta relação de proximidade acaba por favorecer uma maior identificação e empatia destes profissionais no cuidado aos usuários (VIDAL; MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015). Isto, posto que os agentes de saúde participam do cotidiano daquela comunidade e compartilham, muitas vezes, das mesmas necessidades (SUNDFELD, 2010) e, ainda, na medida em que as pessoas atendidas pertencem ao círculo de relações pessoais dos ACS (SOUSA, 2007; KRUG et al., 2017; LOPES et al., 2012).

[...] a minha área, assim ó, eu faço das tripas o coração guria, tu não imagina o que eu faço pela minha área, eu não tenho hora, eu não tenho, eles me ligam, assim ó, se for meia-noite, se for duas, se for, eu não, sabe assim, porque eles são meus vizinhos, né, então quando eu ouço no posto assim, as gurias assim “até às cinco horas da tarde eu sou agente de saúde, depois nem me viu” eu fico quieta até, porque eu não sou assim, né, eu até as cinco horas da tarde eu sou agente de saúde, né, e eu não faço coisas que eu sei que vai prejudicar a minha profissão, mas depois das cinco horas da tarde eu sou a [diz seu nome], eu sou vizinha, eu vou ajudar meus vizinhos. (P1).

Entretanto, apesar desta relação tão próxima facilitar alguns aspectos, a exemplo do acesso do usuário ao profissional e vice-versa, percebeu-se, durante a realização da pesquisa, que esta condição de proximidade pode ser geradora de sofrimento para estes trabalhadores, aspecto que precisa ser considerado. Este sofrimento é gerado, inicialmente, por uma dificuldade referida pela maioria das participantes de “desligarem-se” das demandas de trabalho, visto que estes profissionais permanecem no território onde atuam e em contato com as pessoas atendidas, mesmo após o horário formal de trabalho (VOGT et al., 2012). Assim, esta condição de proximidade, se por um lado facilita que a demanda do usuário chegue ao profissional/serviço, gera também uma sobrecarga no agente comunitário de saúde, especialmente pelo fato de que este profissional é solicitado constantemente pelos moradores da comunidade, em condições que extrapolam o horário e local de trabalho (SOUSA, 2007).

Todos os dias, todos os dias, porque além da visita, eu sou vizinha, eu moro aqui dentro, junto. Os filhos brincam juntos, né. Então assim, além de, além de tudo a gente, não é só o vínculo profissional, né. É que tem uma área grande de lazer, né, um gramado lá no fundo e pracinha, e se eu desço final de semana com a minha filha eu to, eu continuo no trabalho [risos]. Os problemas vêm, as questões, as perguntas “como é que tá fulana?”, “e fulano morreu?”, e “não sei quem morreu”, ou “dói aqui, dói ali” [...]. E ao mesmo tempo tu não pode deixar de fazer a tal da escuta, né, como é que na segunda tu vai entrar na casa da pessoa se no domingo tu deu um xingão no pátio do condomínio, né, tipo “não fala comigo hoje, hoje eu não sou agente de saúde”, tem que ser cordial sempre. (P4).

Mas tem isso aí, da gente misturar um pouco, assim. É, aí isso é a pior coisa que tem, tu não tem noção, a gente tá sempre envolvido, né, ou se tu tá desligada vem um bater na tua porta, porque assim, as gurias, como nós estava comentando, as gurias fecham a porta e vão pra casa delas e nós não, né, a gente tem sempre um batendo na porta, ou mandando agora esses negócios de face, de mensagem, agora é direto, nas minhas férias vou ter que ver, né, tive que desligar tudo, senão vou ficar louca. Daí a gente tá sempre envolvida, sempre. (P3).

Brito, Ferreira e Santos (2014) e Krug et al. (2017) salientam que essa proximidade e os laços também de amizade estabelecidos entre os ACS e a comunidade de sua área de atuação podem levar à uma sobrecarga destes trabalhadores, pela dificuldade dos usuários em discernirem entre o seu papel de morador e o de profissional. Além disso, outra distorção comum nesta relação consiste no entendimento de que os ACS devem favorecê-los em marcações de consultas médicas, exames, obtenção de atestados e/ou receitas, exigindo deles facilidades quando necessitam de atendimento. Entretanto, mesmo sendo considerados a voz da comunidade, estes profissionais precisam agir segundo as suas possibilidades e limites dentro da equipe de saúde (BRITO; FERREIRA; SANTOS, 2014).

Ademais, os autores ressaltam a incompreensão dos moradores sobre as reais atividades dos ACS, pois tendem a reconhecê-los como profissionais de saúde com conhecimentos e competência para além do que lhes cabe. Isto pode estar relacionado, ainda, ao fato de que os ACS não possuem um núcleo especializado de saber, o que poderia dar margem à assunção de demandas diversas (BRITO; FERREIRA; SANTOS, 2014). A partir destas considerações, as participantes referem, em vários momentos, a necessidade de aprender a impor limites às demandas trazidas pelos usuários, e relatam os avanços, nesse sentido, conquistados: “É, e esse psicólogo do CEREST³ também nos ajudou muito, ele fez nós entender e aprender o que é o limite, e aprender a dizer não, nós não sabíamos muita coisa, né”. (P2).

³ O CEREST é um serviço de abrangência regional, especializado na área de saúde do trabalhador, tendo como principal objetivo a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Teve um meio-dia que eu tava na mesa almoçando e foi uma senhora lá, porque aquela função da pastoral da criança, bolsa-família, tem que estar tudo em dia, né. E essa senhora chegou com um gurizinho e disse “ah, tem que pesar” e eu disse “pois é, mas a pesagem foi ontem”, “ah, mas eu não pude ir”. E eu tinha que pesar meio-dia, daí meu marido se levantou da mesa e disse “não, me desculpe, ela tá lá na mesa almoçando. Se a senhora tiver que procurar, então espere ela lá no posto, amanhã. Se tu não foi ontem, elas tem horário e elas tem dia”. E aí, tu sabe que eu fui aprendendo com ele em casa, assim, às vezes de a gente até discutir. (P2).

Assim, faz-se necessário que os ACS apropriem-se de suas competências com vistas a divulgá-las à população e aos profissionais de saúde, de modo a evitar conflitos em seu ambiente de trabalho, bem como sobrecarga de tarefas (BRITO; FERREIRA; SANTOS, 2014). Também Martines (2005) destacou a necessidade do agente comunitário de saúde rever o “dever” de dar respostas para todas as solicitações da comunidade, num comportamento ilimitado.

Outro fator que acaba por sobrecarregar este profissional consiste na falta de suporte familiar sentida por alguns usuários, na medida em que o agente comunitário de saúde, pela relação de proximidade com os usuários, passa a ser acionado para suprir demandas diversas e nem sempre pertinentes à sua função:

[...] eu, no meu caso, eu não dormia mais porque era um senhor sozinho, que ele não tem filhos, ele não tem ninguém, e onde que caía? Né, tudo que, cada vez que ele apanhava do vizinho, né [...] era um horror, e não tinha hora, às vezes, era duas da manhã, era seis da manhã, era quatro da manhã, só que as pessoas achavam que eu tinha obrigação porque elas me ligavam “ó, seu fulano tá caído aqui, tá todo cortado, tu vai ter que vim aqui” aí eu saía da cama, eu chamava a polícia, chamava a ambulância [...] então eu já tava virando a babá dele. (P1).

Uma senhora, tentativa de suicídio [...] veio a assistente social comigo, que era uma residente [...]. Daí a gente marcou uma psiquiatra lá no hospital da brigada pra ela [...]. Aí deixaram ela lá três dias de molho [...]. O pessoal do hospital queria que eu fosse lá assinar a baixa dela, eu disse “eu não tenho como ir aí assinar a baixa dela”, “ah, mas se nós soltar ela vai se matar, ela tá isso, tá aquilo”, “tá mas e, aciona os familiares”. Daí a gente passou o dia todo acionando os familiares, que era a neta, que já cuida dessa mãe em cima da cama “Não vou, eu não vou aí, a vó”, que não ia ir [...] e a assistente social queria que eu, agente de saúde, fosse lá assinar a baixa dessa senhora, me responsabilizar por ela. Daí não, não fui, não tem como eu ir, né, foge da minha competência. (P4).

Percebe-se, entretanto, que os agentes comunitários de saúde realizam o movimento de implicar os familiares no cuidado ao usuário, a partir da percepção da relevância da família no tratamento (SANTOS; NUNES, 2014). Nos casos de saúde mental, em especial, esta perspectiva de inclusão da família vai ao encontro do que está previsto no novo modelo de

atenção em saúde mental, consolidado após o movimento da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001a; MARCHESAN, 2013).

Anteriormente a este movimento, o modelo de intervenção sobre a doença mental centrado no hospital psiquiátrico não favorecia a participação da família no tratamento, pois era pautado na segregação do doente mental e no afastamento de sua rede de relações (AMARANTE, 1995). Ademais, as teorias com relação à família do “doente mental” concebiam-na como culpada pelo adoecimento do integrante familiar, a partir de uma dinâmica familiar doentia (COOPER, 1982; MANNONI, 1971), de modo que o afastamento da família era prezado para a efetividade do tratamento (MELMAN, 2001). Atualmente, entretanto, prepondera a percepção da família enquanto parceira fundamental no tratamento da pessoa em sofrimento psíquico, sendo um ambiente privilegiado de cuidado, interação e reinserção social para seus membros, devendo ser chamada à co-responsabilização pelo cuidado (BORBA et al., 2011; CAMATTA et al., 2011).

Ah, mas daqui e dali ela disse “eu to enxergando, tu não tá enxergando os, como é que é o nome, uns cascudos grandes na sala”. Ah, eu fiquei, sabe, assim, eu fiquei apavorada por um momento [...]. Não, eu até comentei “ah, tu tem que consultar, vamos lá”, “ah, mas agora essa semana não, porque o fulano não tá aí pra ir comigo” [...]. Daí comentei com o marido um dia até, na rua, né, até ele foi bem agressivo comigo, sabe, que eu não tinha nada que ver e “te te te te te”, sabe. E eu digo “sim senhor, eu tenho que ver, porque além desse momento que perdeu o emprego, faz um tempão que ela está, hã, vendo coisas” [...]. Eu digo “tu tem que dar mais atenção pra ela, porque eu faço a minha parte” [...]. Aí eu marquei o psicólogo lá e ninguém levou [...] eles acham que a gente tem que resolver tudo [...] ou que já estão fazendo um tratamento e, às vezes, não querem seguir porque a família também não ajuda e a gente tá botando, né, responsabilidade na família, né (P2).

Ele tem diagnosticado esclerose múltipla, mas ele tá tendo visões, ele tá tendo convulsões, ele tem algo mais. Só que eu marquei uma consulta pra um neuro, não levaram. Diz que ele não quis ir, e daí? [...]. A esposa disse que ele não quis ir. Mas tem algo errado [...] e quando ela falava, eu vi que havia indícios de que eles não tinham feito questão de levar ele [...] daí eu conversando “mas ah, mas eu fiquei chateada que eu consegui a consulta pro senhor, mas o senhor não pôde ir, que pena”, ele disse “pois é, não deu pra me levarem”, aí eu disse “então nós vamos fazer o seguinte, vou ver seu encaminhamento, vamos, eu vou deixar lá na unidade, quando for marcado eu vou vir aqui na hora da consulta e daí até a hora que o senhor sair, que saírem pra lhe levar eu vou ficar aqui [...] “tu vem?”, eu disse “venho, eu vou vir aqui na hora da consulta e quero ver se não vão lhe levar pra consultar”. Que depois que saírem de casa, de certo, vão levar, né, pra consultar. (P8).

Evidencia-se, nos relatos acima, o envolvimento das agentes comunitárias de saúde na tentativa de comprometerem os familiares, ao passo que as profissionais poderiam ter assumido a tarefa, por exemplo, de acompanharem os usuários às consultas. Tais exemplos

apontam para a perspectiva atual do cuidado em saúde mental de uma responsabilização conjunta entre usuário, família e profissional (MARCHESAN, 2016).

Para além do sofrimento gerado pela sobrecarga de demandas que chegam até o agente comunitário de saúde e pela dificuldade de descolarem-se de sua função, mesmo fora do horário de trabalho, percebe-se que a relação de proximidade imprime sofrimento também pelo fato de que, muitas vezes, os profissionais afetam-se significativamente com o sofrimento do usuário, denotando um forte envolvimento emocional com os casos. Isto, na medida em que os participantes referem que a escuta do sofrimento dos usuários é, por vezes, dolorosa, pois o vínculo que os une não é apenas um vínculo de trabalho, mas também pessoal (SOUSA, 2007; KRUG et al., 2017; LOPES et al., 2012).

Porque assim ó, as minhas colegas tem, assim, um diferenciado daqui pra isso, porque assim ó, as pessoas que eu convivo hoje foram as pessoas que eu a vida inteira convivi, que nasceram, que eu nasci e me criei, entendeu? Esse é o diferenciado, então a dor delas, às vezes, também acaba sendo a minha porque eu vi aquela pessoa a vida inteira, né, então embora que eu tente, às vezes, me controlar pra não chorar, sabe, mas, às vezes, não dá [...] as minhas colegas dizem que eu sou muito sentimental, que eu sou muito sensível, mas não é, é que é um diferencial, né, elas vieram morar aqui e eu nasci e me criei aqui. (P1).

[...] eu comecei a tentar não me envolver tanto, mas aí é impossível, qual é a exigência de um agente de saúde? Que tu more dentro da área que tu trabalhe, tem gente que me viu crescer aqui que eu atendo hoje em dia, tem gente que eu vejo sofrendo, os velhinhos que eu to vendo sofrer, hoje em dia, eles foram amigos dos meus pais, então como é que tu não vai te envolver? E nós não temos esse suporte, uma ajuda psicológica de ninguém [...] tu ouve e tu chora junto, às vezes. (P5).

Em decorrência destas questões, parece importante ressaltar as iniciativas que existem atualmente para que os agentes comunitários de saúde possam residir em território diverso daquele que atendem, o que configura uma estratégia importante para fazer frente às questões que imprimem sofrimento, relatadas nesta pesquisa. Este movimento tem sido realizado através de iniciativas como o Projeto de Lei nº 352/12, Projeto de Lei nº 6.390/13 (ainda não aprovados) e Projeto de Lei nº 6.437/16 (já votado) (SENADO FEDERAL, 2012; CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2013, 2016).

Quanto às motivações das referidas iniciativas, o Projeto de Lei nº 352/12 tem como justificativa o fato de que a determinação de que o ACS resida no território em que deverá atuar representa um entrave à contratação de pessoas realmente qualificadas para exercer a atividade. No caso do Projeto de Lei nº 6.390/13, propõe que, após cinco anos de exercício contínuo da atividade de agente comunitário de saúde na mesma área da comunidade, este

possa estabelecer residência em outro bairro dentro do mesmo município, com a justificativa de que não há garantias de que alguém possa residir no mesmo lugar para o resto da vida (SENADO FEDERAL, 2012; CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2013).

Por fim, o Projeto de Lei nº 6.437/16, permite ao ACS servidor morar em local diverso quando houver risco à integridade física do agente ou de membro de sua família, em decorrência de ameaça por parte de membro da comunidade em que atue. Além disso, o texto permite que o agente não more na comunidade onde trabalha no caso de aquisição de casa própria em localidade distinta (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2016). Este Projeto, votado recentemente e que deu origem a Lei nº 13.595/18 ou Lei Ruth Brilhante, obteve apenas a primeira proposta aprovada, ficando estabelecido que a área geográfica em que o profissional reside e atua pode ser alterada nas situações de risco à integridade física do profissional ou de seu familiar (BRASIL, 2018).

Prova deste sofrimento decorrente da relação de proximidade consiste no fato de que grande parte dos ACS entrevistados referiram algum episódio de adoecimento psíquico em função do trabalho. Como possíveis causas deste adoecimento, sobressaíram-se as questões já descritas como envolvimento emocional com os casos e, ainda, a sobrecarga de trabalho, em função de serem constantemente demandados pelos usuários e responsabilizados por um excesso de demandas, as quais nem sempre são pertinentes à função de agente comunitário de saúde. Estes fatores, além disso, já foram apontados em outros estudos com relação aos ACS como geradores de sofrimento e adoecimento no trabalho (SOUSA, 2007; KRUG et al., 2017; LOPES et al., 2012; GALAVOTE et al., 2011; VOGT et al., 2012).

[...] lá no início foi muito difícil pra mim, eu me magoava, eu tive crise de pânico, de ansiedade, devido a um problema com uma família que eu tive, de me envolver tanto com aquela família que eu adoeci [...]. Se tratava, assim ó, era um marido que tinha pego HIV da esposa [...] então ele veio a falecer no hospital, ligaram pra unidade, a unidade ligou pra mim que eu tinha que ir lá falar com a família, eu tive que contar pra família, eu tive que ir no hospital, eu vesti um morto que jamais eu tinha botado a mão numa pessoa morta, eu arrumei toda a assistência social pra poder enterrar ele como tinha que ser, tudo, tudo eu [...] aí dali seis meses a mulher dele faleceu e, antes disso, todas as idas que ela ia pro HUSM era eu que tinha que arrumar um carro, se a prefeitura não trazia um carro eu arrumava um vizinho ou eu ia pra cima e pra baixo com ela, sem contar o envolvimento emocional com as crianças, né. (P5).

Ainda adocece, por mais que hoje eu diga que eu to bem diferente, mas ainda dependendo do caso tu adocece porque a gente se sente amarrada, se tu é o elo e a corda de salvação daquela pessoa e tu não consegue lidar com aquela pessoa como que tu vai se sentir? E nós pra eles, nós somos a corda e a salvação pra eles [...] de tão que é a confiança que eles depositam em nós, até demais, porque eles põe coisas

pra nós que nós não vamos resolver nunca mas eles acham que nós temos o poder. (P5).

Eu sou muito ansiosa, que eu já tive também, né, tentando, assim ó, eu já entrei em depressão, e várias colegas já entraram, em função disso aí, porque tu tentava, no início mesmo, só aquele ano eu perdi, no primeiro ano **eu perdi quatro pessoas da minha comunidade**, porque estavam doentes, e eu achava, assim ó, imaginava assim “ah, mas eu fui lá, orientei, e coisa e tal” e acabaram, né, vindo à óbito. (P2, grifo nosso).

Nas falas acima, fica evidente a sobrecarga de responsabilidades assumida ou depositada no agente comunitário de saúde, proveniente tanto da população, como já discutido em outros momentos, como da própria equipe de saúde. O trecho grifado do relato da participante P2, ainda, atenta para o fato de que as perdas diziam respeito a pessoas da sua comunidade, com as quais, provavelmente, mantinha um vínculo para além do profissional, o que pode ter tornado a situação mais sofrida e concorrido para o adoecimento relatado.

Além disso, outro ponto que merece ser explorado e que é apontado como causa de adoecimento pelos ACS consiste no fato de que estes trabalhadores expressam um sentimento de impotência frente aos casos atendidos, apontando em vários momentos para a “falta de resolutividade” diante dos casos (KRUG et al., 2017): “e aí tu vai naquela casa não conseguiu resolver e aí tu vai de novo lá e o problema tá lá e tu não consegue resolver, aquilo vai te matutando, aquilo vai, e realmente a gente vai adoecendo”. (P5). Especialmente no que se refere à saúde mental, foco desta pesquisa, este sentimento de frustração esteve muito presente, expresso através de expressões como “não tem solução”, “não tem o que fazer”, “a gente não consegue resolver”.

[...] determinados casos que eu vou eu saio, assim, muito mal, muito mal, porque aquilo, assim, a gente não consegue fazer muita coisa, sabe, então tu te frustra bastante [...]. Eu acho que a saúde mental é mais difícil porque tu não tem onde recorrer, tu pode até escutar, eu até gosto pra te dizer a verdade de escutar, porque eu gosto de ouvir as histórias, sabe, mas solução, não existe, né. (P3).

Não dá muita solução, a gente se conversa entre os colegas, mas assim, a gente não dá muita importância pra saúde mental, não acho que, não tem o que fazer, sabe, tipo assim, desacredita, a gente pede, às vezes, pra vir uma visita, uma coisa, um apoio. (P4).

Parece importante destacar, entretanto, aquilo que se espera em termos de tratamento diante dos casos de saúde mental, especialmente das situações de sofrimento psíquico grave, as quais estiveram bastante presentes nas falas das participantes, pois, conforme Ribeiro, Caccia-Bava e Guanaes-Lorenzi (2013) há uma expectativa de resolutividade pouco

condizente com a gravidade dos casos atendidos. Conforme os avanços nas formas de se conceber e tratar a doença mental, a partir da Reforma Psiquiátrica, sabe-se que a intervenção diante destes casos não é operada com a finalidade de obtenção da “cura”, mas sim, de uma maior estabilidade do quadro, da prevenção e diminuição das crises, do estímulo à autonomia e à inserção social destas pessoas (CAMATTA et al., 2011). Deste modo, o desafio destes trabalhadores com relação à escuta e às estratégias que elas disparam seria conduzir a situação de forma a levar a uma maior estabilidade do caso e contenção do sofrimento, além do estímulo à socialização e autonomia destas pessoas.

Tendo isso em vista, parece ser de suma importância que os profissionais e serviços que prestam cuidados na área da saúde mental trabalhem alinhados com a perspectiva deste novo modelo, adequando suas expectativas, a fim de que os avanços possam ser percebidos, conferindo sentido ao tratamento. Para tanto, é necessário que a melhora não se fundamente no princípio doença-cura, o qual tem como foco a remissão dos sintomas e a normatização dos sujeitos (DIMENSTEIN et al., 2010; ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990)

Aponta-se, por fim, para a necessidade de suporte emocional para esses trabalhadores, a partir das questões discutidas anteriormente. Esta questão esteve bastante presente no discurso das participantes da pesquisa, na medida em que levantou-se a necessidade de constituírem-se espaços de escuta e de apoio também aos trabalhadores, a fim de que possam compartilhar suas questões e fortalecerem-se para o trabalho realizado:

Mas nós também, nós agente de saúde, a gente precisaria nem que seja de 15 dias, assim, pra ter uma coisa pra gente conversar, né [...] agora essas meninas que estão aí [está se referindo às profissionais do Programa de Residência em Atenção Básica], elas tão começando a trabalhar com a gente, né, elas tão pegando um momento só nosso, só nosso, agente de saúde [...] as nossas dificuldades, nossos anseios, nossos medos, as nossas expectativas [risos] né, mas tá sendo bem legal. (P1).

[...] acho que assim, ó, os profissionais tinham que ter, nós tínhamos que ter alguém pra nos ouvir também. Teve uma época, não sei se as gurias te falaram, que nossa equipe tava com tanto problema, tanto problema entre nós, entre tudo, tudo, nós era um caos, tava todo mundo afundando que aí a gente optou, a gente fez, fazia terapia em grupo lá no CEREST, aí nós ia todas, fazia com todas sobre o trabalho [...]. Um cuidado, se eu cuida, quem me cuida? [...] então eu acho que nós teríamos que ter mais assim, e alguém, às vezes, pra nós conversar. (P5).

Ressalta-se, deste modo, que a escuta que parece estar sendo realizada por estes profissionais têm demandado uma outra escuta, desta vez, para os próprios trabalhadores. Este aspecto precisa ser destacado, considerando que o grande potencial de que os agentes comunitários de saúde podem lançar mão como dispositivo de trabalho é a escuta, a qual,

entretanto, tem gerado sofrimento devido às peculiaridades da relação de proximidade que existe entre esses profissionais e os usuários. Atentar para esse aspecto significa, portanto, que precisamos cuidar também dos profissionais para que possam sustentar a escuta qualificada que este trabalho propõe.

As iniciativas com relação a legislação, ainda, podem ser pensadas na direção de proteger esses profissionais, na medida em que o contexto e o envolvimento com ele pode ser, por vezes, muito tenso, ameaçador ou mesmo gerador de muito sofrimento, devido ao desgaste que essa relação de proximidade produz. Isto, posto que o envolvimento, quando muito forte, pode gerar um impasse e limitar a condição de atuação profissional, para a qual certo distanciamento pode ser necessário e proveitoso. Assim, talvez essa seja uma das estratégias para garantir ou assegurar que a escuta qualificada possa ser mantida ou efetivada nas situações em que ela ainda não se faz presente. Para Martines (2005): “O vínculo precisa urgentemente ser revisto, para ser apreendido como um imprescindível instrumental, a auxiliar na consolidação do compromisso com a comunidade e não como uma ‘sina’” (p. 98).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização deste trabalho permitiu aprofundar a compreensão acerca do dispositivo da escuta qualificada, especialmente quando realizado por agentes comunitários de saúde na atenção básica, elucidando suas potencialidades, desafios e dificuldades neste contexto. Inicialmente, percebeu-se que os relatos dos participantes guardam proximidade com o que a literatura e a legislação pontuam como sendo uma escuta qualificada, principalmente com relação ao tempo dedicado, ausência de julgamento, empatia, vínculo, atitude compreensiva e ética profissional. Ademais, os participantes percebem efeitos nos usuários após a realização da escuta, e apontam casos gratificantes quando a escuta foi utilizada como intervenção. Estas considerações evidenciam, portanto, que é possível uma escuta qualificada por parte desses profissionais, os quais representam a porta de entrada do sistema de saúde.

Esteve presente no discurso dos participantes, além disso, uma preocupação com o fenômeno da medicalização do sofrimento, onde a escuta e outras intervenções consideradas leves são apontadas como uma estratégia para fazer frente ao fenômeno. Destaca-se, ainda, a ambiguidade com relação à relação de proximidade que existe entre esses profissionais e os usuários, na medida em que, ao mesmo tempo em que favorece o vínculo, a empatia e o

acesso ao usuário, gera sobrecarga e sofrimento. Isto, posto que os profissionais apresentam dificuldades em colocar limite às demandas de trabalho e, ainda, pelo fato de estarem, muitas vezes, diretamente envolvidos com a situação de sofrimento dos usuários, tendo em vista que estes constituem pessoas da sua rede de relações. Aponta-se, deste modo, para a necessidade de se criarem mecanismos de apoio e espaços de escuta também para esses trabalhadores, com vistas à redução do sofrimento e do adoecimento advindos das condições objetivas de trabalho.

REFERÊNCIAS

AOSANI, T. R.; NUNES, K. G. A Saúde Mental na Atenção Básica: A percepção dos Profissionais de Saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 71-80, 2013.

AMARANTE, P. [Entrevista disponibilizada em 23 de junho de 2017, a Internet]. Disponível em: < <http://cee.fiocruz.br/?q=node/584>>. Entrevista concedida ao blog do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, 2017. Acesso em: 16 out. 2017.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

AQUINO, A. A. et al. **Saúde mental e atenção básica: proposta para implantação de ações de saúde mental no âmbito do programa saúde da família**. 2005. 37p. Monografia (Especialização em Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Ageu Magalhães - CPqAM/ FIOCRUZ, Triunfo, 2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BORBA, L. O. et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 442-449, 2011.

BRAGA, A. A. N. M.; DALTRO, M. R.; DANON, C. A. F. A escuta clínica: um instrumento de intervenção do psicólogo em diferentes contextos. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 87-100, 2012.

BRASIL. **Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília, 2018.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001a.

_____. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica.** (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, volume II). Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental.** (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRITO, R. S.; FERREIRA, N. E. M. S.; SANTOS, D. L. A. Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. **Saúde & Transformação Social**, v. 5, n. 1, p.16-21, 2014.

BROIDE, J. Psicanálise nas ruas: as consequências psíquicas da exclusão social. [**Palestra disponibilizada em 20 de setembro de 2016, a Internet**]. Disponível em: <<http://www.institutocpfl.org.br/cultura/2016/09/20/psicanalise-nas-ruas-as-consequencias-psiquicas-da-exclusao-social-com-jorge-broide/>>. Palestra concedida ao Café Filosófico, Instituto CPLF, 2016. Acesso em: 29 set. 2016.

BROIDE, J.; BROIDE, E. E. O atendimento em situações sociais críticas. A construção de um método: O plano individual de atendimento. In: Portal ProMenino - Conheça os Direitos da Criança, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.promenino.org.br/noticias/arquivo/o-atendimento-em-situacoes-sociais-criticas-a-construcao-de-um-metodo-o-plano-individual-de-atendimento-parte-i>>. Acesso em: 29 set. 2016.

BRUSSET, B. Conclusões terapêuticas. In: BRUSSET, B.; COUVREUR, C.; FINE, A. (Orgs.). **A bulimia.** São Paulo: Escuta, 2013, p. 173-184.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei nº 6.437, de 2016.** Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. 2016

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei nº 6.390, de 2013.** Altera a Lei nº 11.350/2006 para prever mudança de bairro de moradia do Agente Comunitário de Saúde. 2013.

CAMATTA, M. W. et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: o olhar da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4405-4414, 2011.

COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria.** São Paulo: Editora Perspectiva, 1982.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 016, de 20 de dezembro de 2000.** Dispõe sobre a realização de Pesquisa em Psicologia com Seres Humanos. Brasília, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução do CNS nº 510, de 07 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores dos que os existentes na vida cotidiana. Brasília, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. **Código de Ética do Profissional Técnico em Agente Comunitário de Saúde.** 2015

CHIAVERINI, D. H. et al. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

DIMENSTEIN, M. et al. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1209-1226, 2010.

DRUMMOND-JUNIOR, M. A. **Ações de saúde mental por agentes comunitários de saúde:** investigando uma experiência de saúde mental na atenção básica. 2009. 136p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

FERNANDES, M. H. Implicações clínicas e metodológicas – Sobre a delicadeza da escuta. In: FERNANDES, M. H. **Corpo.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 93-99.

FERREIRA, R. C.; GONÇALVES, C. M.; MENDES, P. G. Depressão: do transtorno ao sintoma. **Psicologia.pt: o portal dos psicólogos**, p. 1-16, 2014.

FIGUEIREDO, L. C. A metapsicologia do cuidado. **Psychê**, ano XI, n. 21, p. 13-30, 2007.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 7, n. 1, 2004.

FREUD, S. Análise terminável e interminável. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1980, p. 239-287 (Trabalho original publicado em 1937).

FREUD, S. Sobre o Início do Tratamento. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 135-158 (Trabalho original publicado em 1913).

GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 231-240, 2011.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 31 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

JANIRO, A. C. Algumas questões éticas no atendimento psicológico. In: *Psicologia Acessível*, São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://psicologiaacessivel.net/2016/08/08/algumas-questoes-eticas-no-atendimento-psicologico/>>. Acesso em: 16 out. 2017.

KEHL, M. R. Depressão e capitalismo: entrevista com Maria Rita Kehl. [**Entrevista disponibilizada em 22 de abril de 2009, a Internet**]. Disponível em: <<http://cultura.estadao.com.br/blogs/luiz-zanin/depressao-e-capitalismo-entrevista-com-m/>>. Entrevista concedida ao Cultura, 2009. Acesso em: 16 out. 2017.

KRUG, S. B. F. et al. Trabalho, sofrimento e adoecimento: a realidade de agentes comunitários de saúde no sul do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 771-788, 2017.

LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: JATENE, A. D.; LANCETTI, A.; MATTOS, S. A. F. (Orgs.). **Saúde loucura: saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 11-52.

LIMA, D. W. C. **A escuta no cuidado clínico de enfermagem ao sujeito em sofrimento psíquico: discursos e rupturas**. 2012. 115p. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

LOPES, D. M. Q. et al. Agentes comunitários de saúde e as vivências de prazer-sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], v. 46, n. 3, p. 633-640, 2012.

LOPES, M. R.; DURÃO, A. V.; CARVALHO, V. A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos agentes comunitários de saúde. In: VIEIRA, M.; DURÃO, A. V.; LOPES, M. R. (Org.). **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011, p. 161-208.

MACEDO, M. M. K.; FALCÃO, C. N. B. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. **Psychê**, ano IX, n. 15, p. 65-76, 2005.

MANNONI, M. **O psiquiatra, seu “louco” e a psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1971.

MARCHESAN, R. Q. **Vivências familiares a partir da desinstitucionalização do cuidado à pessoa em sofrimento psíquico grave**. 2013. 54p. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

MARCHESAN, R. Q. **O tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial à luz do dispositivo “Projeto Terapêutico Singular”**. 2016. 43p. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

MARTINES, W. R. V. **Compreendendo o processo de sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa saúde da família**. 2005. 162p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009, p. 29-74.

MESQUITA, A. C.; CARVALHO, E. C. A Escuta terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 48, n. 6, p. 1127-1136, 2014.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014, p. 77-142.

MIRANDA, C. F.; MIRANDA, M. L. **Construindo a relação de ajuda**. 10 ed. Belo Horizonte: Crescer, 1996.

MORÉ, C. L. O. O.; MACEDO, R. M. S. **A Psicologia na comunidade**: uma proposta de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, 210 p.

MORÉ, C. L. O. O.; RIBEIRO, C. **Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância. Florianópolis, 2010.

MORORÓ, M. E. M. L. **Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projetos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

NEVES, L. T. **Escuta analítica, empatia e intuição**. Trabalho apresentado no XXI Congresso Brasileiro de Psicanálise. Porto Alegre, 2007.

PICHON-REVIÈRE, E. **Teoria do Vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1982, p. 22-26.

QUINET, A. Apresentação. In: ALMEIDA, C. P.; MOURA, J. M. (Orgs.). **A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1997, p. 9-19.

RIBEIRO, M. O. P.; CACCIA-BAVA, M. C. G. G.; GUANAES-LORENZI, C. Atenção à saúde mental na estratégia saúde da família: recursos não reconhecidos. **Psicologia USP**, v. 24, n.3, p. 369-390, 2013.

ROSA, M. D. Uma escuta psicanalítica de jovens da periferia – a construção de laços fraternos e amorosos. In: ALTOÉ, S. **A Lei e as Leis**: Direito e Psicanálise. Rio de Janeiro: Revinter, 2007, p. 183-193.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.): **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1990. p. 17-59.

SAFFER, D. A.; BARONE, L. R. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 813-833, 2017.

SANTOS, G. A.; NUNES, M. O. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 105-125, 2014.

SENADO FEDERAL. **Projeto de Lei nº 352, de 2012**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, que regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências, para modificar requisito de que o Agente Comunitário de Saúde resida na área da comunidade em que atuar, a fim de exigir apenas que o profissional resida na área do município em que atuar. 2012.

SOARES, L. E. Juventude e violência no Brasil contemporâneo. In: NOVAES, R.; VANNUCHI, P. (Orgs.) **Juventude e Sociedade: trabalho, educação, cultura e participação**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004, p. 130-159.

SOUSA, G. C. **O agente comunitário de saúde e a saúde mental: percepções e ações na atenção às pessoas em sofrimento mental**. 2007. 106p. Dissertação (Enfermagem em Saúde Coletiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SOUZA, J. G. E.; CAMPOS, E. B. V. A contratransferência e a importância das capacidades do analista na prática psicanalítica contemporânea. **Impulso**, v. 24, n.60, p. 123-132, 2014.

SOUZA, R. C.; PEREIRA, M. A.; KANTORSKI, L. P. Escuta terapêutica: instrumento essencial do cuidado em enfermagem. **Enfermagem UERJ**, p. 92-97, 2003.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

TORRES, H. S.; SANDOVAL, J. M. H. **Saber escutar o paciente: um remédio a serviço da promoção da saúde**. Trabalho apresentado na VI Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde: Comsaúde. São Bernardo do Campo, 2003.

VELASCO, K.; RIVAS, L. A. F.; GUAZINA, F. M. N. Acolhimento e escuta como prática de trabalho do psicólogo no contexto hospitalar. **Disciplinarum Scientia**, v. 13, n. 2, p. 243-255, 2012.

VERAS, L. A medicalização do luto e a mercantilização da morte na sociedade contemporânea. **Fenomenologia & Psicologia**, v. 3, n. 1, p. 29-44, 2015.

VIDAL, S. V.; MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BAPTISTA, R. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. **Saúde e Sociedade**, v.24, n.1, p.129-140, 2015.

VOGT, M. S. et al. Cargas físicas e psíquicas no trabalho de agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 297-303, 2012.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: Obras escolhidas. BOGOMOLETZ, D. (Trad.). Rio de Janeiro: Imago, 2000 (Trabalho original publicado em 1958).

ZIMERMAN, D. E. Atributos desejáveis à um psicoterapeuta de grupos. In: ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artmed, 1997, p. 41-47.

ZIMERMAN, D. E. Uma ampliação da aplicação, na prática psicanalítica, da noção de continente em Bion. **Interacções**, n. 13, p. 72-82, 2007.

5 ARTIGO 2

**TEMAS COMPLEXOS NA ESCUTA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO POR AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

RESUMO

Este artigo é resultado de uma pesquisa maior intitulada “A escuta qualificada como dispositivo no cuidado em saúde mental na atenção básica”, e teve como objetivo identificar os temas e situações diante das quais os agentes comunitários de saúde possuem maior dificuldade no processo de escuta. No que se refere à metodologia, o projeto seguiu uma abordagem clínico-qualitativa, e a coleta de dados ocorreu através da entrevista semidirigida de questões abertas. Integraram o estudo oito agentes comunitários de saúde de uma Estratégia de Saúde da Família de um município do interior do Rio Grande do Sul. A análise do material foi realizada através da análise de conteúdo. Quanto aos resultados, os participantes apontam dificuldades diante do tema do luto, dadas tanto pela relação de proximidade com os usuários, quanto pelas dúvidas na abordagem do assunto com os mesmos. A intervenção, ainda, diante das situações que envolviam risco de suicídio, sintomas psicóticos e atenção à crise parecem gerar desconforto, medo e insegurança nos profissionais entrevistados. Contudo, destaca-se que os agentes comunitários de saúde têm utilizado o recurso da escuta como possibilidade de cuidado diante desses casos. Por fim, a questão do isolamento social e da solidão experimentada pelos usuários foi apontada como outro tema sob o qual os profissionais consideram difícil intervir e escutar, embora busquem utilizar algumas estratégias para fazer frente ao fenômeno. Salienta-se, por fim, a necessidade dos agentes comunitários de saúde disporem de ferramentas e dispositivos que os instrumentalizem e fortaleçam para a realização de uma escuta qualificada, a exemplo do apoio matricial, do trabalho em equipe, da formação continuada e de uma rede bem estruturada de atenção em saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Estratégia Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde

ABSTRACT

This article is a result of a bigger research entitled “The qualified listening as a tool for mental health in Primary Healthcare”, and it aimed to identify topics and situations that community healthcare agents demonstrate to have experienced most difficulties in face of the process of listening. In regards to the methodology, this project followed a a clinical-qualitative approach, and the data collection occurred throughout a semi-directed interview of open-ended questions. Participants were eight community healthcare agents of a Family Health Strategy from a city in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. Data analysis was performed based on the content analysis perspective. As for the results, participants pointed out to have experienced difficulties in face of the topic of grief, that were given as because of the relation of proximity with healthcare users, as due to doubts regarding the ways of approaching the subject with those users. Moreover, the intervention, in face of situations that involved risk of suicide, psychotic symptoms and crisis attention seem to have raised discomfort, fear and insecurity in the professionals who were interviewed. Nevertheless, community healthcare agents have been using the resource of listening as a care possibility in face of those situations. Finally, the topic of social isolation and loneliness experienced by healthcare users was pointed out as an issue which professionals tend to consider hard to intervene and to listen to, although they aim to use some strategies to confront such phenomenon. Lastly, it is emphasized the necessity of community healthcare agents to possess resources and mechanisms to strengthen them in order to perform a qualified listening, such as the example of matrix support, of teamwork, of continuing education and of a well structured mental health network.

Keywords: Mental Health; Family Health Strategy; Community Healthcare Agents.

1 INTRODUÇÃO

A partir da reorientação do modelo de atenção à saúde, a atenção básica tem assumido, cada vez mais, a responsabilidade por grande parte das demandas de saúde, caracterizando-se como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Baseado em documentos que situam os princípios, diretrizes, funções e responsabilidades da atenção básica, sabe-se que compete a ela uma gama de atribuições com vistas a oferecer atenção integral à saúde, das quais: ações de promoção e proteção à saúde; prevenção de agravos; diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças; redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2012b, 2013a).

Este nível de atenção à saúde orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Desenvolve-se, além disso, com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, o que contribui para o entendimento do sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural (BRASIL, 2013a).

O Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente estruturado como Estratégia de Saúde da Família, foi proposto em 1994 pelo Ministério da Saúde visando a reorganização, expansão e qualificação da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde - universalidade de acesso, integralidade da assistência, descentralização político-administrativa e participação da comunidade (BRASIL, 2012b; SUNDFELD, 2010). A Estratégia de Saúde da Família é entendida como:

um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p. 804).

Dentre as condições necessárias à Estratégia de Saúde da Família inclui-se a existência de equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família/Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, ainda, os profissionais de saúde bucal, a saber, cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar e/ ou técnico em saúde

bucal. Além disso, cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição e o grau de vulnerabilidade das famílias do território (BRASIL, 2012b).

Quanto aos agentes comunitários de saúde devem ser em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas para cada agente e de 12 agentes por Equipe de Saúde da Família. A implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde foi prevista como uma possibilidade para a reorganização inicial da atenção básica, com vistas à implantação gradual da Estratégia Saúde da Família. A implantação desta estratégia está condicionada à existência de um enfermeiro supervisor para até, no máximo, doze agentes comunitários de saúde e, no mínimo, quatro, constituindo, assim, uma equipe de agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012b).

A Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006, discorre sobre os requisitos necessários para a profissão de Agente Comunitário de Saúde, estabelecendo, inicialmente, que este trabalhador resida na área da comunidade onde deverá atuar, minimamente, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público. Além disso, outras condicionalidades dizem respeito à escolaridade (ensino fundamental completo) e à conclusão, com aproveitamento, do curso introdutório de formação inicial e continuada (BRASIL, 2006). Recentemente, entretanto, a Lei 13.595, de 5 de janeiro de 2018, alterou o critério de escolaridade, estabelecendo o ensino médio como requisito para o exercício da atividade de novos ACS contratados (BRASIL, 2018).

A condição de que residam na área de abrangência do serviço de saúde faz com que os agentes comunitários de saúde participem do cotidiano daquela comunidade e compartilhem dos problemas e dificuldades por ela enfrentados quanto à saúde, educação, habitação, transporte, etc. Esta condição facilitaria, deste modo, a entrada destes profissionais nos domicílios e seu papel de mediador entre os serviços de saúde e a comunidade. Com isso, é através, principalmente, das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde que a Estratégia de Saúde da Família insere-se na comunidade (SUNDFELD, 2010). São atribuições do agente comunitário de saúde, conforme a Política Nacional de Atenção Básica, desenvolver ações educativas, de prevenção de doenças e agravos, de promoção à saúde e de acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, devendo promover o vínculo destas com a unidade de saúde e orientá-las quanto à utilização dos serviços disponíveis (BRASIL, 2012b).

Para cumprir com sua função, este nível de atenção à saúde se utiliza de tecnologias leves, potencialmente resolutivas, podendo acionar, quando necessário, outros níveis de complexidade tecnológica, necessários à resolução dos problemas (AQUINO et al., 2005). Conforme Merhy e Feuerwerker (2009), as tecnologias de cuidado em saúde podem ser classificadas em três modalidades, quais sejam, leves, leve-duras e duras. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante a análise de todo o processo produtivo, até o produto final.

As tecnologias leves configuram-se como tecnologias relacionais, ou seja, são ferramentas que se utilizam da relação para operarem, a exemplo da escuta e do acolhimento. Possibilitam, com maior êxito, captar a singularidade, o contexto sociocultural e os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, processos que só se realizam em ato e nas interações entre profissional e usuário. É neste ponto, além disso, que o usuário tem maiores possibilidades de imprimir sua marca e de afetar os trabalhadores de saúde. As tecnologias leve-duras, por sua vez, são aquelas dos saberes estruturados, tais como as teorias, enquanto as duras são aquelas que se utilizam dos recursos materiais para operarem (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

No que se refere a inclusão do cuidado em saúde mental na atenção básica, este é resultado das transformações sofridas também no modelo de atenção em saúde mental, operadas pelo movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica. Este movimento, impulsionou a substituição de um modelo de intervenção centrado no hospital psiquiátrico, na segregação e na doença (AMARANTE, 1995) para, em seu lugar, consolidar o modelo de atenção psicossocial, que volta-se para o sujeito em sofrimento psíquico, sua reabilitação psicossocial e reinserção na sociedade (CAMATTA et al., 2011). A partir deste novo modelo, investiu-se em uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, de base territorial, pois entende-se que o serviço precisa estar perto do usuário e de sua rede de relações (AQUINO et al., 2005; BRASIL, 2004).

A portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial enquanto o conjunto de serviços que devem prestar atenção à saúde mental, estabelece que compõem a referida Rede os seguintes componentes, articulados entre si: a) atenção básica à saúde; b) atenção psicossocial especializada; c) atenção residencial de caráter transitório; d) estratégias de desinstitucionalização; e) reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011b). Outros referenciais incluem, ainda, a atenção hospitalar e os serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2004, 2013a).

Dessa forma, a atenção básica está incluída no rol de serviços que devem prestar atenção à saúde mental, através da incorporação de tecnologias de intervenção mais apropriadas, como acolhimento e escuta qualificada (BRASIL, 2013a). No que diz respeito ao dispositivo da escuta, esta tecnologia vem sendo cada vez mais apontada pela literatura como uma forma de intervenção a ser utilizada pelos mais diversos profissionais, apesar de ser, muitas vezes, subvalorizada (BRASIL, 2013a; RIBEIRO; CACCIA-BAVA; GUANAES-LORENZI, 2013). Isto ocorre, tanto pelo fato de que os profissionais desconhecem os alcances e os efeitos que ela pode ter, quanto pelo fato de que sua utilização com relação aos casos de saúde mental ainda suscita muitas dúvidas e receios, na medida em que os profissionais alegam não saber o que dizer ou perguntar, têm receios de piorar o quadro dos pacientes de saúde mental, ou ainda, entendem que este campo do saber não lhes é acessível (BRASIL, 2013a; LANCETTI, 2000; RIBEIRO; CACCIA-BAVA; GUANAES-LORENZI, 2013; SOUSA, 2007).

Assim, para a efetivação desse dispositivo, bem como do cuidado em saúde mental, é necessário que essas equipes sintam-se apoiadas e integradas com os serviços e equipes de saúde mental, a fim de assegurar a qualidade da assistência prestada aos casos atendidos, o que pode ser viabilizado através da ferramenta do apoio matricial em saúde mental (FERRER, 2012). Este dispositivo consiste no apoio, supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizados por profissionais de saúde mental para equipes da atenção básica, ampliando a capacidade interventiva dessas equipes. Assim, o trabalho de apoio matricial pressupõe a existência de uma equipe ou profissional de referência, que se responsabiliza pela condução do caso, e dos especialistas, que possuem um núcleo de conhecimento e são responsáveis por oferecer o suporte necessário para a equipe de referência dos casos (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Outro arranjo a ser acionado no trabalho com as demandas de sofrimento psíquico consiste no Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF), dispositivo criado para ampliar as ações da atenção básica em sua abrangência e resolutividade e que também funciona na perspectiva do apoio matricial (BRASIL, 2008, 2011a). O NASF reúne profissionais de diversas áreas do conhecimento que atuam de forma integrada com as equipes de saúde da família, de modo que sua composição é definida pelos gestores municipais e varia de acordo com as necessidades do território. Embora o matriciamento ofertado pelo NASF não seja específico em saúde mental, o núcleo da psicologia, quando presente, pode ser acionado nesse sentido (SUNDFELD, 2010).

Isto, posto que a psicologia, enquanto uma das profissões que se consolidou fortemente na área da saúde mental, a partir da Reforma Psiquiátrica, muito tem a contribuir no apoio e suporte para que os profissionais da atenção básica aumentem sua capacidade interventiva em saúde mental, auxiliando essas equipes a construírem intervenções que sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde (BRASIL, 2013a). Além disso, o dispositivo da escuta, foco deste trabalho, é uma ferramenta que pode encontrar na psicologia apoio para a sua consolidação, uma vez que a escuta consiste no dispositivo por excelência deste núcleo profissional, o qual pode auxiliar, em muito, no entendimento do potencial desta tecnologia de intervenção.

A partir do exposto, acredita-se que para o fortalecimento do cuidado em saúde mental na atenção básica e, principalmente, da escuta qualificada como meio para esse cuidado, é necessário entender quais são as principais dificuldades que os profissionais encontram perante a escuta dos casos de saúde mental. Assim, este estudo teve como objetivo identificar os temas e situações diante das quais os agentes comunitários de saúde possuem maior dificuldade no processo de escuta.

2 METODOLOGIA

A perspectiva epistemológica que referenciou este estudo foi a “sociologia compreensiva”, a qual sustenta que os fenômenos sociais estudados pelas ciências sociais e humanas possuem características próprias que os distinguem dos fenômenos naturais. Privilegia, assim, a compreensão e a inteligibilidade como propriedades específicas dos fenômenos sociais, de tal forma que os conceitos de significado e intencionalidade os caracterizam e diferenciam dos demais. Neste sentido, os fenômenos sociais (ação humana) não são passíveis de objetivação, já que cada um deles tem sentido próprio, exigindo uma compreensão interpretativa específica (MINAYO, 2014).

No que se refere ao método, a pesquisa seguiu uma abordagem clínico-qualitativa, tal como proposta por Turato (2003). Esta abordagem consiste em um refinamento e particularização da abordagem qualitativa genérica, e busca interpretar os sentidos e as significações trazidas pelos indivíduos (de naturezas psicológicas e psicossociais) sobre fenômenos do campo da saúde-doença. Conforme Turato (2003), os sentidos e as significações dos fenômenos são o cerne das pesquisas qualitativas. A pesquisa clínico-

qualitativa procura capturá-los e interpretá-los, *ouvindo* e *observando* os sujeitos da pesquisa. O método clínico-qualitativo consiste, assim, em uma combinação das concepções epistemológicas dos métodos qualitativos elaboradas para pesquisas nas ciências sociais (compreensivo-interpretativos) com preocupações de cunho existencial, clínico e psicanalítico.

Quanto aos participantes, integraram o estudo oito agentes comunitários de saúde de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município do interior do Rio Grande do Sul. Os participantes eram do sexo feminino, com tempo de trabalho entre 6 e 17 anos e, ainda, com escolaridades que variavam entre ensino médio e ensino superior completo. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semidirigida de questões abertas, indicada como principal instrumento da pesquisa clínico-qualitativa. É entendida como uma entrevista flexível, parcialmente guiada pelo pesquisador, mas que permite também ao entrevistado dar alguma direção, na medida em que vai associando temas ao assunto proposto pelo pesquisador (TURATO, 2003). Na composição da entrevista semidirigida construída foram pensados três eixos norteadores, dos quais: 1) Condições importantes para a realização de uma boa escuta; 2) dificuldades encontradas por profissionais na escuta do sofrimento psíquico; 3) efeitos da escuta no usuário e no profissional. Este artigo, apresentará os resultados provenientes do eixo 2.

O procedimento de análise dos dados teve por base a análise de conteúdo (BARDIN, 1977). Este tipo de análise da comunicação permite que o pesquisador vá em direção à descoberta do que está além dos conteúdos manifestos, ou seja, do que está por trás daquilo que está sendo comunicado, tentando alcançar, por meio de inferências, uma interpretação mais profunda (BARDIN, 1977; GOMES, 2012). Busca-se, portanto, ultrapassar o estágio meramente descritivo dos dados, pois constituem “achados mudos”, cabendo ao pesquisador fazer a discussão/interpretação desses achados (TURATO, 2003). Utilizou-se, ainda, do refinamento da técnica de análise de conteúdo proposta por Turato (2003), considerando-se as especificidades do método clínico-qualitativo.

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas na íntegra, para melhor análise do material. Na sequência, cada entrevista e as impressões da pesquisadora sobre a mesma foram lidas e analisadas individualmente. Após esta etapa, o material foi analisado em seu conjunto, atentando-se para os elementos que se sobressaíam no conjunto das falas, seja por repetição, seja por relevância para a pesquisa. Estes elementos foram, então, reagrupados, constituindo-se categorias e subcategorias, onde os resultados foram apresentados, utilizando-

se de falas ilustrativas, e discutidos/interpretados. Salienta-se que todo o processo foi realizado conjuntamente com o orientador.

No que se refere aos aspectos éticos, inicialmente, o projeto foi encaminhado ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), visando a concessão do Termo de Autorização Institucional. Após essa etapa, o projeto foi encaminhado para análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, via plataforma Brasil, sendo aprovado com número do CAAE 63983217.8.0000.5346. Foi realizada, ainda, a elaboração e apresentação, aos participantes da pesquisa, dos documentos que resguardam os seus direitos, bem como os deveres da pesquisadora do estudo, a saber, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Confidencialidade.

Quanto à devolução dos resultados, esta compreenderá um relatório impresso a ser entregue ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), além da oferta de um momento para se compartilhar os resultados da pesquisa junto à equipe que integrou o estudo. Ressalta-se, por fim, que este estudo seguiu o previsto na Resolução 510/2016 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016) e na Resolução 016/2000 (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2000).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 TEMAS COMPLEXOS NA ESCUTA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: SUICÍDIO, PSICOSE, ATENÇÃO À CRISE, LUTO E ISOLAMENTO SOCIAL.

Nesta categoria, serão abordados os temas e situações diante das quais os agentes comunitários de saúde referiram maior dificuldade no processo de escuta. A partir de uma das questões de pesquisa colocada, referente à que temáticas os participantes consideravam mais difíceis escutar, vimos que emergiram três grandes temas que causam maior desconforto e insegurança nesses profissionais, a saber, as urgências em saúde mental, o luto e, por fim, a solidão e o isolamento social. Na sequência, serão discutidos esses três aspectos, divididos em tópicos.

3.1.1 A escuta do agente comunitário de saúde diante das urgências em saúde mental

O Ministério da Saúde reconhece que o cuidado em saúde mental não pode prescindir de ações desse cunho na atenção básica, notadamente após a organização desta última sob o modelo de saúde da família. A Coordenação Geral de Saúde Mental em articulação com a Coordenação de Gestão da Atenção Básica, neste sentido, propôs como primeira responsabilidade a ser compartilhada pelas equipes dos dois níveis o desenvolvimento de ações conjuntas em saúde mental, priorizando casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio e vítimas de violência doméstica intradomiciliar (BRASIL, 2003).

Com relação à participação específica do agente comunitário de saúde em ações de saúde mental, os documentos elaborados pelo Ministério da Saúde destinados à categoria que abordam a saúde mental dizem respeito ao “Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde” (2009), o qual aborda os temas depressão, ansiedade e uso abusivo de álcool; o “Guia de Saúde Mental: atendimento e intervenção com usuários de álcool e outras drogas” (2013) e, por fim, as “Diretrizes para Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde em Linhas de Cuidado” (2016), que contém um tópico sobre atenção psicossocial (BRASIL, 2009, 2013b, 2016). Além disso, diversos autores e estudos tem apontado para a relevância do cuidado em saúde mental a partir destes atores (SANTOS; NUNES, 2014; DRUMMOND-JUNIOR, 2009; SOUSA, 2007; SAFER; BARONE, 2017).

Prova de que isto vem sendo posto em prática, é o fato de que os ACS participantes da pesquisa parecem estar dedicando uma parcela significativa do seu trabalho aos casos de saúde mental, dada a quantidade de experiências de intervenção relatadas nesta pesquisa diante das situações de sofrimento psíquico. Com relação à essa prática vivenciada pelos agentes comunitários de saúde, uma das temáticas que se destacou como um grande desafio para esses profissionais diz respeito às urgências em saúde mental, especialmente com relação ao risco de suicídio e aos quadros psicóticos, especialmente nos momentos de crise.

Quanto ao suicídio, na atualidade, este fenômeno vem ganhando proporções alarmantes, como uma saída encontrada pelas pessoas para pôr fim à um sofrimento insuportável, de tal modo que a discussão sobre o tema na sociedade como um todo urge. Com relação aos profissionais de saúde, estes precisam estar instrumentalizados para o reconhecimento de sinais e sintomas que indiquem risco de suicídio, possibilitando uma ação rápida, tendo em vista a urgência que caracteriza tal situação. Além disso, dados sobre o fenômeno indicam que, ao menos a metade das pessoas que conseguem efetivar o ato, já

realizaram uma ou mais tentativas anteriores (RIGO, 2013), o que pode indicar uma falha na atenção a tal situações, inclusive pelos serviços de saúde.

Pra mim o mais difícil é escutar quando uma pessoa diz pra mim “ah, eu não quero mais viver”, pra mim, assim ó, acho que é a pior coisa porque mesmo eu sabendo tudo que eu sei hoje, tudo que eu aprendi sobre saúde mental, né, ainda é, pra mim, uma tortura, porque assim ó, eu sei, porque antigamente eu pensava “ah, a pessoa que quer se matar ela não avisa, né [...] esse aí não vai se matar porque ele falou”, e depois quando eu tive, né, quando eu senti na pele, eu vi experiências de pessoas que chegaram pra mim, assim ó, “eu vou me matar”, e eu não dei bola e depois eles se mataram, sabe, e daí, então, uma coisa que eu levo pra mim, a pessoa que diz que quer se matar, ela vai se matar, né [...] se ela fala que vai se matar é porque ela tá pedindo ajuda, né, mas se ela não tiver ajuda ela vai se matar. (P1).

Chama a atenção, no discurso da participante P1, uma concepção de certa forma muito presente na sociedade e no senso comum de que “quem avisa, não se mata”, o que pode ser um indicativo do despreparo e da falta de informação sobre o tema. A respeito disso, materiais que abordam a temática da saúde mental na atenção básica como o “Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental” e o “Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica” apontam para o pensamento suicida e para o planejamento como sinais de alerta importantes na prevenção da efetivação do ato suicida (CHIAVERINI et al., 2011; BRASIL, 2012a). Para Kovács (1992), o grande perigo consiste no fato de que estas pessoas, muitas vezes, não são levadas a sério, de forma que o desprezo, por parte de quem poderia oferecer ajuda, pode ser extremamente letal. Também para Carvalho (1996), a minoração ou não aceitação dos sentimentos destrutivos do usuário só faz com que eles se acentuem, sendo necessário que alguém os reconheça e dê ouvidos à expressão do usuário sobre seu desejo de morrer.

Apesar desta conduta inicial relatada pela participante P1, constata-se que, no decorrer de sua experiência enquanto ACS, houve um aprendizado a partir de situações onde, infelizmente, o suicídio se consumou, expresso pelo fato de que para ela o mais difícil é escutar que alguém não deseja mais viver. As falas de outras participantes caminham neste mesmo sentido e pode-se pensar, portanto, que talvez a dificuldade e o medo de se escutarem tais expressões indique que estes profissionais compreendem o risco real que está contido nelas e que uma ação imediata precisa ser posta em prática: “[...] isso que essa mãe me falou, que tem vontade de morrer, isso quando a pessoa fala, pelos menos pelo que eu vejo das gurias que tão fazendo curso de psicologia, falam que é o primeiro sinal que a gente tem que dá atenção, né”. (P3).

Eu acho que a pior situação é a situação quando a pessoa começa a dizer que não tem mais sentido de vida, pra viver não tem mais motivo, que ela tá pensando em suicídio, isso que é a pior situação, quando a pessoa não consegue mais achar, assim ó, não consegue mais ver o horizonte, daí a gente fica argumentando com várias coisas, né [...]. Olha, a gente se arma de coragem, né, a gente sabe que não é fácil a gente ficar lá, entendeu? Tu como profissional, né, tu sabe que, tu estudou pra aquilo, né, tu tá preparada pra aquilo e a gente, a gente não, apesar da gente não ter estudado a gente escuta, né, a gente escuta mas não é fácil a gente saber, a gente já chega na casa sabendo que tu já vai escutar, entendeu? (P7).

O trecho final contido na citação da participante P7 aponta para o fato de que a participante, apesar de sentir-se despreparada e da dificuldade imposta pela situação, permanece ali e oferece sua escuta. Existe uma crença errônea de que falar sobre morte ou suicídio com aquele que tem pensado sobre o ato possa estimular a efetivação do suicídio. Entretanto, discutir abertamente o assunto com o usuário pode resultar no alívio do sofrimento e até mesmo removê-lo da ideia, devolvendo-lhe esperança, quando ele vê que alguém reconhece seu sofrimento (CHIAVERINI et al., 2011).

Além disso, a escuta pode viabilizar que se identifiquem os fatores precipitantes que motivam o ato ou intenção, possibilitando que se atuem sobre eles e que se desconstruam possíveis distorções da realidade talvez presentes para o sujeito (BRASIL, 2012a; KOVÁCS, 1992). Assim, quando nos colocamos abertos a conversar sobre o assunto, torna-se possível trabalhar com as ambivalências destes sentimentos, fortalecer os fatores que preservam o desejo de viver, apoiar valores pessoais, melhorar a autoestima, buscar, junto ao usuário, outras saídas possíveis e, por fim, fortalecer o vínculo entre profissional e usuário, estabelecendo uma plano de proteção imediata e a longo prazo (BRASIL, 2012a; CARVALHO, 1996; KOVÁCS, 1992).

Certamente, a escuta destes casos é algo complexo, não só para o agente comunitário de saúde, como também para o profissional especialista. Conforme refere Rigo (2013), são sujeitos sem demanda, sem sintoma, sem desejo, e com uma certeza sobre a morte. Do lado do paciente, portanto, onde deveria haver uma demanda e um pedido de ajuda, se coloca uma oferta. Do lado do profissional, espera-se que este seja mais atuante no sentido de convocar este sujeito, sempre disposto a desistir, ao tratamento, até que uma demanda possa advir.

O estudo realizado por Aosani e Nunes (2013), além disso, apontou o quanto a intervenção diante de casos graves de saúde mental na atenção primária limita-se, por vezes, ao ciclo que vai do encaminhamento para a internação ao seguimento pós alta com o acompanhamento do uso da medicação. No contexto investigado, entretanto, vimos que, talvez alinhados à essas condutas, está presente também a oferta de uma escuta para que o

paciente fale a respeito, para que substitua o ato pela palavra (RIGO, 2013), o que tem resultado em desfechos positivos:

[...] eu já passei uma manhã inteira com um paciente assim, que ele dizia assim “eu não quero mais te ver, porque eu quero me matar, porque essa vida é uma porcaria, porque não sei o que”, ele descobriu que ele era soropositivo, né, mais um agravante ainda, né, então pra ele foi, né, foi um desespero. Mas graças a Deus eu convenci ele que ele tinha que se tratar, que ele podia viver muito bem com a doença, né, tinha vários cuidados que ele poderia ter, que ele ia ter uma vida saudável se ele trocasse a maneira de viver dele, que ele ia, e hoje ele vive, né [risos], hoje ele se trata, ele tem família, sabe. (P1).

[...] teve uma vez que eu tava em casa, me ligou e disse que ia se matar, sabe, aí eu peguei, tive que deixar minha filha pequena com uma vizinha, chamei uma colega porque eu não me senti com, como é que eu vou te dizer, segura pra ir sozinha, vai que eu digo alguma coisa e a mulher se mata mesmo [...]. Cheguei lá, ela tinha colocado uma corda em cima do roupeiro lá e tentou, mas não conseguiu [...]. Ela tava bem deprimida, bem deprimida, assim, do nada, aí foi a conversa que eu e a [diz o nome da colega] fizemos com ela, que ela começou a melhorar, que ela disse “não, eu vou ficar com alguém, não vou ficar sozinha, eu to bem”, a gente viu que ela tava realmente bem, depois de muita conversa, que daí nós saímos tranquilas. (P3).

Não se pode antecipar, certamente, se a escuta poderá dar conta sozinha de muitas destas situações, e não se pretende negar a importância de outros dispositivos e de suporte para esses profissionais diante dessas situações. Entretanto, é preciso dar visibilidade a potência que a escuta do ACS pode assumir nesses casos, seja na possibilidade de ofertar uma contenção, mesmo que momentânea, para o sofrimento experienciado pelo usuário, seja na identificação do risco e na providência da intervenção de outros profissionais e serviços. Também no estudo de Abreu et al. (2010), o agente comunitário de saúde foi apontado como o maior responsável pela identificação do comportamento suicida, dada a relação de proximidade estabelecida com os usuários.

Com relação às intervenções diante das urgências em saúde mental, a atuação do ACS diante dos quadros psicóticos também é descrita por estes profissionais como difícil, especialmente nos momentos de crise. No dizer de Moraski e Hildebrandt (2005), para a sociedade em geral, os adoecimentos de caráter psicótico são encarados com certo temor, dada a complexidade e intensidade das manifestações apresentadas, em especial, nas fases de agudização dos sintomas. Dentre essas manifestações, encontram-se situações de descontrole; mudanças na aparência; distanciamento da realidade; alucinações; delírios; desorganização; dificuldade em realizar funções habituais; comportamentos de auto e heteroagressividade (MORASKI; HILDEBRANDT, 2005).

Quanto aos delírios, podem ser entendidos como “crenças, verossímeis ou não, que apesar de se basearem em evidências ambíguas, ou até mesmo bizarras, são mantidas pela pessoa com uma convicção que não é compartilhada pelos seus próximos” (BRASIL, 2013a, p. 98). As alucinações, por sua vez, são alterações da sensopercepção, vividas como reais pela pessoa, sendo as mais frequentes as alucinações auditivas e visuais (BRASIL, 2013a). A partir do discurso das participantes, percebeu-se o quanto a escuta destes fenômenos lhes causa desconforto - o que pode estar relacionado ao desconhecimento acerca dessas alterações - conforme os relatos a seguir: “Ah, fiquei com os cabelos em pé, né [está se referindo à escuta do delírio de uma usuária acompanhada]. Dá um medo, não sei porque, tu tá sozinha ali dentro, né, e ela chorando, desesperada, chorava, e dizendo que tava subindo bicho”. (P4).

Eu senti, assim, muito ruim, sabe, ruim mesmo [está se referindo à escuta do delírio de uma usuária acompanhada] [...]. Não, não, não consigo, assim, contradizer elas, sabe, não consigo dizer “não, isso não é verdade” [...]. Eu falo com quem tá normal, porque não adianta, eu acho que não adianta ficar contrariando a pessoa, né [...] eu só fico escutando a história dela que, às vezes, é bem longa. (P3).

[...] ele falava em morto, em coisas, assim, do passado, em coisas sem nexos que ele tinha que resolver, aí a gente meio que concordava porque quando outro familiar contrariava ele ou dizia o contrário ele ficava agressivo [...]. Eu não discordava de nada, eu tentava, né, tu não vai tá discordando. E daí eu falava no médico “ah, o médico vai te tratar, tenha calma”, coisas assim, que deixassem ele, que procurassem deixar mais tranquilo. (P6).

Apesar do estranhamento e do medo sentido durante a escuta destas situações, é importante ressaltar que parece ter havido um manejo adequado das profissionais durante a escuta, na medida em que as participantes P3 e P6, por exemplo, não desconsideraram/desqualificam os fenômenos que são sentidos pelo usuário como reais. Além do desconforto perante os delírios e alucinações, vimos que na intervenção diante destes casos também se fez presente um sentimento de medo de uma possível agressão, especialmente diante de uma situação de crise. Também nos estudos de Sousa (2007) e Santos e Nunes (2014) este sentimento de medo fez-se presente nos ACS quando se deparavam com problemas relacionados à loucura.

Segundo Teixeira e Porto (1998), “o medo faz parte de nossa natureza, mas seus objetos são historicamente determinados, assim como as formas de organização social para combatê-lo” (p. 55). Assim, essa sensação de não ser capaz de se aproximar de uma pessoa em situação de crise deve-se, em parte, aos séculos de isolamento e exclusão aos quais eram submetidas pessoas que vivenciavam a experiência da loucura. Além disso, contribui para o

sentimento de medo o status de periculosidade imputado historicamente ao doente mental (BRASIL, 2013a).

Para Santos e Nunes (2014), estas construções acerca das pessoas em sofrimento psíquico grave como aqueles que são violentos constituem um olhar reducionista, que interfere diretamente na relação de cuidado. Para o autor, a maneira como o outro é significado determina a atitude do trabalhador no momento da produção do cuidado: medo e desconfiança quando o que ele vê é o agressivo que pode atacar a qualquer momento; ou empatia, quando olha para alguém que está em sofrimento e precisa de ajuda.

Ah, aquela angústia, né, que tu não sabe, tem coisas que tu não sabe, daí tu fica, tem casos que tu fica com medo [...]. Da agressão, que tu não sabe que que vai ser, sabe? Essa parte, assim, de tu ficar perto [...]. Essa de saúde mental, que daí a pessoa fica, como é que eu digo, ah, entrou em surto. (P2).

[...] eu acho que quando, assim, a pessoa tá em surto, drogas, sabe [está se referindo ao que para ela é mais difícil escutar] porque assim, esses dias, agora, nós tivemos um menino ali que no final de semana, depois eu fiquei sabendo, ele tomou drogas demais [...] tava bem doido, aí ia todo mundo atrás de mim que eu tinha que ir lá resolver, eu disse “mas gente, se o SAMU veio, a polícia veio e não resolveram, vocês acham que eu, agente de saúde, vou resolver?” o cara tá doido, eu não vou resolver [...] eu não vou arriscar a minha vida sabendo que eu não vou resolver o problema, que que eu vou fazer com uma pessoa no estado que ele tá? [...] pra ele poder se avançar em mim de repente? [...] quem sou eu? sozinha? sem ninguém? (P5).

O sentimento de despreparo para realizar uma intervenção que seja socialmente e tecnicamente adequada diante de uma situação de crise é algo que acompanha, em certa medida, os profissionais de saúde em geral, inclusive o especialista. Não há local específico e unicamente responsável por acolher às situações de crise, devendo acontecer no local onde se encontra o usuário, ou seja, em seu circuito de vida ou de cuidado: casa, rua, UBS, CAPS, pronto-socorro, etc. (BRASIL, 2013a).

A causa do medo e da insegurança é apontada, principalmente, como o não-saber, e, em consequência, o saber é assinalado como alternativa ao alívio desses sentimentos. Esse aprendizado pode vir tanto de experiências cotidianas como, por exemplo, ter vivenciado o cuidado a alguém em crise, quanto de espaços de cunho educativo e de treinamento, os quais podem ser viabilizados através do apoio matricial (SANTOS; NUNES, 2014), como pode ser percebido na fala de uma das participantes: “Se fosse uma primeira vez eu acho que eu tinha morrido mesmo porque eu tinha entrado em pânico, né [...] mas eu já tive uma reação melhor né, hã, em tentar conversar com ela [está se referindo ao atendimento à uma situação de crise]”. (P1).

No que diz respeito ao acolhimento a uma pessoa em situação de crise, é de suma importância lembrar que, ao acolher uma pessoa em situação limite, deve-se ter em mente que a crise não deve ser compreendida como condição pessoal, localizada no interior da pessoa que a manifesta, mas que é produzida nas relações e contextos de vida do usuário. Assim, é fundamental a compreensão da crise como um fenômeno constituído entre os sujeitos, comumente em cenários de conflitos, rupturas de consensos e busca ineficaz de comunicação, de tal forma que deve-se buscar o entendimento das motivações, tensões e das condições nas quais a ação do usuário se desenvolveu, contextualizando as ações. Diante disto, a intervenção terapêutica deve dirigir-se não somente para o usuário, mas também para a produção de consensos possíveis entre as partes envolvidas e mediação entre o usuário e seu conjunto de relações. Reinstaurar o diálogo coloca-se, assim, simultaneamente como objetivo e ação terapêutica (BRASIL, 2013a).

Manifestar disponibilidade de escuta e negociar processualmente a aproximação são posturas fundamentais para a busca do encontro com o usuário, além do compartilhamento de poder. Além disso, um elemento a ser considerado na superação da limitação para intervir diante da crise é o reconhecimento, por parte do profissional, do intenso sofrimento vivenciado pelo usuário (BRASIL, 2013a).

Pra mim foi aterrorizante [risos] [...] eu cheguei na casa da paciente, ela já tinha quebrado a casa inteira, né, era água jorrando, era bico de luz quebrado, né, e eu não sabia o que fazer [...] só que quando eu cheguei na porta ela me agarrou na mão e me sentou no sofá e “ah, que bom que tu veio porque eu to em surto [...] eu preciso conversar com alguém” e ela começou a conversar, só que eu tava com tanto medo que na verdade eu não ouvi nada do que ela falou, né [...] eu não tinha sido preparada pra aquela situação [...]. Daí eu comecei a pensar, né, depois de um bom tempo ali naquele estado de choque eu disse “bom, se ela fez tudo isso e ela tá precisando conversar, vamos tentar conversar [...] senta aqui e começa a conversar comigo, vamos ver o que que houve, porque que tu desencadeou essa crise?” [...] toda aquela crise que ela desencadeou foi por causa do esposo, né, que ela brigou, e daí ela começou a conversar que ela não tinha ninguém, que ninguém dava bola pra ela, que ninguém gostava dela, que ela era muito gorda, que ela era feia, né, e ali eu tentando levantar a autoestima dela [...] tentando mostrar pra paciente, né, que não era nada daquilo, mais era coisa da cabeça dela [...] daí ela já tava bem mais calma e eu também já tava mais calma porque eu consegui, hã, lidar com aquela situação, né. (P1).

A partir do relato da participante P1, pode-se inferir que esteve presente uma experiência exitosa com relação ao manejo de uma situação de crise, a partir da escuta da profissional. A utilização de dispositivos de cuidado baseadas na relação e no vínculo, aliadas à outras intervenções como o uso de psicofármacos e a internação breve – quando se fizerem necessárias – ainda é algo a ser construído quando pensamos na atenção à crise e aos casos

graves (SANTOS; NUNES, 2014; AOSANI; NUNES, 2013; SOUSA, 2007). Isto, posto que o cuidado em situações de agudização de sintomas tem se centrado sobre a medicação e a internação, ao passo que na atenção às situações mais cotidianas como a mediação de conflitos familiares, o estímulo às consultas nos serviços ou, ainda, à prática de atividades de lazer e socialização têm-se utilizado do vínculo e da conversa (SANTOS; NUNES, 2014). Entretanto, no contexto investigado, a atenção à crise parece já estar mais alinhada com esses novos pressupostos, onde a aposta tem recaído, também, sobre o vínculo e o diálogo:

[...] eu passei por uma outra situação dentro de uma casa de uma paciente que ela nos trancou dentro de casa, eu e um filhinho dela de dois meses, né, e ela ateou fogo na casa dentro do guarda-roupa e eu trancada com o bebê dentro de casa junto com ela, porque ela disse assim “tu vai morrer junto comigo” [...] e aí eu comecei a falar com ela, “não, quem sabe a gente vai abrir a porta, a gente vai sair, vai chamar alguém pra apagar esse fogo, que não é assim que funciona”, sabe, eu tentei acalmar ela, né, e ela tava sentada na cama, mas assim “não, nós não vamos fazer, nós vamos morrer, tu vai morrer comigo”. E eu disse “por que tu quer me matar, se eu sou tua amiga, to aqui pra te ajudar, olha teu bebê que coisa mais linda” sabe, assim ó, e eu consegui convencer ela a sair da casa. (P1).

Apesar do trabalho do agente comunitário de saúde ser pensado na lógica da prevenção, promoção e educação em saúde (BRASIL, 2006, 2012b), no decorrer da pesquisa foram relatadas muitas situações limite onde a atuação desses agentes parece ter sido efetiva e resolutive, evidenciando a potencialidade da escuta também nestas situações. Ressalta-se, entretanto, que, em se tratando das urgências em saúde mental, essas são situações em que, muitas vezes, faz-se necessário o suporte de uma equipe e de outros dispositivos, para além dessa escuta, de modo que não se pode prescindir do apoio para estes profissionais através do trabalho em equipe, da formação continuada, do apoio matricial e do suporte de uma rede bem estruturada de saúde mental (BRASIL, 2013a; CHIAVERINI et al., 2011).

3.1.2 “Às vezes, o luto da pessoa, o dela é o meu também, né”: Dificuldades vivenciadas pelo agente comunitário de saúde diante da temática do luto

No decorrer da pesquisa, também a escuta diante das situações de luto foi se evidenciando como uma dificuldade para alguns participantes do estudo. Através das falas sobre o tema, pôde-se perceber que essa dificuldade estava relacionada, muito fortemente, com a relação de proximidade que existe entre esses profissionais e os usuários, especialmente pelo fato de que os usuários também fazem parte dos vínculos pessoais dos participantes, o que concorre para um envolvimento para além do profissional com os casos.

Não sei, não me sinto confortável em falar, né [sobre o luto]. Aí tem uma senhora que fala pra mim, daí ela, cada vez que eu vou lá ela fala no marido dela que já morreu, né, só que é mais torturoso pra ela do que pra mim, né, mas pra mim também porque acaba, assim ó, hã, porque eu choro e ela também [...] porque eu vi aquela pessoa a vida inteira, né, então embora que eu tente, às vezes, me controlar pra não chorar, sabe, mas, às vezes, não dá [...]. Sim, e pessoas que eu gosto, né, que são os meus vizinhos, que foram, que eu cresci junto com os filhos deles, né, que eu passava na casa deles [...] então são pessoas que a minha vida inteira eu vi, né. Os idosos principalmente os mais velhos, né, e os filhos dos idosos, né, então a gente tem uma relação bem estreita mesmo, sabe, e eu sofro realmente quando morre, parece que morreu um da minha família porque eles são a minha família, né [...] **às vezes, o luto da pessoa, o dela é o meu também, né** (P1, grifo nosso).

[...] tu ouve e tu chora junto, às vezes. Eu, agora, perdi ali uma menina [...] e aí a irmã sofreu muito, porque era a irmã que praticamente ajudou a criar ela [...] é muito dolorido, sabe, tu chora junto porque eu tava acostumada com ela [...] aí de repente essa pessoa não tá mais lá, isso também nos magoa [...] ela disse “[nome da ACS], é nessas horas que eu vejo o quanto tu é mais família do que qualquer família, que a minha família não me deu esse abraço e nem esse choro que tu tá chorando comigo agora”, mas eu chorei de emoção também porque eu queria bem a outra, é esse o vínculo. (P5).

Também no trabalho de Sousa (2007) com relação as ações de saúde mental realizadas por ACS, a condição desse profissional de morador e trabalhador da comunidade foi ganhando certa complexidade, na medida em que as situações de sofrimento trazidas pelos agentes comunitários de saúde diziam respeito aos seus amigos, familiares e vizinhos. Além disso, Krug et al. (2017) e Lopes et al. (2012) apontam em seus trabalhos que o forte envolvimento emocional desses profissionais com os usuários, por se tratar de famílias com as quais eles tem laços afetivos, consiste em um fator de sofrimento e adoecimento no trabalho, especialmente quando o profissional não consegue gerenciar todos os cuidados e intervenções necessárias. As palavras de Krug et al. (2017), vão ao encontro do relato da participante P1, quando os autores referem que o envolvimento afetivo pode fazer com que *a dor do outro seja também a dor do profissional*, proporcionando um envolvimento tão grande que o trabalhador envolvido acaba sofrendo ou adoecendo.

Para além dos entraves postos por essa relação de proximidade, também foram relatadas dificuldades e dúvidas com relação a como abordar o tema do luto com os familiares enlutados. Isto, posto que questões referentes à morte, perdas e lutos tomam pouca, ou nenhuma, proporção na formação dos profissionais de saúde, bem como são temas pouco abordados, ou mesmo negados, na sociedade em geral (MAGALHÃES; MELO, 2015; KOVÁCS, 1992). Além disso, para Magalhães e Melo (2015), os profissionais de saúde são,

tradicionalmente, formados para curar, controlar doenças e evitar a morte, não para lidar com as pessoas.

Na concepção de Pessini (1997) existem dois paradigmas ligados a ação de saúde, a saber, o curar e o cuidar. No primeiro, o investimento é na vida a qualquer preço, onde as práticas mais humanistas ficam em segundo plano. No segundo, por sua vez, há a aceitação da morte como parte da condição humana, leva-se em conta a pessoa doente e sua dor total. Quando orientados pelo paradigma do curar, a ocorrência da morte desperta nos profissionais frustração, impotência, percepção dos seus limites e finitude, o que pode ser extremamente doloroso, resultando em comportamentos defensivos, a exemplo do distanciamento da pessoa e de sua situação (KOVÁCS, 1992, 2003).

Para Cassorla (1992), os profissionais de saúde, com frequência, escolheram sua área para lutar contra a morte e obter maior domínio sobre esse fenômeno e sobre o *não-saber* sobre ele. Há, entretanto, aqueles que conseguem fazer isto de forma criativa, reconhecendo os seus limites, enquanto outros sofrem demasiadamente quando perdem um paciente, sentindo-se derrotados e culpados. Além disso, trabalhar com o processo de morte e luto faz com que os profissionais se voltem para a sua própria morte e as angústias a ela relacionadas, bem como para as suas próprias perdas (KOVÁCS, 1992).

Dia 11, o guri se matou [...] e os pais tão agoniados, eu não fui visitar ainda porque eu não sei a reação. Que que eu vou dizer? Que que eu vou chegar? [...] eles se criaram com a gente, aquela situação, eles, os pais deles eram compadres dos meus pais [...]. Agora eu não sei, ontem eu ainda disse pro meu marido “ah, nós temos que ir ali visitar o vizinho” [...]. Só que eu não sei como é que eu vou chegar. Ah, tem situação, assim, que tu não sabe, sabe? Parece, assim, que eu tenho medo [...]. Eu pedi pra colega, pras colegas irem lá, porque eu não comentei aqui, eu fiquei na minha [...]. E aí eu não sei como lidar, assim, sabe, eu sei lá, eu sou muito ansiosa e eu fico na angústia [...]. Nesses casos, é, pra chegar, sabe? Eu não sei o que, claro que tu vai dar um abraço e não tem, não tem palavras, né, é aquela situação, é que nem lá, inclusive nesse dia lá da Kiss depois eu fui pensando [...] eu pensei assim “meu Deus, ter que lidar com a morte agora, ter que ver isso” [...]. Não sei, eu não soube lidar com a morte. (P2).

A partir destas dificuldades postas tanto pela proximidade e envolvimento pessoal com os casos, quanto pelas dificuldades e dúvidas em abordar o assunto com os usuários, alguns dos profissionais acabam por se “esquivar” da escuta dessas situações, seja através do adiamento da visita domiciliar a essas famílias, seja na “troca” de assunto, quando o tema surge:

Eu tento falar outra coisa, “ah, vamos falar outra coisa porque isso aí tá muito dolorido, né”, daí, sabe, eu começo a dizer, sabe, “ainda é cedo pra gente falar”, eu sempre digo pras pessoas assim “ah, mas tu quer falar mesmo? Tu precisa realmente falar sobre isso?”, “ah, não, não preciso, vamos falar de coisas mais alegres”, sabe, e geralmente funciona, né. (P1).

Eu evito, eu chego na família e digo “olha, eu vou depois”. Teve dois casos lá, eu não fui, né, eu fui ver a família depois, eu digo “gente, eu não tinha condições psicológicas, eu não tinha condições mesmo” [...]. Sabe, de tantas situações que a gente pega na semana, assim, tu fica apavorada, tem coisas que eu não vou. Teve uma senhora, amiga minha mesmo, que eu cuidei da filha dela [...] ela acabou falecendo e minhas irmãs me ligavam e eu digo “gente, eu não to preparada pra ir, não to mesmo”. A minha irmã foi lá em casa e eu disse “mas não é possível, era minha amiga de escola” [...]. Eu não tenho condição nenhuma, não quero vê-las [...]. Não fui visitar depois que a mãe dela faleceu [...]. Mas eu gostaria de ir, parece que eu to fugindo, entende? [...]. Eu não sei, agora dessa aí eu vou, pra mim ir lá, não sei, tentar levar uma dessas gurias [está se referindo aos profissionais residentes]. (P2).

Entretanto, um dos aspectos que pode dificultar a passagem por uma situação de luto consiste, justamente, na falta de espaços onde a expressão de sentimentos como culpa e raiva possa acontecer, especialmente quando a família como um todo está enlutada e sem condições de ofertar esse espaço (BROMBERG, 1996). A ausência de outras redes sociais de apoio neste momento, tais como amigos, trabalho, igreja, também pode dificultar o processo. Assim, a escuta do profissional de saúde perante a família enlutada pode ser de grande valia, na medida em que uma pessoa externa ao grupo familiar pode favorecer a livre expressão dos sentimentos, a comunicação destas pessoas entre si e a reorganização da experiência de perda (LABATE; BARROS, 2006). Isto também é corroborado por Cassorla (1992), o qual refere que para o processo de elaboração do luto, é de grande valia que o usuário seja escutado, não necessariamente por psicanalistas, mas por profissionais de saúde treinados, desde que o usuário não tenha conflitos muito sérios.

[...] eu comecei a acompanhar ela, eu já sabia que ela era meio assim, meio que depressiva, volta e meia dava essas recaídas [...] daí eu pensei, logo quando o filho morreu, eu disse “meu Deus [...] agora ela vai, se terminar”, mas ela reagiu, assim ó, no começo até agora ela reagiu, sabe, porque ia as pessoas lá, conversavam com ela, ela reagiu muito bem pra o que eu via dela antes, ela reagiu super bem e ele [está se referindo ao pai] não falava com ninguém porque ele era surdo, então ele só falava com ela e ela entendia ele [...]. Ele era muito apegado no filho também, só que ele não botava nada, não conversava com ninguém, não botava as coisas pra fora [...] ele ficou, assim, quieto, não falava com ninguém, só chorava, daí ele pegava a foto, assim ó, ela me contava que ele pegava a foto e ficava, assim ó, lá nos fundos chorando [...] daí eu disse “bah, isso aí vai ser ruim pra ele, porque alguma hora isso aí vai estourar de alguma forma” [...] e ela não, ela conversava com todo mundo que chegava e, sabe, quanto mais tu conversa, mais tu te alivia, né, é certo que isso aí é verdade porque quanto mais tu conversa as coisas, e as pessoas te entendem, te apoiam e te dão força, mais tu supera e ela superou assim, super bem. (P6).

No relato da participante P6, percebe-se o quanto a escuta é reconhecida como uma ferramenta que pode auxiliar as pessoas a se reorganizarem após uma situação de luto. Esta participante, entretanto, não referiu dificuldades com relação ao tema do luto durante a pesquisa. Já para os participantes que apresentaram receios quanto ao manejo do tema, o caminho parece ser investir no suporte proveniente de ferramentas como o NASF, o matriciamento em saúde mental, a Residência Multiprofissional e o trabalho em equipe, a fim de evitar que as famílias fiquem sem o apoio necessário. Também para Kovács (2003), entrar em contato com a dor e o sofrimento, buscar supervisão ou compartilhar com um colega, quando necessário, são medidas de saúde mental para o próprio profissional. Esta estratégia parece, inclusive, já estar sendo posta em prática, na medida em que os participantes referem, em diversos momentos da pesquisa, a realização de intervenções conjuntas e a solicitação de apoio aos profissionais residentes, por exemplo.

3.1.3 O isolamento social na contemporaneidade e o papel da escuta neste contexto

Também a questão do isolamento social, que vem se constituindo como uma grande preocupação na contemporaneidade, foi apontada como um tema sob o qual os profissionais consideram difícil intervir e escutar: “Eu acho que a maioria dos meus casos ali são pessoas que vivem só, são muitos, eles não procuram tá no meio das pessoas, sabe”. (P3). Este fenômeno, além disso, foi relatado pelas participantes principalmente com relação ao público idoso, sendo atribuído, especialmente, ao abandono ou retraimento da família com relação ao cuidado e atenção à essas pessoas. Também no estudo de Tavares et al. (2010), com trabalhadores de saúde que se ocupavam do cuidado à pessoas nessa faixa etária, a questão do abandono do idoso pelos familiares esteve presente, constituindo-se em um fator de sofrimento às trabalhadoras.

É, o que é difícil de eu escutar é em relação, quando eu vejo, assim, abandono. Isso me, isso mexe muito comigo, que tu vê determinados casos que os pais tão ali, sabe, dentro daquele apartamento, e os filhos são vizinhos, e os filhos não se mexem [...] não têm comprometimento com os pais. E tem uns que cuidam, mas cuidam assim ó, eu vou te dizer. Tu observa, assim ó, o vocabulário, o jeito de falar com os pais, tu vê que é de má vontade, sabe, é tudo num tirão, é num empurrão, tu vê que não tá, sabe, é se renegando. (P8).

[...] então a gente vê que a nossa área é uma área que tem muito problema de saúde mental e muita depressão, de pessoas, assim, sozinhas, né, idosos que são, às vezes, a família trabalha e então não tem muito tempo pra eles, são pessoas assim que

acabam ficando de lado da família, né, porque já viveram bastante, os outros tão em ativa e trabalhando, trabalhando. (P7).

[...] tem filhos que não dão muita atenção pros pais e os pais são idosos e precisam daquela atenção. Às vezes, eles se queixam pra gente, às vezes, eles até tão em depressão porque não tem atenção devida dos filhos e dos parentes e aí o que tu vai dizer? [...] isso aí a gente vê muito, bah, ainda mais quando ficam doentes. (P6).

A compreensão desta questão passa, inicialmente, pelo fato de que o idoso é alguém que, comumente, não estaria tão inserido socialmente, o que ocorre a partir da diminuição das atividades profissionais, sociais e de lazer, decorrente das limitações próprias ao processo natural de envelhecimento. Assim, a velhice é um momento do ciclo vital onde a rede social estaria bastante focada na família, de modo que o retraimento desta no cuidado aos seus idosos constitui um agravante no isolamento e na solidão experimentada por este público (INOUE et al., 2010).

Além disso, para Ferreira (2013), fenômenos como o isolamento, a solidão e a precarização dos laços de solidariedade parecem estar relacionados com o modo de vida contemporâneo da sociedade, o qual é marcado pela cultura do individualismo e da competitividade, a partir do modo de produção capitalista vigente. Este modelo instaura o consumo, a autonomia e a busca de prazer constante como valores da sociedade atual (KEHL, 2003; MARIN, 2002), de modo que as pessoas buscam cada vez mais a realização de seus projetos individuais e sua ascensão pessoal e profissional (BIRMAN, 2008), o que nem sempre é conciliado satisfatoriamente com o cuidado dos filhos e dos demais familiares: “Pelo que eu vi hoje ela fica bastante tempo sozinha porque os filhos, são dois filhos e os dois trabalham e fazem faculdade, então não ficam com ela”. (P3).

[...] as pessoas, sabe, principalmente os idosos, né [...] eles são solitários, eles não tem um filho, eles não tem ninguém, as pessoas alegam que não tem tempo e ali eles vão levando, a maioria dos idosos. E não era pra ser assim, tu criou teu filho, quando chegar na idade de tu ser criança o teu filho tem que cuidar de ti, mas não tá acontecendo isso [...] o mundo que nós temos aí hoje, ninguém mais tem tempo e ninguém mais tem carinho, ninguém mais tem amor, só tem ganância [...] e as pessoas dão tanta importância pro luxo, pra eu ter mais do que tu, pra minha roupa ser mais bonita que a tua [...] pra que? Uns com tanto e outros não tem quase nada, nada praticamente, mas é a vida. (P5).

A partir dessa realidade, no contexto investigado, percebeu-se que a escuta e a relação que os agentes comunitários de saúde constroem com os usuários parecem assumir um papel importante perante a solidão e o isolamento sofrido. Isto, posto que os profissionais, a partir dos vínculos construídos, parecem preencher parcialmente a lacuna deixada pelos familiares,

promovendo, por vezes, mais suporte e interação do que a própria família, conforme os relatos a seguir:

Eu acho, hã, o positivo [da escuta] é acho que a pessoa ver um amigo ali, né, porque eu acho que, às vezes, eu, principalmente, eles me veem mais como da família do que fora, né, porque, muitas vezes, hã, eu ouço dizer “ai, tu é mais minha família do que minha própria família” né, porque tem pessoas que a família não, às vezes, idosos, principalmente idosos, ficam muito sozinhos, tem família, tem filhos que aparecem uma vez no mês, enquanto eu apareço duas, três vezes na semana [risos] né, então tu se torna mais amigo deles, mais parente, né, e pra eles eu acho que é mais importante do que pra gente, conversar, ter espaço pra conversar, né. (P1).

[...] os velhinhos chegam a esperar o dia pra nos receber, principalmente os solitários, porque é um momento de alguém ouvir eles, conversar, eu conto piada, brinco com eles, sabe, eu faço meu trabalho mas eu também faço outras coisas, assim, eu, falamos de tudo e mais um pouco, não é só direcionado àquele trabalho, sabe [...]. [Ajuda a escuta?] Muito, se tivesse mais gente pra ouvir essas pessoas, e poder ouvir e poder contar, ou fazer alguma dinâmica, eles não estariam nesse sofrimento porque é muito grande o abandono dos idosos. (P5).

A partir das falas acima, pode-se inferir que esses profissionais têm se constituído como uma rede de apoio importante para os usuários que vivenciam essa problemática. Para Amarante (2017), somos criados na relação com o outro e nossa identidade está nessa relação, de modo que a necessidade de relação e escuta é imanente, constituinte do sujeito. Para o autor, as comunidades ditas primitivas se utilizam muito mais dessas redes de solidariedade, com seus métodos de relações de vizinhança e de cooperação, o que é pouco valorizado na nossa sociedade. Para o autor, há uma quebra de relações de comunidade promovida pela televisão, pelo medo e pela insegurança e, a partir da perda desses vínculos, as pessoas ficam sós. As redes de apoio, entretanto, são importantes para que possamos superar as crises cotidianas, de modo que reestabelecer vínculos torna-se primordial. No contexto investigado, os profissionais parecem lançar mão de estratégias que vão ao encontro dessa questão, a partir da escuta e da promoção de passeios, grupos e atividades mais comunitárias: “[...] pra eles esses passeios, nossa, é diversão puríssima, eles vão, eles tem dificuldade de caminhar e tudo mas eles dão um jeito, eles vão com a gente, sabe”. (P5).

[...] a nossa intenção é fazer que com esses grupos a gente tire essas pessoas disso aí, leve pelo menos pra gente dar um passeio, ontem a gente foi lá em Agudo, né, pra eles ir lá e fazer um café colonial. Mas, pra muita gente foi a realização, né, muita gente se realizou de poder ir lá, então é essas coisas que, às vezes, fazem diferença, assim. A gente tenta fazer isso aí, a gente se organiza e faz, não tem apoio de ninguém, assim, específico, único apoio que a gente tem é que o município nos libera essa tarde pra gente levar o pessoal, né. (P7).

A partir das questões expostas, pode-se pensar que os participantes vêm disparando estratégias interessantes para intervir frente a fenômenos contemporâneos como o isolamento, a solidão e a precarização das relações, inclusive familiares. Destaca-se, ainda, que por tratarem-se de fenômenos bastante atuais, não se tem ainda clareza de como abordá-los desde uma perspectiva mais social ou macro social. Apesar dessa limitação, considera-se que os profissionais estariam esboçando tentativas que podem se constituir numa importante alternativa diante dessa problemática, em especial por se tratarem de profissionais inseridos no campo da saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da escrita empenhada, vimos que a assunção da responsabilidade com o cuidado à saúde mental na atenção básica parece estar se consolidando no contexto investigado, a partir da utilização de tecnologias leves de intervenção - com enfoque especial para o dispositivo da escuta – que se fizeram presentes mesmo diante de situações graves. Ressalta-se, entretanto, que a escuta das diversas situações de sofrimento psíquico por agentes comunitários de saúde, apesar de resolutiva em muitos casos relatados, ocorreu às custas de medo, sofrimento, dúvida e insegurança, especialmente frente à atenção que envolvia o risco de suicídio, quadros psicóticos, atenção à crise, luto e isolamento social.

Deste modo, não se pode prescindir de suporte para que os agentes comunitários de saúde possam sustentar uma escuta qualificada diante dos casos de saúde mental, embora um grau de insegurança e medo permaneçam sempre presentes para qualquer profissional diante de situações difíceis, como as relatadas. Com isso, urge a necessidade de investimento em dispositivos que possam apoiar a atuação desses profissionais e diminuir o desconforto perante as demandas de saúde mental, a exemplo do matriciamento, Residência Multiprofissional, formação continuada, fortalecimento do trabalho em equipe e de uma rede de saúde mental bem estruturada, quando da necessidade de outros atendimentos.

Quanto ao apoio matricial, este é um recurso fundamental e que pode proporcionar a equipe atividades educativas, experiências de intervenção conjunta, discussão de casos, encaminhamentos e auxiliar a equipe a perceber o quanto suas ações podem ser terapêuticas.

Ressalta-se que a equipe que integrou a pesquisa já havia recebido, por algum tempo, o apoio matricial em saúde mental, embora o mesmo estivesse interrompido no momento da coleta de dados. Os profissionais do NASF do município, por sua vez, ainda não cobriam a unidade estudada, de modo que estas são iniciativas que precisam ser asseguradas e continuadas pelo município.

Os profissionais que compunham o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica também foram apontados como um apoio importante pelos participantes da pesquisa. Pode-se pensar que o fortalecimento deste suporte se daria a partir da inclusão de profissionais da área da psicologia ou, ainda, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, os quais têm se concentrado apenas nos serviços de saúde mental da atenção secundária e terciária.

A formação continuada e a existência de capacitações que abordem temas de saúde mental também se coloca como uma premissa importante para efetivar a escuta qualificada e o cuidado em saúde mental na atenção básica, especialmente quando pensamos no agente comunitário de saúde que, até muito recentemente, teve sua formação mínima estipulada no ensino fundamental. Acredita-se que a revisão desta formação mínima constituiu um avanço importante, tendo em vista a complexidade das demandas atendidas por esses trabalhadores e, ainda, na medida em que o despreparo pode reforçar práticas incoerentes com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Cabe ressaltar, entretanto, que no contexto estudado as dificuldades com relação à formação dos agentes comunitários de saúde podem ter sido atenuadas, tendo em vista que grande parte das participantes possuía um nível de escolaridade superior ao exigido.

O fato de pertencer e poder recorrer à uma equipe, além disso, foi relatado com satisfação pelas participantes, na medida em que propicia a divisão da responsabilidade frente aos casos e contribui para a diminuição da sensação de desamparo. Por fim, a existência de uma rede de saúde mental que dê conta das necessidades do município é algo que precisa ser assegurado, na medida em que a atenção qualificada à saúde mental depende da existência de recursos de baixa, média e alta complexidade que possam ser acessados facilmente.

REFERÊNCIAS

- ABREU, K. P. et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenção preventiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 195-200, 2010.
- AOSANI, T. R.; NUNES, K. G. A Saúde Mental na Atenção Básica: A percepção dos Profissionais de Saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 71-80, 2013.
- AMARANTE, P. [Entrevista disponibilizada em 23 de junho de 2017, a Internet]. Disponível em: < <http://cee.fiocruz.br/?q=node/584>>. Entrevista concedida ao blog do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, 2017. Acesso em: 16 out. 2017.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. V. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 804.
- AQUINO, A. A. et al. **Saúde mental e atenção básica: proposta para implantação de ações de saúde mental no âmbito do programa saúde da família**. 2005. 37p. Monografia (Especialização em Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Ageu Magalhães - CPqAM/ FIOCRUZ, Triunfo, 2005.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BIRMAN, J. Adolescência sem fim? Peripécias do sujeito num mundo pós-ediapiano. In: CARDOSO, M.R.; MARTY, F. (Orgs.) **Destinos da adolescência**. Rio de Janeiro, 7Letras, 2008, p. 81-105.
- BRASIL. **Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília, 2018.
- _____. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, volume II). Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a, p. 11-160.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Diretrizes para capacitação de agentes comunitários de saúde em linhas de cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Guia de Saúde Mental: atendimento e intervenção com usuários de álcool e outras drogas**. (Projeto Caminhos do Cuidado). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. **Portaria/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). Brasília, 2011b.

BROMBERG, M. H. P. F. Luto: A Morte do Outro em Si. In: BROMBERG, M. H. P. F.; KOVÁCS, M. J.; CARVALHO, M. M. M. J.; CARVALHO, V. A. **Vida e Morte: Laços da Existência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996, p. 99-120.

CAMATTA, M. W. et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: o olhar da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4405-4414, 2011.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CARVALHO, M. M. M. J. Suicídio – A Morte de Si Próprio. In: BROMBERG, M. H. P. F.; KOVÁCS, M. J.; CARVALHO, M. M. M. J.; CARVALHO, V. A. **Vida e Morte: Laços da Existência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996, p. 77-97.

CASSORLA, R. M. S. Reflexões sobre a psicanálise e a morte. In: KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992, p. 90-105.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 016, de 20 de dezembro de 2000**. Dispõe sobre a realização de Pesquisa em Psicologia com Seres Humanos. Brasília, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução do CNS nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores dos que os existentes na vida cotidiana. Brasília, 2016.

CHIAVERINI, D. H. et al. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

DRUMMOND-JUNIOR, M. A. **Ações de saúde mental por agentes comunitários de saúde: investigando uma experiência de saúde mental na atenção básica**. 2009. 136p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

FERREIRA, J. B. Patologias da solidão. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. (Orgs.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013, p. 275-279.

FERRER, A. L. **A saúde mental na atenção básica sob a perspectiva de trabalhadores e usuários dos serviços: um estudo hermenêutico-narrativo sobre os processos de acolhimento, vínculo e responsabilização**. 2012. 228p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2012.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

INOUE, K. et al. Percepções de Suporte Familiar e Qualidade de Vida entre Idosos Segundo a Vulnerabilidade Social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 3, p. 582-592, 2010.

KEHL, M. R. Em defesa da família tentacular. In: GROENINGA, G. C.; PEREIRA, R.C. (Org.) **Direito de família e psicanálise: rumo a uma nova epistemologia**. Rio de Janeiro: Imago, 2003, p. 163-176.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KRUG, S. B. F. et al. Trabalho, sofrimento e adoecimento: a realidade de agentes comunitários de saúde no sul do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 771-788, 2017.

LABATE, R. C.; BARROS, G. C. Uma possibilidade de escuta a uma família enlutada: ressignificando a experiência de perda. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, v. 7, n. 1, p. 50-57, 2006.

LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: JATENE, A. D.; LANCETTI, A.; MATTOS, S. A. F. (Orgs.). **Saúde loucura: saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 11-52.

LOPES, D. M. Q. et al. Agentes comunitários de saúde e as vivências de prazer- sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], v. 46, n. 3, p. 633-640, 2012.

MAGALHÃES, M. V.; MELO, S. C. A. Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 1, n. 1, p. 65-77, 2015.

MARIN, I. S. K. Violência e desamparo. In: MARIN, I. S. K. **Violências**. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2002, p. 129-143.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009, p. 29-74.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014, p. 77-142.

MORASKI, T. R.; HILDEBRANDT, L. M. A experiência da agudização dos sintomas psicóticos: percepção de familiares. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 4, 2005.

PESSINI, L. Distanásia. Até quando investir, sem agredir? In: CAMON, V. A. A. (Org.). **A ética na saúde**. São Paulo: Pioneira, 1997.

RIBEIRO, M. O. P.; CACCIA-BAVA, M. C. G. G.; GUANAES-LORENZI, C. Atenção à saúde mental na estratégia saúde da família: recursos não reconhecidos. **Psicologia USP**, v. 24, n.3, p. 369-390, 2013.

RIGO, S. C. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a Psicologia clínica. In: Conselho Federal de Psicologia. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013, p. 30-42.

SAFFER, D. A.; BARONE, L. R. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 813-833, 2017.

SANTOS, G. A.; NUNES, M. O. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 105-125, 2014.

SOUSA, G. C. **O agente comunitário de saúde e a saúde mental**: percepções e ações na atenção às pessoas em sofrimento mental. 2007. 106p. Dissertação (Enfermagem em Saúde Coletiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010.

TAVARES, J. P. et al. Prazer e sofrimento de trabalhadoras de enfermagem que cuidam de idosos hospitalizados. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 253-259, 2010.

TEIXEIRA, M. C. R.; PORTO, M. R. S. Violência, insegurança e imaginário do medo. **Cadernos CEDES**, v. 19, n. 47, p. 51-66, 1998.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fortalecimento do cuidado em saúde mental, a partir da atenção básica, é uma necessidade importante na consolidação de uma nova assistência em saúde mental, pautada pelo paradigma psicossocial, e na consolidação dos propósitos da Reforma Psiquiátrica. Este trabalho lançou o olhar sobre um dispositivo que pode qualificar esta atenção, e que carece, ainda, de referenciais e estudos a respeito, a saber, a escuta qualificada. Investiu-se, ainda, na escuta que é realizada pelos profissionais que representam a porta de entrada do sistema de saúde e que, por isso, são estratégicos neste cuidado, embora careçam, muitas vezes, de uma formação que dê conta do trabalho com as demandas de saúde mental.

No decorrer da pesquisa, entretanto, foi surpreendente perceber que estes atores que estariam, talvez, em menores condições de ofertar uma escuta qualificada, o fazem, alinhados ao que a literatura recomenda. No artigo 1, pôde-se perceber que os atributos que os profissionais indicam como importantes para a escuta, bem como os efeitos percebidos após sua utilização como intervenção, estão de acordo com os referenciais teóricos utilizados. Também a escuta, é apontada pelos participantes como uma estratégia para frear o uso indiscriminado de medicamentos frente ao sofrimento psíquico, juntamente com outras ações em saúde mental previstas na atenção básica.

Na sequência, ainda no artigo 1, a relação de proximidade entre os agentes comunitários de saúde e os usuários, dada pelo compartilhamento do mesmo território e pelo vínculo, é apresentada em suas diversas implicações. Apesar desta condição favorecer o vínculo e o acesso ao usuário e vice-versa, tal como previsto na legislação, ressalta-se que a proximidade também tem gerado sofrimento e adoecimento, de modo que é necessário que se invistam em espaços de escuta e suporte visando à saúde desses trabalhadores.

No artigo 2, discorreu-se sobre os temas e situações que se sobressaíram como os mais difíceis de serem escutados pelos agentes comunitários de saúde. Inicialmente, as dificuldades com relação ao tema do luto parecem estar relacionadas com a relação de proximidade com os usuários, bem como pela presença de dúvidas com relação à abordagem do assunto, o que parece ser consequência da ausência ou negativa do tema na formação dos profissionais de saúde, bem como na sociedade como um todo. A intervenção diante das urgências em saúde mental, ainda, desperta sentimentos de medo e insegurança nos profissionais, tendo em vista a complexidade das situações e o risco sempre presente nelas. Apesar desse desconforto, entretanto, os profissionais dão exemplos do manejo das mesmas utilizando o dispositivo da

escuta, o que parece ter oferecido uma continência inicial para as situações. Também fenômenos contemporâneos como o isolamento social, principalmente no público idoso, e a precarização das relações representam desafios sobre os quais os agentes comunitários de saúde se veem incumbidos de intervir, lançando mão da escuta, dos grupos e de outras atividades de socialização como forma de atenuar essa problemática.

Assim, tendo em vista a complexidade das situações de sofrimento psíquico escutadas por esses profissionais, faz-se necessário a consolidação de mecanismos de suporte para qualificar ainda mais o trabalho dos agentes comunitários de saúde com as demandas de saúde mental, a exemplo do apoio matricial, capacitações, trabalho em equipe e articulação com a rede especializada de saúde mental. Alguns destes mecanismos, inclusive, foram apontados pelos participantes como fonte de apoio importante, embora ainda sejam limitados.

Por fim, considera-se que esta pesquisa poderá subsidiar e instrumentalizar profissionais de outros núcleos profissionais, em especial, agentes comunitários de saúde na escuta dos casos de saúde mental, auxiliando na compreensão do que consiste uma escuta qualificada e no entendimento de seu potencial. A pesquisa não teve, além disso, a intenção de esgotar a temática abordada, de modo que sugere-se a realização de outros estudos que possam ampliar e aprofundar o tema.

REFERÊNCIAS

AOSANI, T. R.; NUNES, K. G. A Saúde Mental na Atenção Básica: A percepção dos Profissionais de Saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 71-80, 2013.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. V. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 804.

AQUINO, A. A. et al. **Saúde mental e atenção básica: proposta para implantação de ações de saúde mental no âmbito do programa saúde da família**. 2005. 37p. Monografia (Especialização em Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Ageu Magalhães - CPqAM/ FIOCRUZ, Triunfo, 2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BLEGER, J. **Temas de psicologia**: Entrevista e Grupos. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998, p.21-22.

BRASIL. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica**: o vínculo e o diálogo necessário. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, volume II). Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Portaria/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). Brasília, 2011.

BROIDE, J. Psicanálise nas ruas: as consequências psíquicas da exclusão social. [**Palestra disponibilizada em 20 de setembro de 2016, a Internet**]. Disponível em: <<http://www.institutocpfl.org.br/cultura/2016/09/20/psicanalise-nas-ruas-as-consequencias-psiquicas-da-exclusao-social-com-jorge-broide/>>. Palestra concedida ao Café Filosófico, Instituto CPLF, 2016. Acesso em: 29 set. 2016.

BROIDE, J.; BROIDE, E. E. O atendimento em situações sociais críticas. A construção de um método: O plano individual de atendimento. In: Portal ProMenino - Conheça os Direitos da Criança, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.promenino.org.br/noticias/arquivo/o-atendimento-em-situacoes-sociais-criticas-a-construcao-de-um-metodo-o-plano-individual-de-atendimento-parte-i>>. Acesso em: 29 set. 2016.

CAMATTA, M. W. et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: o olhar da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4405-4414, 2011.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 016, de 20 de dezembro de 2000**. Dispõe sobre a realização de Pesquisa em Psicologia com Seres Humanos. Brasília, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução do CNS nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores dos que os existentes na vida cotidiana. Brasília, 2016.

CHIAVERINI, D. H. et al. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

FERNANDES, M. H. Implicações clínicas e metodológicas – Sobre a delicadeza da escuta. In: FERNANDES, M. H. **Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 93-99.

FERRER, A. L. **A saúde mental na atenção básica sob a perspectiva de trabalhadores e usuários dos serviços**: um estudo hermenêutico-narrativo sobre os processos de acolhimento, vínculo e responsabilização. 2012. 228p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2012.

FIGUEIREDO, L. C. A metapsicologia do cuidado. **Psychê**, ano XI, n. 21, p. 13-30, 2007.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 31 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: JATENE, A. D.; LANCETTI, A.; MATTOS, S. A. F. (Orgs.). **Saúde loucura: saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 11-52.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 101-106; 510-516.

LIMA, D. W. C. **A escuta no cuidado clínico de enfermagem ao sujeito em sofrimento psíquico: discursos e rupturas**. 2012. 115p. Dissertação - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

MACEDO, M. M. K.; FALCÃO, C. N. B. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. **Psychê**, ano IX, n. 15, p. 65-76, 2005.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009, p. 29-74.

MESQUITA, A. C.; CARVALHO, E. C. A Escuta terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 48, n. 6, p. 1127-1136, 2014.

MINAYO, M. C. de S. Entre vôos de águia e passos de elefante: caminhos da investigação na atualidade. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, p. 17-27.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014, p. 77-142.

MORÉ, C. L. O. O.; MACEDO, R. M. S. **A Psicologia na comunidade: uma proposta de intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, 210 p.

MORÉ, C. L. O. O.; RIBEIRO, C. **Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância. Florianópolis, 2010.

NEVES, L. T. **Escuta analítica, empatia e intuição**. Trabalho apresentado no XXI Congresso Brasileiro de Psicanálise. Porto Alegre, 2007.

ONOCKO CAMPOS, R.; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GURRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. Secretaria Municipal de Saúde. Acolhe Saúde. **Plano de Ação do Núcleo de Apoio em Saúde Mental de Santa Maria – RS**. Santa Maria, 2015.

RIBEIRO, M. O. P.; CACCIA-BAVA, M. C. G. G.; GUANAES-LORENZI, C. Atenção à saúde mental na estratégia saúde da família: recursos não reconhecidos. **Psicologia USP**, v. 24, n.3, p. 369-390, 2013.

ROSA, M. D. Uma escuta psicanalítica de jovens da periferia – a construção de laços fraternos e amorosos. In: ALTOÉ, S. **A Lei e as Leis: Direito e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Revinter, 2007, p. 183-193.

SAFFER, D. A.; BARONE, L. R. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 813-833, 2017.

SANTOS, G. A.; NUNES, M. O. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 105-125, 2014.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e Intersetorialidade na Atenção Psicossocial: Contextualizando o Papel do Ambulatório de Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011.

SOUZA, J. G. E.; CAMPOS, E. B. V. A contratransferência e a importância das capacidades do analista na prática psicanalítica contemporânea. **Impulso**, v. 24, n.60, p. 123-132, 2014.

SOUZA, R. C.; PEREIRA, M. A.; KANTORSKI, L. P. Escuta terapêutica: instrumento essencial do cuidado em enfermagem. **Enfermagem UERJ**, p. 92-97, 2003.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010.

TANAKA, O. W.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 2, p. 477-480, 2009.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

TORRES, H. S.; SANDOVAL, J. M. H. **Saber escutar o paciente: um remédio a serviço da promoção da saúde**. Trabalho apresentado na VI Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde: Comsaúde. São Bernardo do Campo, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Manual de dissertações e teses da UFSM: estrutura e apresentação**. Santa Maria: Editora da UFSM, 2015.

VELASCO, K.; RIVAS, L. A. F.; GUAZINA, F. M. N. Acolhimento e escuta como prática de trabalho do psicólogo no contexto hospitalar. **Disciplinarum Scientia**, v. 13, n. 2, p. 243-255, 2012.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas**. BOGOMOLETZ, D. (Trad.). Rio de Janeiro: Imago, 2000 (Trabalho original publicado em 1958).

ZIMERMAN, D. E. Atributos desejáveis à um psicoterapeuta de grupos. In: ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artmed, 1997, p. 41-47.

ZIMERMAN, D. E. Uma ampliação da aplicação, na prática psicanalítica, da noção de continente em Bion. **Interações**, n. 13, p. 72-82, 2007.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: A escuta qualificada como dispositivo no cuidado em saúde mental na atenção básica

Pesquisador responsável: Dorian Mônica Arpini

Instituição/departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Psicologia

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-9231. Avenida Roraima, 1000, prédio 74B, sala 3208, 97105-900 - Santa Maria, RS.

Local da coleta de dados: Estratégia de Saúde da Família Bela União; Estratégia de Saúde da Família São João; Estratégia de Saúde da Família Santos.

Eu, Prof^a. Dr^a. Dorian Mônica Arpini, responsável pela pesquisa “A escuta qualificada como dispositivo no cuidado em saúde mental na atenção básica”, o convido a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa tem por finalidade compreender a percepção de agentes comunitários de saúde a respeito do dispositivo da escuta, no trabalho com as demandas de saúde mental. Acreditamos que ela seja importante porque vem a contribuir na difusão de conhecimento acerca dessa tecnologia de intervenção (escuta qualificada) e de sua incorporação eficaz nos serviços de atenção básica. Para sua concretização serão realizadas entrevistas semidirigidas com agentes comunitários de saúde da atenção básica. Sua participação será através de uma entrevista individual, na qual a pesquisadora fará algumas perguntas e que será gravada em áudio.

Quanto aos riscos, esta pesquisa oferece risco mínimo à você, tendo em vista que consistirá em uma entrevista sobre aspectos que envolvem o seu trabalho. Estes riscos podem incluir, por exemplo, o desconforto pelo tempo prolongado da conversa ou, ainda, pela lembrança de alguma situação difícil atendida que possa ter mobilizado emocionalmente o profissional, já que o foco deste trabalho é posto sobre os casos de sofrimento psíquico. Quanto aos benefícios, será ofertado um espaço de reflexão para que você possa (re)pensar sua prática, especialmente com relação às demandas de saúde mental, além de contribuir para o fortalecimento da discussão e do material (artigos científicos) acerca do dispositivo da escuta qualificada nos serviços de atenção básica.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) ou pela Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP).

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

A sua identidade será preservada e as informações desta pesquisa poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, mantendo o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores.

Autorização

Eu, [nome completo do voluntário], após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e após ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos que serão utilizados, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foime entregue.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Santa Maria, ____ de _____ de 2017.

ANEXO B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: A escuta qualificada como dispositivo no cuidado em saúde mental na atenção básica

Pesquisador responsável: Dorian Mônica Arpini

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria

Telefone para contato: (55) 3220-9231

Local da coleta de dados: Estratégia de Saúde da Família Bela União; Estratégia de Saúde da Família São João; Estratégia de Saúde da Família Santos.

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos participantes envolvidos no trabalho. O material será coletado por meio de entrevistas semidirigidas nas Estratégias de Saúde da Família Bela União; São João e Santos, no período de fevereiro à abril.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as identidades dos participantes somente serão divulgadas de forma anônima. As informações serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 74B, sala 3208, CEP 97105-900 - Santa Maria, RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Prof^a. Dr^a. Dorian Mônica Arpini. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., com o número de registro Caae

Santa Maria,dede 20.....

.....
Assinatura do pesquisador responsável

(Não se esqueça de anexar este termo assinado e que o responsável é sempre o professor orientador)

APÊNDICE A - REGISTRO DE SORTEIO DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA QUE INTEGRARÃO A PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Registro de sorteio das Estratégias de Saúde da Família que integrarão a pesquisa

Pesquisa: A escuta qualificada como dispositivo no cuidado em saúde mental na atenção básica

Pesquisador responsável: Prof^o Dr^a Dorian Mônica Arpini

Inicialmente, definiu-se que o estudo será realizado em Estratégias de Saúde da Família (ESF) da cidade de Santa Maria que estejam recebendo apoio matricial em saúde mental, por acreditar-se que a oferta de matriciamento para essas equipes tem aproximado e estimulado o trabalho com as demandas de saúde mental nesses serviços. Com base nesse critério, verificou-se o número de ESF que estariam recebendo o referido apoio no município, as quais totalizaram seis unidades. Ressalta-se que o município de Santa Maria está dividido em cinco regiões administrativas, contudo, somente em três dessas regiões há equipes de ESF recebendo matriciamento em saúde mental (região norte/nordeste; região sul/centro-oeste e região oeste). Por fim, optou-se pela seleção de uma ESF por região administrativa da cidade, procedendo-se ao sorteio, de onde resultaram as três unidades que irão integrar o estudo. Este sorteio ocorreu no dia 09 de setembro de 2016, no Departamento de Psicologia da UFSM, situado na Av. Roraima, nº 1000, Cidade Universitária, Prédio 74B, 2º Andar, Sala 3208, Camobi, CEP 97105-900, Santa Maria, RS. Estavam presentes a mestrandia autora da pesquisa Rafaela Quintana Marchesan, a orientadora Prof^o. Dr^a. Dorian Mônica Arpini e a co-orientadora Dr^a. Patrícia Paraboni. Deste modo, tem-se a seguinte configuração de ESF por região administrativa da cidade que integrarão a pesquisa:

REGIÃO	ESF
Norte/Nordeste	Bela União

Sul/Centro-Oeste	Santos
Oeste	São João

Rafaela Quintana Marchesan

Mestranda Rafaela Quintana Marchesan

Dorian Mônica Arpini

Orientadora Prof^ª Dr^ª Dorian Mônica Arpini

Patrícia Paraboni

Co-orientadora Dr^ª Patrícia Paraboni

Santa Maria, 09 de setembro de 2016

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA DE QUESTÕES ABERTAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Roteiro de entrevista semidirigida de questões abertas

Eixo 1: Condições importantes para a realização de uma boa escuta

1. Você já ouviu falar em escuta qualificada?
2. O que você considera importante para que o profissional realize uma boa escuta? Que aspectos você acha que favorecem essa boa escuta?
3. Como você acha que deve ser a postura do profissional quando escuta usuários com algum sofrimento psíquico (ou usuários de saúde mental)?

Eixo 2: Dificuldades encontradas por profissionais na escuta do sofrimento psíquico

1. Como você se sente quando escuta/atende algum usuário de saúde mental?
2. Quais temáticas você considera mais difíceis de escutar?
3. O que você faz/como se sente quando precisa escutar esses temas?
4. O que você faz quando escuta alguma situação difícil que não sabe como lidar?
5. Você possui algum suporte para escutar/trabalhar com esses casos?

Eixo 3: Efeitos da escuta no usuário e no profissional

1. Você considera importante ofertar um momento de escuta para o usuário (ou para que o usuário fale sobre seus sofrimentos/sentimentos)? Por quê?

2. Que efeitos você acha que a escuta possui para o usuário?
3. Como você se sente ao realizar (ou após realizar) uma escuta de questões envolvendo o sofrimento psíquico?
4. Você poderia descrever alguma situação que considere ter sido importante, gratificante ou exitosa envolvendo a escuta ao usuário?