



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA- UNICEUB

PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

MARIA LUÍZA ALVES DE CARVALHO

ISABELA DE OLIVEIRA DA CUNHA

SUBJETIVIDADE E APOIO MATRICIAL:

O ELO NECESSÁRIO ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA

BRASÍLIA

2020



MARIA LUÍZA ALVES DE CARVALHO

ISABELA DE OLIVEIRA DA CUNHA

SUBJETIVIDADE E APOIO MATRICIAL:

O ELO NECESSÁRIO ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Prof^a Dra. Valéria Deusdará Mori

Colaboração: Prof. Dr. Daniel Magalhães Goulart

BRASÍLIA

2020

Aos nossos pais e irmãs, pelo apoio e suporte no cotidiano; a nossos companheiros, Diuvanio e Pedro, pela compreensão e parceria na caminhada; às professoras e professores que estiveram e estão em nossa trajetória, em especial Daniel e Valéria; ao Sistema Único de Saúde.

RESUMO

A criação de uma rede articulada de cuidados em saúde mental apresenta um percurso que se inicia com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, ao considerar que o processo de desinstitucionalização não se reduz à reforma de serviços e tecnologias de cuidado, mas envolve questões do campo político, sociocultural e relacional. Desse modo, um dos pontos discutidos pelas políticas de saúde mental no Brasil é a importância da assistência de base comunitária na reinserção social do indivíduo em sofrimento psíquico, sendo necessária a integração do cuidado entre diferentes setores e serviços. Para trabalhar tal integralidade, surge a estratégia institucional conhecida por Apoio Matricial (AM), formulada por Campos (1999), e é definido como uma metodologia de gestão do cuidado em saúde, em que duas ou mais equipes interdisciplinares se reúnem para construir em conjunto uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Frente a esse contexto, a presente pesquisa teve como objetivo geral compreender como o fenômeno do Apoio Matricial se configura subjetivamente em um médico de família de uma unidade básica de saúde do Distrito Federal. Em uma perspectiva cultural-histórica, utilizou-se como aporte teórico a Teoria da Subjetividade, desenvolvida por González Rey (2003, 2005, 2017). A subjetividade como opção teórica permitiu compreender qualitativamente a especificidade e a complexidade dos processos subjetivos envolvidos no AM, visto que sua definição se apresenta através de categorias que possibilitam a expressão, na unidade simbólico-emocional, da dinamicidade e multiplicidade de experiências dos indivíduos e grupos sociais inseridos no contexto desta pesquisa. Utilizou-se como base a metodologia construtivo-interpretativa, fundamentada pelos princípios da Epistemologia Qualitativa proposta por González Rey (2005, 2017). Através de dinâmicas conversacionais propostas em encontros que ocorreram quinzenalmente em um período aproximado de cinco meses, foi possível construir interpretações acerca da atuação do participante ao longo deste processo de pesquisa, buscando compreender como os sentidos subjetivos de um médico que atuou no apoio matricial se configuram na qualidade da assistência de saúde mental no âmbito de sua atuação. A partir desta construção, foi possível observar que o participante, apesar de atuar em uma realidade de saúde marcada por uma subjetividade social enrijecida e orientada a práticas biomédicas, busca colocar-se em horizontalidade com os usuários do serviço, além de dar uma atenção diferenciada à trama e contexto de vida destes. A atuação do médico de família permitiu refletir sobre a importância e urgência de o cuidado em saúde assumir uma dimensão subjetiva e dialógica na vivência de profissionais da área.

Palavras-chave: Subjetividade. Apoio-matricial. Saúde mental. Atenção primária.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	10
SUBJETIVIDADE, SAÚDE MENTAL E APOIO MATRICIAL.	14
MÉTODO	18
CONSTRUÇÃO DO CENÁRIO SOCIAL DA PESQUISA	20
INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS	21
PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE, CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO E DISCUSSÕES	23
O CASO DE RUSSO.....	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	35

Introdução

A criação de uma rede articulada de cuidados em saúde mental apresenta um percurso que se inicia com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, ao considerar que o processo de desinstitucionalização não se reduz à reforma de serviços e tecnologias de cuidado, mas envolve questões do campo político, sociocultural e relacional (Gonçalves, 2001; Amarante & Nunes, 2018). Desse modo, um dos pontos discutidos pelas políticas de saúde mental no Brasil é a importância da assistência de base comunitária na reinserção social do indivíduo em sofrimento psíquico, sendo necessária a integração do cuidado entre diferentes setores e serviços (Dimenstein et. al., 2009).

Nesse sentido, no campo político brasileiro, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o intuito de organizar e viabilizar o acesso de pessoas com transtorno mental à atenção psicossocial por meio de serviços articulados em rede, favorecendo a integralidade do cuidado em saúde mental no SUS (Portaria 3.088/2011; Amarante e Nunes, 2018). A RAPS é composta por diferentes dispositivos de saúde, como atenção primária (Unidades Básicas de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Consultório na Rua), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), enfermarias especializadas em Hospital Geral, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e SAMU (Portaria 3.088/2011).

Em vários países do mundo, o fortalecimento dos processos de desinstitucionalização ocorre através da ênfase atribuída a uma rede de cuidados que contemple a atenção primária (Nunes, Jucá & Valentim, 2007). Isso parte do pressuposto de que grande número de atendimentos em saúde mental pode ser abordado nesse nível de assistência, sem haver a necessidade de referir-se apenas às especialidades do sistema de saúde (Castro & Campos, 2015). Por esse motivo, a atenção primária é uma componente valiosa da RAPS, pois se

encontra como um espaço privilegiado para a construção de estratégias de cuidado em saúde mental (Dimenstein et. al., 2009; Brasil, 2013).

Para trabalhar essa integralidade, surgiu a estratégia institucional conhecida por Apoio Matricial (AM), formulada por Campos (1999). O AM é definido como uma metodologia de gestão do cuidado em saúde, em que duas ou mais equipes interdisciplinares se reúnem para construir em conjunto uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (Chiaverini et. al., 2011; Campos & Domitti, 2007). Essa proposta busca horizontalizar as relações de especialidades por meio do apoio institucional e pelo vínculo interpessoal entre profissionais e serviços, buscando transformar a lógica de encaminhamentos e a burocratização do cuidado (Onocko Campos, 2001; Chiaverini et. al., 2011). Frente a isso, o interesse de pesquisar a articulação entre o trabalho desenvolvido em atenção primária por um médico com experiência prévia em matriciamento, oportunizou o desenvolvimento da presente pesquisa.

Diante da dimensão relacional entre equipes no AM e de experiências de pesquisa vinculadas ao grupo de pesquisa “Saúde mental, desenvolvimento subjetivo e ética do sujeito: alternativas à patologização da vida”, coordenado pelo Professor Doutor Daniel Magalhães Goulart, estima-se que a criação de vínculos entre profissionais e usuários é fundamental para a integração da saúde mental na atenção primária e o fortalecimento da RAPS. Assim como aponta Hirdes (2015), os aspectos relacionais, denominados de tecnologias leves, sustentam a prática do AM, aspecto relatado por participantes como um fator facilitador do trabalho intersetorial e interdisciplinar. Entretanto, pesquisas sinalizam que ainda existem inúmeros desafios para a realização do AM, que acabam interferindo nesse facilitador, como o adoecimento dos profissionais de saúde (Jorge, Vasconcelos, Maia Neto, Gondim e Simões, 2014; Hirdes 2015; Minozzo & Costa, 2013).

Frente a esse contexto, um dos focos de pesquisa do presente trabalho é a dimensão subjetiva para o fortalecimento da RAPS, além da importância do AM como espaço dialógico e de apoio subjetivo aos profissionais de saúde.

Como anteriormente relatado, o presente trabalho parte de experiências prévias de pesquisa, que possibilitaram reflexões relacionadas à importância do vínculo subjetivo entre equipes de matriciamento e as particularidades na realização do apoio matricial, principalmente no Distrito Federal (DF).

Como a prática do AM visa uma ação dialógica e ampliada na construção do cuidado, estima-se que essa estratégia represente, para além de uma técnica institucionalizada, uma criação de vínculos entre os profissionais de saúde mental, da atenção primária e de usuários dos serviços de saúde (Chiaverini et. al., 2011; Oliveira & Campos, 2015). Tal estratégia não pode ser incorporada ao tecnicismo por vezes encontrado nos dispositivos, pois demanda que dimensões subjetivas individuais e sociais sejam parte dos processos de atendimento.

Algumas pesquisas enfatizam a dimensão relacional como um fator que potencializa as intervenções em saúde mental na atenção primária, por exemplo, pela sensibilização de profissionais das UBS (Jorge et. al. 2014; Hirdes, 2015). Entretanto, segundo pesquisas e experiências prévias das autoras deste trabalho, existem aspectos que enfraquecem a dimensão relacional do trabalho de saúde mental na atenção primária e contribuem para o distanciamento de ações integradas, como aspectos relacionados à gestão, à lógica de produtividade e superlotação dos serviços, e até mesmo a sobrecarga dos profissionais de saúde (Jorge et. al. 2014; Hirdes, 2015; Bezerra & Dimenstein, 2008).

Parte dessa sobrecarga dos servidores pode estar relacionada à herança do “eficientismo” da saúde pública, com foco no caráter quantitativo dos atendimentos, em

que se esvai a qualidade de escuta e acolhimento dos casos de saúde mental (Jorge et. al., 2014). Além disso, diante das grandes demandas de saúde mental vinculadas à alta vulnerabilidade da população atendida pelos profissionais da atenção primária, percebe-se um mal-estar nas equipes de saúde, bem como sentimentos relativos à insegurança e despreparo para lidar com esses fatores, principalmente ao se tratar de situações de indivíduos em crise (Bezerra & Dimenstein, 2008; Jorge et. al, 2014; Brasil, 2013; Minozzo & Costa, 2013).

Esses aspectos representam a centralidade do que justifica o presente trabalho: o apoio matricial pode ser reconhecido também enquanto espaço de escuta e acolhimento dos profissionais, visto que trabalha o diálogo e a convivência. Esses fatores podem contribuir para o fortalecimento das equipes no exercício de construir um cuidado complexo em saúde mental (Minozzo & Costa, 2013). Dessa maneira, compreende-se como um importante aspecto, compreender produções subjetivas relacionadas ao trabalho em AM de profissionais que atuem ou tenham atuado neste contexto.

Destaca-se aqui também a importância de pesquisas em dispositivos da RAPS e metodologias de cuidado, buscando evidenciar possíveis caminhos e desafios que contribuam para a construção e ampliação de práticas da rede, auxiliando a promoção de pesquisas em saúde coletiva.

Objetivos

Objetivo geral

Compreender como o fenômeno do Apoio Matricial se configura subjetivamente em um médico de uma unidade básica de saúde.

Objetivo específico

Compreender como os sentidos subjetivos de um médico que participou de diferentes apoios matriciais se configuram na qualidade da assistência de saúde mental no âmbito de sua atuação.

Fundamentação teórica e revisão bibliográfica

Segundo Athié, Fortes e Delgado (2013), a integração dos cuidados em saúde mental na atenção primária é uma proposta mundial, apresentada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2007, na tentativa de superar a lacuna existente entre a alta prevalência de transtornos mentais em contraponto ao investimento e implementação de serviços públicos para o cuidado dessa população. Sendo assim, essa articulação apresenta diferentes experiências ao redor do mundo, marcadas por suas particularidades de acordo com a cultura, política local e território, mesmo que a base do cuidado em saúde mental siga o critério comunitário (Athié, Fortes e Delgado, 2013). Segundo estes autores, a singularidade dessas práticas pode ser percebida em suas denominações como o *shared care* (cuidado compartilhado), *integrative care* (práticas integrativas), e no Brasil, apoio matricial ou matriciamento (Athié, Fortes e Delgado, 2013).

Conforme exposto brevemente na introdução, o AM corresponde a uma metodologia de gestão do cuidado em saúde, em que duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, elaboram uma intervenção pedagógico-terapêutica (Chiaverini et. al., 2011). Seu objetivo é, por meio do intercâmbio de diferentes saberes e especialidades, expandir a realização da clínica ampliada, através da continuidade, integralidade e construção de vínculo no cuidado em saúde mental (Correia et. al, 2016). Diante disso, existem algumas ações colaborativas entre profissionais da atenção primária e da saúde mental realizadas no processo de matriciamento, como discussões de caso, visitas domiciliares e consultas conjuntas (Correia et. al, 2016).

A partir do encontro entre duas equipes, uma de referência e outra de apoio especializado, o matriciamento busca reduzir os efeitos burocráticos da lógica verticalizada e de encaminhamentos no cuidado em saúde pela integração dialógica entre distintas

profissões e especialidades (Chiaverini et. al., 2011; Correia et. al, 2016). As equipes de referência são multidisciplinares e acompanham o usuário e suas demandas por meio da construção de vínculos que permitem a continuidade e integralidade do cuidado (Castro & Campos, 2016; Correia et. al, 2016). Já as equipes de apoio matricial têm como função desenvolver um trabalho colaborativo e compartilhado com a equipe de referência por meio da troca de saberes e experiências para a construção de tal cuidado compartilhado em saúde (Correia et. al, 2016). No âmbito da saúde mental, as equipes de referência correspondem à Estratégia de Saúde da Família, e as de apoio matricial podem ser tanto do CAPS da região, como do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como objetivo dar suporte de questões em saúde mental “[...] às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população” (Brasil, 2004, página 80; Correia et. al, 2016).

No Distrito Federal, foi a partir da Portaria 77/2017 que surgiu a possibilidade de integração entre essas equipes, visto que a atenção primária no DF passa a ser fundamentada pela Estratégia de Saúde da Família. Diante disso, as UBS do DF passam a contar com equipes multiprofissionais generalistas no cuidado em saúde, assumindo a principal porta de entrada no SUS (Brasil, 2013; Portaria 77/2017). Além disso, foi nesse período que as autoras deste projeto, através de atividades acadêmicas de graduação, começaram a desenvolver uma trajetória no campo, presenciando o processo de “Converte”, em que equipes das UBS passaram por treinamentos e capacitações para a formação e organização das equipes de Saúde da Família.

Embora represente uma estratégia com base na dialogicidade para a construção do cuidado e tenha por objetivo a integração dos serviços, ainda é possível encontrar desafios que contribuem para o afastamento entre saúde mental e atenção primária, tanto no Brasil como na vivência das pesquisadoras desse trabalho. Segundo Medeiros (2015), as

publicações nos últimos dez anos apresentam três focos de discussão a respeito do AM: a primeira está relacionada à visão dos especialistas; a segunda, à visão dos profissionais da atenção primária; e a terceira, relatando práticas de matriciamento.

Partindo disso, o primeiro ponto a ser discutido se refere à visão das equipes matriciadoras (CAPS) sobre o AM. Segundo Minozzo e Costa (2016), um dos fatores destacados pelos profissionais do CAPS pesquisado se refere à necessidade de fortalecer a própria equipe para a realização do AM, desenvolvendo a integração dos profissionais tanto no cotidiano do serviço como em espaços para comunicação, além de reuniões de equipe. Esse aspecto do trabalho em grupo também é discutido por Bezerra e Dimenstein (2008) como uma habilidade ou conhecimento que os matriciadores precisam ter. Além disso, as autoras retratam a importância dos aspectos institucionais, políticos e de gestão para a articulação dos setores da saúde, que, por vezes, podem contribuir para as dificuldades na realização do AM.

Já em relação à visão dos profissionais da atenção primária, estudos realizados com equipes da ESF observaram que alguns profissionais são resistentes ao atendimento de casos e demandas de saúde mental, utilizando-se, habitualmente, de encaminhamentos para serviços especializados no intuito da desresponsabilização com o cuidado ao usuário (Jorge et. al. 2014). Essa resistência encontrada no cenário da atenção primária pode estar associada à insegurança para lidar com o transtorno mental, muitas vezes influenciado pelo estigma presente no Brasil em relação à “loucura”, associando-a a periculosidade, inutilidade e cronicidade (Minozzo & Costa, 2016; Jorge et. al., 2014).

Além disso, a resistência de profissionais para a realização do matriciamento pode estar relacionada também à lógica de produtividade e resultados quantitativos que os

serviços em saúde pública enfatizam, apresentando a discussão da dimensão da prática do AM (Jorge et. al., 2014; Hirdes & Scarparo, 2015). Esse aspecto pode contribuir para a sobrecarga de trabalho e falta de engajamento efetivo dos profissionais de saúde que, por sua vez, não se veem como agentes fundamentais capazes de modificar a assistência prestada a cada indivíduo (Jorge et. al., 2014).

Além disso, autores como Jorge et. al. (2014) e Medeiros (2015) advertem para outro possível efeito da operacionalização do AM: existe ainda um caráter unilateral e de transferência de saber especializado por parte de equipes matriciadoras para com as equipes de ESF, mais que propriamente uma troca entre os níveis de atenção, tal como proposto por Campos (1999) ao introduzir a noção e a estratégia do matriciamento.

Mesmo diante dos desafios apresentados, Hirdes (2015) apresenta fatores que podem contribuir e facilitar o AM. Os fatores que são centrais para o funcionamento desse arranjo são aspectos tecnológicos e relacionais. Segundo a autora, o vínculo construído entre os profissionais que participam do AM é percebido como um facilitador do trabalho intersetorial e interdisciplinar. A discussão realizada entre a dimensão subjetiva e relacional nos processos de trabalho em saúde é realizada por Merhy (2006, apud Bezerra & Dimenstein, 2008), na reconstrução da ideia do trabalhador em saúde como um trabalhador coletivo. Diante disso, Merhy e Feuerwerker (2016) discutem a importância da tecnologia leve em saúde, caracterizadas pelo processo relacional do cuidado em saúde, que envolve escuta, o interesse, a construção de vínculos e acolhimento, possibilitando a abertura da atuação clínica para existência do outro e da sua singularidade.

É nesse sentido que esse projeto de pesquisa busca se desenvolver, ao estudar a dimensão subjetivo-relacional no fortalecimento dos profissionais de saúde através de experiências prévias em apoio matricial.

Subjetividade, saúde mental e apoio matricial.

Esta pesquisa tem como base teórica a Teoria da Subjetividade em uma perspectiva cultural-histórica de González Rey (2003, 2005, 2017). A subjetividade como opção teórica permitiu e permite compreender qualitativamente a especificidade e a complexidade dos processos subjetivos envolvidos no AM, visto que sua definição se apresenta através de categorias que possibilitam a expressão, na unidade simbólico-emocional, da dinamicidade e multiplicidade de experiências dos indivíduos e grupos sociais inseridos nesse contexto (González Rey, 2015; González Rey, Goulart e Bezerra, 2016). Essa unidade nos permite definir, em um caráter ontológico, os fenômenos vivenciados pelo médico de família participante da pesquisa, como subjetivos (González Rey, Goulart e Bezerra, 2016). Diante disso, a unidade simbólico-emocional caracteriza os sentidos subjetivos, que representam a diversidade de produções subjetivas de um indivíduo ou grupo social diante das experiências vividas (González Rey, Goulart e Bezerra, 2016; González Rey & Mitjans Martínez, 2017).

No contexto do AM, tanto o encontro de diferentes profissionais, quanto a troca de experiências e saberes entre eles, possibilita a emergência de sentidos subjetivos que nos permitem conjecturar a respeito da diversidade de processos que se configuram subjetivamente nas experiências. As configurações subjetivas são definidas como formações autogeradoras, que surgem a partir da dinamicidade dos sentidos subjetivos organizados a partir de sua convergência, definindo a relativa estabilidade de processos subjetivos individuais e sociais (González Rey & Mitjans Martínez, 2017; Oliveira, Goulart e González Rey, 2017). Essa categoria marca o caráter dinâmico da subjetividade, visto que as configurações subjetivas se encontram passíveis de mudanças diante da produção de novos sentidos subjetivos (González Rey & Mitjans Martínez, 2017; González Rey, 2005). Nesse sentido, levando em consideração o caráter relacional e dialógico do apoio matricial, o

profissional da atenção primária, ao vivenciar a complexidade dessas relações, pode produzir novos sentidos subjetivos e organizá-los de modo relativamente estável em uma configuração subjetiva acerca do AM em saúde mental (González Rey & Mitjás Martínez, 2017).

Ao retratar a subjetividade como uma condição humana fundamental e que expressa uma alternativa às limitações objetivas a que o ser humano está submetido, González Rey (2005), a partir de uma perspectiva histórico-cultural, considera os aspectos individuais e sociais no processo de compreensão dos fenômenos humanos. Identificam-se, assim, a subjetividade individual e a subjetividade social.

A subjetividade individual se constitui na organização subjetiva de incorporar, contradizer ou confrontar permanentemente os espaços sociais de subjetivação, onde a história do indivíduo é constituinte do caráter singular de sua existência (González Rey, 2005). A subjetividade social representa um sistema complexo que articula as múltiplas configurações subjetivas sociais geradas em diferentes espaços nos processos de interação entre os indivíduos e grupos (González Rey & Mitjás Martínez, 2017). Entretanto, ainda que se constituam neste momento em dois conceitos, não se trata de uma dicotomia entre indivíduo e cultura, onde aspectos de um sejam separados de forma estanque do outro. Em concordância, Goulart (2013) enuncia que não há um “[...] sistema de subjetividade social que não passe pelos indivíduos envolvidos” (p.28).

A partir disso, essa categoria permite uma compreensão ontológica dos processos relacionais na organização do cuidado em saúde mental, visto que este se organiza de diferentes formas e em diferentes espaços sociais, de acordo com o contexto histórico-cultural em que os indivíduos e grupos sociais estão inseridos. Desdobra, assim, em uma perspectiva com valor heurístico para o estudo do campo da saúde mental, pois rompe com

a dicotomia indivíduo-social, ao enfatizar a inter-relação entre subjetividade social e subjetividade individual, em que ambas se perpassam de modo a criar processos de subjetivação (González Rey, 2007; González Rey & Mitjás Martínez, 2017). Do mesmo modo, a partir da categoria subjetividade social é possível compreender também os processos institucionais ainda presentes no contexto da atuação em atenção primária com foco nos demais aspectos de vida dos usuários, pois, como pontua Castro e Campos (2016), para que ocorra a implementação da lógica matricial na prática cotidiana dos serviços é necessário modificações organizativas de modo a contribuir para a construção de uma nova cultura institucional e subjetividade profissional.

É no posicionamento do indivíduo ou grupo social frente a uma subjetividade social marcada por uma característica normativo-institucional que emerge a categoria sujeito (González Rey & Mitjás Martínez, 2017). O sujeito é capaz de gerar novos processos de subjetivação nos espaços de subjetividade social que constitui e pelos quais é constituído (Mori & González Rey, 2012; González Rey & Mitjás Martínez, 2017). Cabe enfatizar que a condição de sujeito não pode ser confundida como um atributo inerente à compreensão de ser humano. Sujeito é o indivíduo ou grupo que abre uma via própria de subjetivação, que extrapola os espaços sociais normativos e exerce opções criativas, que podem ou não ser expressos em uma ação (González Rey & Mitjás Martínez, 2017).

Em experiências prévias de pesquisa por parte das autoras deste projeto, foi possível gerar inteligibilidade sobre barreiras para a realização do AM, como desinvestimento em saúde mental, as dificuldades encontradas nas organizações das estratégias de saúde e a superlotação de ambos os serviços de saúde, fatos que se desdobram em processos subjetivos sociais que impactam intensamente na desvinculação entre a atenção primária e

a saúde mental, além de ampliar um abismo entre as políticas públicas e as práticas profissionais – aspecto também discutido por Goulart (2017). Além disso, outra contribuição para o argumento aqui construído diz respeito à falta de comprometimento dos profissionais na realização do AM, fator que impede o alcance de uma dimensão pessoal e subjetiva para a realização do trabalho, implicando diretamente na qualidade do serviço e das relações.

A Teoria da Subjetividade apresenta-se como importante ferramenta no percurso de pesquisa no contexto de saúde mental, pois atua no sentido de contribuir para o desenvolvimento de indivíduos e grupos autônomos, de modo a gerar reflexões que possibilitem novas opções de vida, sejam estes profissionais de saúde, usuários ou familiares. Ademais, essa teoria permite que pesquisas em tal âmbito expandam seus horizontes para além dos limites da discussão de políticas públicas. A lente propiciada por seu aporte teórico torna visíveis processos sutis encontrados nos serviços, como foi construído ao longo das experiências anteriores de pesquisa, tal como relatado anteriormente.

Sendo assim, reconhecendo a complexidade de se realizar pesquisas em saúde mental que visem à compreensão e a análise de aspectos subjetivos do funcionamento dos dispositivos, buscamos nos utilizar de recursos teóricos e metodológicos capazes de promover o avanço de modelos teóricos que possam contribuir em demais pesquisas em saúde (González Rey, 2005). Nesse sentido, foi diante da imersão no campo, bem como das relações estabelecidas com um profissional de saúde que atuou previamente na estratégia em questão, que tivemos a possibilidade da produção teórica de forma conjunta a respeito de aspectos de saúde mental e de saúde coletiva (González Rey & Mitjans Martínez, 2017).

Método

Esta pesquisa tem como base a metodologia construtivo-interpretativa, fundamentada pelos princípios da Epistemologia Qualitativa proposta por González Rey (2005, 2017). A Epistemologia Qualitativa foi desenvolvida como teoria epistemológica, que fundamenta pesquisas no campo da psicologia e das ciências sociais, diante das limitações oferecidas tanto pelos modelos quantitativos e instrumentais, como pelos desafios encontrados na pesquisa qualitativa, devido à influência do empirismo e do pragmatismo (González Rey & Mitjás Martínez, 2017). Dessa forma, a Epistemologia Qualitativa propõe uma diferenciação epistemológica entre pesquisas que centralizam o quantitativo e propostas que avançam no caráter qualitativo dos fenômenos estudados, enfatizando que o processo da pesquisa qualitativa é, antes de tudo, relacional e teórico. Assim, essa proposta tem como prioridade a produção de conhecimento por meio da construção de modelos teóricos capazes de gerar inteligibilidade sobre o fenômeno estudado (González Rey & Mitjás Martínez, 2017; González Rey, 2005). Diante disso, foi possível construir, dentro dessa proposta, reflexões teóricas sobre os processos subjetivos de um médico de família que atuou em AM.

O primeiro princípio epistemológico que caracteriza essa proposta, de acordo com González Rey (2005), diz respeito ao caráter construtivo-interpretativo na produção do conhecimento, ou seja, o conhecimento é construído a partir da interpretação e compreensão das zonas de inteligibilidade criadas pelo pesquisador durante a pesquisa. Esse princípio foi essencial no desenvolvimento dessa pesquisa e na compreensão dos processos subjetivos emergentes nos atendimentos, pois os conceitos teóricos da subjetividade só ganham significado no decorrer da pesquisa por meio dos trechos de informações gerados pelo processo de comunicação entre pesquisadores e participantes da pesquisa.

O segundo princípio diz respeito à compreensão da pesquisa como um processo dialógico, que prioriza a comunicação, pois essa se faz presente em todos os acontecimentos humanos, seja direta ou indiretamente (González Rey, 2005). Para a Epistemologia Qualitativa, a comunicação é central, pois, segundo González Rey (2005), se constitui como uma via de conhecimento dos processos de subjetivação do indivíduo ou grupo pesquisado, de modo a viabilizar o estudo da subjetividade e a forma com que os fenômenos sociais emergem nesse nível. Sendo assim, é por meio desse processo que o pesquisador é capaz de criar instrumentos que permitem a expressão dos participantes, além de construir um cenário social de pesquisa interativo por meio dos sistemas de relações construídos durante a pesquisa. Acredita-se que esse princípio apresenta uma significativa aproximação com a própria dinâmica oferecida pelo AM como campo de pesquisa, visto que a construção de cuidado compartilhado se dá através de uma integração dialógica.

Por fim, outra característica que constitui essa epistemologia é a legitimação do singular na constituição do conhecimento científico. Singular, neste caso, não é sinônimo de único, mas de uma fonte singular de informações que possa contribuir para a construção do modelo teórico em desenvolvimento. Ou seja, um modelo teórico é resultado da construção de modelos de inteligibilidade que dão consistência ao campo e ao problema pesquisado (González Rey, 2005). O modelo teórico é desenvolvido, segundo González Rey (2005), a partir da capacidade do pesquisador de organizar sistematicamente o material empírico de informações com suas construções interpretativas e ideias durante a pesquisa, gerando significados a partir das categorias da teoria da subjetividade.

Construção do Cenário Social da Pesquisa

O cenário social da pesquisa corresponde à construção gradativa da imersão do pesquisador no campo e da criação de vínculos com os participantes e o espaço da pesquisa (González Rey & Mitjáns Martínez, 2017; González Rey, 2005).

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, a pesquisadora designada à imersão no campo construiu um vínculo com servidores de uma equipe atuante em uma Unidade Básica de Saúde do DF, composta por dois técnicos de enfermagem, uma agente comunitária de saúde, uma dentista e um médico de família, agente primordial para que fossem tecidas as considerações do referido eixo. Apesar de ter participado de diversas atividades propostas pela UBS, foi através de um acompanhamento mais próximo da atuação deste médico que surgiu a possibilidade das reflexões e considerações que atravessam os objetivos desta pesquisa. A escolha por essa UBS e equipe ocorreu através de experiências acadêmicas anteriores, momento em que uma das pesquisadoras teve conhecimento do trabalho realizado pela equipe citada, mas mais precisamente, pelo médico de família.

Sendo assim, inicialmente, uma das pesquisadoras entrou em contato com a gerência do serviço, que, por telefone, demonstrou abertura e disponibilidade à pesquisa, combinando uma data para conhecer a pesquisadora que atuaria na UBS. Entretanto, na data e horário marcados, foi possível identificar certa resistência por parte da gerência em autorizar a pesquisa. Após alguns momentos de conversa, apesar da primeira impressão, foi possível fazer alguns acordos para dar seguimento ao trabalho.

É importante ressaltar que, durante a pesquisa, os matriciamentos entre os serviços de saúde mental e atenção primária estavam interrompidos, dificultando, inicialmente, o andamento da pesquisa. Contudo, o médico de família, que futuramente se tornaria o

principal participante da pesquisa, conta com vasta experiência nos mais diversos modelos de matriciamento.

No desenrolar da pesquisa, devido ao isolamento social decretado pelo governo do Distrito Federal em decorrência da pandemia de COVID-19, o vínculo constituído com o participante foi, em partes, enfraquecido. Isto pois sua atuação enquanto médico se mostrou de intensa necessidade ao serviço. Dessa forma, durante 5 meses, foi interrompido o contato físico que permitia o acompanhamento dos atendimentos e as dinâmicas conversacionais com o médico. Este fator teve, na perspectiva da pesquisadora que estava em campo, primordial importância para que emergissem diversos desafios no contexto da pesquisa, uma vez que, na perspectiva teórica e na metodologia adotadas, é fundamental que se estabeleçam relações dialógicas e comprometidas com o processo de pesquisa. Entretanto, na medida do possível, pesquisadora e participante foram desenvolvendo maneiras de dar continuidade ao trabalho, ainda que à distância.

Instrumentos e Procedimentos

Segundo González Rey (2005, 2017), os instrumentos da pesquisa qualitativa têm um caráter interativo, servindo como provocadores do diálogo construído com os participantes da pesquisa, não sendo possível construir conclusões diretas a partir dos “dados” que geram. Eles são meios de expressões simbólicas dos participantes, que podem se organizar em diferentes formas. Por isso, o caráter interativo dos instrumentos qualitativos, pois eles são meios que nos levam ao envolvimento subjetivo com os (as) participantes da pesquisa, de modo a provocar expressões variadas no curso desse processo dialógico. Dessa maneira, o principal instrumento de pesquisa utilizado foi o das dinâmicas conversacionais, que

segundo González Rey (2005), permite a construção de uma malha de informações autêntica junto aos participantes da pesquisa.

Sendo assim, por meio da conversação espontânea, este instrumento possibilitou ao profissional expressar indiretamente aspectos subjetivos de sua vida em relação ao contexto do cuidado em saúde mental e possíveis desdobramentos de matriciamentos prévios para o desenvolvimento subjetivo.

Além da observação e escuta dos atendimentos ou demais momentos existentes no cotidiano do serviço, foram propostas dinâmicas conversacionais diretamente com o médico de família participante da pesquisa.

Estes momentos ocorreram nas visitas quinzenais da pesquisadora à UBS no curso de aproximadamente 5 meses. Além disso, diante de eventuais impossibilidades de encontros pessoalmente, este instrumento foi também utilizado através de mensagens por celular acerca dos temas abordados pelo trabalho.

Procedimentos de análise, construção da informação e discussões

Diante da proposta da metodologia construtivo-interpretativa elaborada por González Rey (1997), a construção da informação ocorre de maneira processual durante toda a pesquisa em campo. Tal processo se constitui da organização de indicadores de pesquisa baseados nas expressões dos participantes (González Rey, 2005). A relação de tais indicadores construídos através de conjecturas e interpretações do pesquisador, possibilita a formulação de hipóteses, que fundamentam a elaboração do modelo teórico de uma pesquisa (González Rey, 2005).

O caso de Russo

A construção do estudo de caso de Russo¹ está em conformidade com os objetivos desta pesquisa, buscando compreender como os sentidos subjetivos de um médico que atuou no apoio matricial se configuram na qualidade da assistência de saúde mental no âmbito de sua atuação. Nesse seguimento, busca-se apresentar experiências encontradas no cotidiano do serviço, relacionadas à assistência à saúde mental no âmbito da atenção primária.

Russo tem 33 anos, é brasiliense e é médico de família. Gradou-se em medicina em Cuba pelo programa da Escola Latino Americana de Medicina no ano de 2010 e especializou-se em medicina da família na Venezuela em 2013. Retornou ao Brasil através do programa Mais Médicos², atuando por 2 anos. Após esta trajetória, ingressou em 2017 na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, sempre atuando na Atenção Primária. Possui formação em

¹ Com a finalidade de preservar a identidade dos (as) participantes, todos os nomes utilizados nesta pesquisa são fictícios.

² Mais Médicos foi um programa lançado em 2013 pelo Governo Dilma, cujo objetivo era suprir a carência de médicos nos municípios no interior e nas periferias de grandes cidades do Brasil. Trouxe cerca de 15 mil médicos cubanos a áreas com desfalque profissional (Ministério da Saúde, 2015). No ano de 2019, foi extinto neste formato pelo governo Bolsonaro, que não renovou os contratos com os profissionais de Cuba.

Medicina Tradicional Chinesa e Acupuntura, e durante o curso desta pesquisa, realizava um mestrado profissional pela FioCruz. Faz-se importante destacar que as características de formação e interesses profissionais de Russo são muito diversos aos hegemônicos no Brasil.

Após encontros buscando estabelecer um primeiro vínculo com a equipe, uma das pesquisadoras acompanhou atendimentos de rotina e de demanda espontânea realizados pelo médico. Apesar de atualmente não ocorrer sistematicamente a estratégia matricial na UBS em que atua, Russo busca abarcar em seus atendimentos de rotina aspectos relacionados à saúde mental e demais âmbitos da vida dos pacientes. A exemplo disso, trazemos o seguinte trecho de diálogo ocorrido durante uma consulta de demanda espontânea, onde uma mulher de cerca de 40 anos queixa-se de fraqueza, fadiga constante, dor de estômago e dor de cabeça:

Russo: Me fala um pouco de você.

A: Eu estou sentindo tudo isso que te falei, doutor. Muita dor e estou sempre cansada. Meu sono é ruim, a mente não para.

Russo: Sim, seus sintomas, né? Mas e você? Como é a sua vida, a sua rotina?

A: Eu tenho medo de morrer, medo do meu marido morrer, do meu filho morrer.

Russo: Você consegue me dizer qual a razão pra esse medo?

A: Meu marido está doente, vai fazer uma cirurgia no coração. Aí eu não tenho sossego. Tenho que cuidar de tudo e trabalhar. Tem vezes que eu percebo que estou com os braços dormentes, aí tenho medo do meu coração estar ruim também. [...] Eu perdi um filho recentemente.

Russo: Você consegue fazer uma relação das suas dores com a sua situação de vida?

A: Não.

Ao todo, o atendimento relatado durou cerca de 50 minutos, onde Russo fez diversas perguntas em uma busca ativa sobre a história de vida de A, embora para ela parecesse mais importante falar dos sintomas que apresentava. A postura de buscar dedicar maior tempo ao diálogo com a usuária é diferente daquela comumente disponibilizada por profissionais da atenção primária (Jorge, 2014). A partir disso, é possível elaborar um indicador de sentidos subjetivos relacionados à maior valorização da trama de vida dos indivíduos em detrimento de uma sintomatologia isolada de contexto. Diante deste primeiro indicador, é possível ainda conjecturar sobre como as produções subjetivas de Russo acerca da condução de seus atendimentos estão atreladas às suas experiências prévias em AM.

É possível reforçar este indicador a partir do seguinte trecho de diálogo extraído de outro atendimento à demanda espontânea do serviço, onde uma mulher queixa-se de uma dor muito forte no estômago:

B: Eu sinto como se tivesse um buraco no meu estômago.

Russo: Você se lembra como isso começou?

B: Não muito. Mas eu estava trabalhando. [...] Eu trabalho todo santo dia em uma creche no Paranoá e moro em Samambaia³. É muito cansativo. Tem que carregar os bebês no colo o dia todo. Eu chego muito tarde e acordo muito cedo.

Russo: Você tem sentido medo? Te noto muito assustada.

B: Não. (Mas nega-se, inicialmente, a deixá-lo examiná-la).

Russo: Você pode se afastar do trabalho por um tempo?

B: (Longa pausa e choro) Sim. Tem como pedir uma ressonância?

Russo: Eu quero te ajudar. Mas não acho que o caminho seja esse.

³ Cidades satélites do DF com distância de aproximadamente 50 km entre uma e outra.

B: É que meu pai morreu de câncer de estômago.

Russo: Eu entendo. Mas a minha opinião é que seu quadro esteja mais ligado a ansiedade que a um câncer, por exemplo. Além disso, uma ressonância não seria o exame mais adequado pra descobrir um câncer no estômago, [...] você entende?

Primeiramente, o trecho acima demonstra novamente o interesse do médico em questões relacionadas ao modo de vida dos indivíduos que atende, o que reforça o indicador anteriormente construído de que Russo mais valoriza a história e realidade vivida pelos indivíduos do que direciona sua atenção aos sintomas relatados. Além disso, este é um exemplo dos diversos momentos encontrados em campo em que ele se depara com uma queixa de um sintoma dito físico (como uma dor de estômago, dor de cabeça, falta de ar, entre outros), e busca utilizar uma linguagem acessível aos usuários para expressar aquilo que ele acredita ser a causa de tais sintomas, classificando-os como ansiedade. Nesse sentido, este trecho de diálogo possibilita a construção de uma conjectura sobre uma possível redução de quadros complexos ao que Russo denomina ansiedade.

Em um momento posterior, em uma forma de provocação, uma das pesquisadoras questiona Russo sobre a quantidade de casos de pessoas com ansiedade em seu consultório:

Pesquisadora: Semana passada você me disse que boa parte dos casos que você atende aqui na Unidade são casos de transtorno de ansiedade. É muita coisa, né?

Russo: É muita coisa. Mas acho que eu tento dar uma ênfase maior nos aspectos sociais, biográficos e psíquicos da pessoa e tento integrar isso à queixa física que ela traz. Acho que na minha abordagem eu tento priorizar muito mais esses aspectos do que essas queixas.

Pesquisadora: Entendi. Então pra você não existe uma diferenciação de casos físicos ou clínicos, de casos de saúde mental, por exemplo?

Russo: Eu tenho tendido a conduzir e interpretar casos como uma unidade. A gente vem da tradição de separar as coisas. Mente - corpo, física - psíquica.

Entretanto, em uma outra conversa onde retomamos o tema da ansiedade nos pacientes, Russo apresenta a seguinte contradição:

Pesquisadora: Apesar de você não fechar um diagnóstico, o que eu vejo como algo muito positivo, falar pra boa parte dos pacientes que eles têm ansiedade pode contribuir pra uma patologização excessiva por um outro lado, você não acha?

Russo: Com certeza. Eu acho que isso parte muito da experiência que o profissional tem, na habilidade de conseguir abordar essas questões sem precisar medicalizar. Eu ainda não tenho tanta experiência pra construir um diálogo sem necessariamente precisar colocar um rótulo, **porque eu venho do campo clínico**. É uma provocação bem válida. Mas quando eu faço essa opção é uma tentativa de mostrar que tem algo causando o sintoma físico dela. Essa estratégia, **apesar de correr esse risco de medicalizar sem precisar**, olhando um contexto geral do serviço, **acho que ela é mais positiva comparada a uma medicalização que se tem feito no físico**. Que na minha opinião é muito mais desastrosa do que essa.

Além de reforçar a ideia de uma separação entre casos clínicos e de saúde mental, a partir desta fala é possível construir um indicador de sentidos subjetivos relacionados à desvalorização da atenção à saúde mental na medicina dominante, marcados por uma subjetividade social de que sintomas e doenças ditas orgânicas possuem maior importância

quando comparadas a adoecimentos psíquicos. Isso demonstra, ainda, a forte influência de um modelo biomédico, implicado em categorizações que desconsideram a subjetividade individual e social presente nos processos humanos. A prática da categorização do sofrimento psíquico em doenças no contexto da atenção primária é perpassada por concepções de bases biológicas, fator que abre espaço para uma discussão acerca da utilidade de tais classificações.

Nesse sentido, atrelado à conjectura anteriormente construída sobre a tendência a um reducionismo de casos complexos à quadros de ansiedade, este trecho de diálogo possibilita a construção de um indicador de que, apesar da boa intenção na postura de não prescrever medicações para sintomas “físicos”, baseado na crença de estes possuírem outra base ou origem, há, também, nesta atitude, um desdobramento de categorizar e, conseqüentemente, reduzir a complexidade de suas questões singulares a um rótulo diagnóstico.

Entretanto, se faz importante ressaltar que, além de reagir de maneira reflexiva e orientada ao diálogo diante da provocação feita, muito possivelmente as ações elencadas acima extrapolam a intenção de Russo, que de maneira geral, apresenta um posicionamento crítico à medicina hegemônica, mas que poderia ser, em suas ações, atravessado por uma configuração social não apenas do serviço em que atua, mas de uma lógica predominantemente presente no trabalho e nas noções em saúde do ocidente. Como citado anteriormente, González Rey (2017) explica que a configuração subjetiva de determinado espaço social pode definir a relativa estabilidade dos processos subjetivos dos indivíduos e grupos sociais. Dessa forma, é possível reconhecer nas falas e ações de Russo tentativas de subverter esta realidade, como é o caso desta fala em um momento informal:

Russo: Nessa UBS o normal é prescrever um medicamento e mandar pra casa. Eu não quero ser assim. Confesso que em algumas vezes é difícil manter esse padrão de trabalho. Alguns pacientes entram por aquela porta e só querem uma receita pro que eles acreditam que têm, e eles se irritam quando eu digo que precisamos investigar, que pode ser outra coisa.

Pesquisadora: Eles estão acostumados a uma outra postura, né? Então esperam que você aja da forma com que estão acostumados a encontrar por aí.

Russo: Claro, mas seria falta de responsabilidade da minha parte. Não sinto que seria justo eu conduzir os atendimentos assim. Eu não me sinto dono da verdade sobre essas pessoas (os usuários), sabe? Mas eu ainda não consegui encontrar uma forma de me fazer mais claro, acho que isso vem com a experiência.

A partir do trecho de diálogo acima é possível conjecturar acerca de sentidos subjetivos ligados às expectativas da população quanto à conduta médica, dado que práticas voltadas ao estancamento de sintomas vão tomando forma concreta e robusta, extrapolando os espaços sociais dos serviços de saúde, e ganhando espaço na vida cotidiana e nas concepções históricas e culturais acerca do que esperar ao adentrar um consultório médico. Nesse sentido, agrava-se o desafio de uma prática criativa como a de Russo, que busca confrontar os espaços de subjetivação social dominantes no serviço, onde a própria população atendida demanda uma relação centrada na doença e na medicalização dos processos humanos.

A partir das considerações trazidas nesta construção, é possível observar como Russo busca se colocar em uma posição de horizontalidade em relação aos usuários do

serviço, o que pode ser compreendido como um esforço a desocupar o lugar de maior importância na hierarquia da relação médico-paciente.

Essa condição pode se tornar fundamental no processo de transformação do cenário de desafios descritos anteriormente, visto que o posicionamento ativo e criativo dos profissionais de saúde pode contribuir para uma transformação do AM e para a criação de uma rede de apoio efetiva.

Enquanto parte constitutiva da RAPS, Russo, ocupando o lugar de médico de família, parece não ceder aos vícios da prática em atenção primária. Como descrito na construção teórica do presente trabalho, é comum que servidores atuantes neste âmbito atalhem atendimentos relacionados a sofrimentos psíquicos diversos, à medicalização dos processos humanos ou ainda aos encaminhamentos a serviços especializados.

Uma relação dialógica, seja essa entre os profissionais que atuam conjuntamente nos serviços, ou entre profissionais e usuários, é um fator de primordial importância para que estratégias que visem a integração entre a atenção à saúde mental e a atenção primária superem a noção de meros dispositivos com técnicas institucionalizadas, tornando-se, assim, ferramentas que favoreçam modificações capazes de contribuir para a construção de uma nova subjetividade institucional.

Diante do posicionamento de Russo de operar na contramão frente à normatividade que encontra, não apenas no contexto do campo em que atua, mas também de uma trama maior mantida pelos atravessamentos de um modelo biomédico de saúde e de vida, é possível afirmar que Russo assume uma condição de agente, pois suas ações e construções da atuação como médico buscam exercer opções criativas que mantenham a ênfase em seu lugar ativo na tarefa constante do fazer em saúde. Entretanto, ainda que suas práticas se orientem a gerar alternativas ao contexto dominante, é possível que o enrijecimento da

subjetividade social do serviço não favoreça um espaço aonde sejam geradas efetivamente alternativas de subjetivação a tal normatização.

Considerações finais

Ao longo do processo de elaboração dessa pesquisa, foi possível analisar alguns desafios quanto ao seguimento dos objetivos e temas centrais pensados no projeto, ressaltando a dimensão construtiva da pesquisa qualitativa, conforme discutido por González Rey e Mitjáns Martínez (2017). Assim, os acontecimentos vivenciados em campo e no decorrer da construção da pesquisa contribuíram para diferentes configurações deste trabalho e para as modificações realizadas pelas pesquisadoras.

Um dos principais desafios a condução desta pesquisa corresponde à pandemia de COVID-19, tendo impactos em várias dimensões da pesquisa. Primeiro, cabe ressaltar que tal situação gerou impactos diretos na subjetividade individual de ambas as pesquisadoras, diante das mudanças e da (re)organização da rotina de pesquisa. O maior desafio correspondeu ao impedimento de frequentar a UBS devido à pandemia de COVID-19, que também representa um dos principais entraves para o processo de pesquisa, pois notou-se relativo enfraquecimento do vínculo que estava se desenvolvendo entre a pesquisadora designada à imersão no campo, Russo e outros (as) servidores (as) da Unidade. Além disso, na reorganização da rotina, uma das pesquisadoras teve sua participação reduzida, visto que a mesma estava atuando diretamente na pandemia, se atentando mais às contribuições teóricas e bibliográficas da pesquisa.

Já em relação à temática e aos objetivos iniciais da pesquisa, nota-se que, inicialmente, nossa discussão esteve fortemente vinculada à lógica do Apoio Matricial, em que esperávamos conhecer mais sobre os desdobramentos dessa prática na construção do cuidado em saúde mental na atenção primária. Contudo, uma das pesquisadoras, ao adentrar no campo, notou que os apoios matriciais já não aconteciam mais nesse cenário de

pesquisa, antes mesmo da pandemia de COVID-19, além dos desafios referentes à gestão local para a realização da pesquisa. Nesse primeiro contato com a gerência da Unidade, foi perceptível o desinteresse em uma pesquisa que se ocupasse de acompanhar o cotidiano do serviço ou de profissionais, expressando barreiras tanto nas relações de diálogo quanto na integralidade do cuidado, valores fundamentais referentes à lógica do AM e na articulação entre saúde mental e atenção primária (Chiaverini et. al., 2011). Desafios como esse demarcam a desvalorização de práticas como o AM e de processos dialógicos no cuidado em saúde, que contribui para uma fragmentação do cuidado e dificulta a construção do vínculo (Cunha e Campos, 2011).

Desse modo, as construções desta pesquisa possibilitaram a identificação de como uma subjetividade social enrijecida de práticas hegemônicas em saúde é capaz de atravessar a atuação profissional em determinados campos, principalmente acerca dos sentidos subjetivos relativos à atuação em saúde mental na atenção primária de um médico de família.

Quanto ao eixo desenvolvido, a maneira diferenciada com que Russo conduz os atendimentos, fator que pôde ser observado no decorrer da pesquisa, apesar de não possuir diretamente uma ligação com a estratégia dialógica possibilitada pelo apoio matricial, visto que os matriciamentos estiveram suspensos em todo o curso da pesquisa, pode ser relacionada às experiências anteriores do médico com a estratégia. Entretanto, em um último encontro, o próprio Russo atribui essa postura à possibilidade de um pensar político que desenvolveu ao longo de sua vida e formação. Experiências prévias das pesquisadoras em outros campos de saúde, atestam o abismo existente entre práticas médicas comumente encontradas e as práticas de Russo. À despeito dos desafios cotidianos de um serviço

público de saúde, o médico de família busca orientar suas ações ao reconhecimento dos usuários do serviço enquanto indivíduos com o direito de um atendimento que explore além dos sintomas apresentados. Essa atuação de Russo ressalta a dimensão subjetiva e dialógica do cuidado em saúde, como discutido por Merhy e Feuerwerker (2016) ao apresentar as tecnologias leves em saúde, caracterizadas pelo processo relacional do cuidado, que envolve escuta, interesse, construção de vínculos e acolhimento, possibilitando a abertura da atuação clínica para existência do outro e da sua singularidade.

Nesse sentido, apesar de que, inicialmente, tivemos a pretensão de acompanhar atuações de equipes em um serviço de saúde no qual o apoio matricial ocorresse, ao nos depararmos com uma postura médica ocupada em compreender os indivíduos para além dos sintomas apresentados, nos atentamos em compreender como o cuidado em saúde mental pode estar articulado à atenção primária em sua prática cotidiana, para além do apoio matricial. Nossa experiência acadêmica, prática e de pesquisa (áreas que para nós, não podem ser pensadas separadamente), nos dá a perspectiva de que um elo entre atenção primária e saúde mental, se constitui a partir do interesse dos profissionais nas condições de vida, no contexto social, nos recortes de raça, de gênero... Na busca por não diminuir um indivíduo a um aglomerado de sintomas.

Referências

- Amarante, P. & Nunes, M. O. (2018). *A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Ciênc. Saúde Coletiva.
- Athié, K.; Fortes, S. & Delgado, P. G. G. (2013). *Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica*. Rev Bras Med Fam Comunidade.
- Bezerra, E. & Dimenstein, M. (2008). *Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica*. Psicologia, ciência e profissão.
- Brasil, Ministério da Saúde (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Brasil, Ministério da Saúde (2011). *Portaria nº 3.088, de 23 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: Diário Oficial da União
- Brasil, Ministério da Saúde. (2013) *Saúde Mental*. Cadernos de Atenção Básica, n. 34.
- Campos, G. W. S. (1999). *Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a organização do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva.
- Brasil, Secretaria de Saúde do Distrito Federal. (2017). *Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017*. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Brasília: Diário Oficial da União.
- Campos, G. W. S. & Domitti, A. C. (2007). *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. Cadernos de Saúde Pública.

- Castro, C. P. e Campos, G. W. S (2016). *Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde*. Physis Revista de Saúde Coletiva.
- Chiaverini, D. H. (org.) et. al. (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- Correia, C. R. M. (ogr) et al. (2016). *Processos de trabalho e as redes de atenção à saúde*. São Luís: UNA-SUS.
- Campos, G. W. S. & Domitti, A. C. (2007). *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2.
- Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. (2009) *O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental*. Saúde Soc.
- Gonçalves AM, Sena RR. (2001). *A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família*. Rev Latino-am Enfermagem.
- González Rey, F. (2003). *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. (2005). *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Cengage Learning.
- González Rey, F. (2015). *A Saúde na trama complexa da cultura, das instituições e da subjetividade*. Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar. 9-34. Em: González Rey, F. & Bizerril, J. (2015). Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar. Brasília: UniCEUB.

González Rey, F & Mitjáns Martínez, A. (2017) *Subjetividade teoria, epistemologia e método*. São Paulo: Alínea.

González Rey, F.; Goulart, D. M. e Bezerra, M. S. (2016). *Ação profissional e subjetividade: para além do conceito de intervenção profissional na psicologia*. Educação, v. 39, 54-65.

González Rey, F. (2007). *Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Thomson Learning.

González Rey, F., Goulart, D. M. & Bezerra, M. S. (2016). *Ação profissional e subjetividade: para além do conceito de intervenção profissional na psicologia*. Porto Alegre.

González Rey, F & Mitjáns Martínez, A. (2017) *Subjetividade teoria, epistemologia e método*. São Paulo: Alínea.

Goulart, D. M. (2013). *Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental*. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Brasília, Brasília.

Goulart, D. M. (2017). *Educação, Saúde Mental e Desenvolvimento Subjetivo: da patologização da vida à ética do sujeito*. (Tese de Doutorado).

Hirdes, A. (2015). *A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental*. Ciência & Saúde Coletiva, 20 (2): 371-382.

Hirdes, A e Scarparo, H. B. K. (2015). *O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde*. Ciênc. saúde coletiva 20 (2).

Jorge, M. S. B.; Vasconcelos, M. G. F.; Maia Neto, J. P.; Gondim, L. G. F.; e Simões, E. C. P. (2014). *Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais*. Revista Psicologia: Teoria e Prática, 16(2), 63-74.

- Medeiros, R. H. A. (2015). *Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS*. *Physis*, 25 (4).
- Minozzo, F. & Costa, I. I. (2013). *Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis*. *Psico-USF*, 18 (1): 151-159.
- Merhy, E. E. & Feuerwerker L. C. M (2016). *Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea*. Em: Merhy, E. E. (org) et. al. (2016). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis.
- Mori, V. D. & González Rey, F. (2012). *A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária*. *Psicologia: teoria e prática*, v. 14, n. 3, p. 140-152.
- Nunes, M., Jucá, V. J. & Valentim, C. P. B. (2007). *Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária*. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.10.
- Oliveira, M. M. e Campos, G. W. S. (2015). *Apoios matricial e institucional: analisando suas construções*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (1): 229-238.
- Oliveira, A. M. C.; Goulart, D. M. & González Rey, F. L. (2017). *Processos subjetivos da depressão: construindo caminhos alternativos em uma aproximação cultural-histórica*. *Revista de Psicologia*, 29 (3), 252-261.
- Onocko Campos, R. (2001). *Clínica: a palavra negada*. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro.