

Promoção e proteção da saúde mental e do bem-viver amazônicas em Belém do Pará: primeiros passos de uma pesquisa viva em ato

Promoción y protección de la salud mental y del buen vivir amazónicas en Belém/PA: primeros pasos de una investigación viva en acto

Promotion and protection of Amazon mental health and good living in Belém/PA: first steps of a live research in act

Márcio Mariath Belloc

Doutor em Saúde Coletiva; Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil;
E-mail: mmbelloc@ufpa.br; ORCID: 0000-0003-0928-7557

Károl Veiga Cabral

Doutora em Saúde Coletiva; Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil;
E-mail: karolveigacabral@gmail.com; ORCID: 0000-0001-5678-7859

Carlos Eduardo Lima Leão de Araújo

Graduando em Psicologia; Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil;
E-mail: caduleaoaraujo@gmail.com; ORCID: 0009-0006-5098-509X

Eliany Nazaré Rodrigues Rodrigues

Mestra em Psicologia; Tribunal de Justiça do Estado do Amapá; Santana, AP, Brasil;
E-mail: elianyrrodrigues@gmail.com; ORCID: 0000-0001-7579-1394

Contribuição dos autores:
MMB contribuiu para o delineamento do estudo, a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito, atuou como coordenador da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito. KVC, CELLA, LADP, RPM, TCM, TVC, VSS contribuíram para o delineamento do estudo, a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito, atuou como membro da equipe da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito. ENRR contribuiu para o delineamento do estudo e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito, atuou como membro externo da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito. PISLC contribuiu para o delineamento do estudo, a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito, atuou como membro externo da equipe da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Levy Araujo Dias Paes

Graduando em Psicologia; Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil;
E-mail: levypaes@gmail.com; ORCID: 0009-0008-3215-1299

Priscila Iara da Silva Louzada da Costa

Mestra em Neurociências e Comportamento; Secretaria Municipal de Saúde, Belém, PA, Brasil;
E-mail: priscilaiaralouzada@gmail.com; ORCID: 0009-0006-2982-3619

Rafaella Pacheco Matos

Graduanda em Psicologia; Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil;
E-mail: rafaellaxdesign@gmail.com; ORCID: 0009-0004-3329-5914

Tamires Costa Mendes

Graduanda em Psicologia; Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil;
E-mail: tamires.mendes@ifch.ufpa.br; ORCID: 0009-0009-5835-4892

Thays Vilhena Costa

Graduanda em Psicologia; Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil;
E-mail: thaysvilhena449@gmail.com; ORCID: 0009-0004-8991-0330

Valéria da Silva de Sousa

Graduanda em Serviço Social; Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil;
E-mail: valeria.sousa@icsa.ufpa.br; ORCID: 0009-0001-5017-133X

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Recebido em: 06/04/2024

Aprovado em: 08/10/2024

Editor responsável: Carlos Alberto Severo Garcia Jr.

Resumo: O artigo trata da estruturação e primeiros resultados de uma pesquisa-ação participativa sobre a promoção e proteção da saúde mental e do bem-viver, no âmbito da atenção primária em saúde e da ação comunitária dirigida a populações ribeirinhas e urbanas em Belém do Pará, Amazônia. Objetiva-se conhecer, fortalecer e ampliar experiências de cuidado em quatro territórios da cidade: uma comunidade ribeirinha, uma comunidade ribeirinha urbana, um bairro periférico e a comunidade discente vulnerável da Universidade Federal do Pará. Trata-se da produção conjunta com os atores sociais de práticas de cuidado de conhecimento vivo em ato como dispositivo de proteção e promoção da saúde mental e do bem-viver. Nestes primeiros passos de um caminho trilhado coletivamente com os atores sociais e seus territórios existenciais, aprofundamos o conhecimento sobre os efeitos do contexto atual sobre a vida das pessoas, encontramos e fortalecemos experiências grupais de cuidado articuladas a serviços de atenção básica e à ação comunitária, bem como construímos coletivamente experiências de cuidado a partir da própria diversidade local.

Palavras-chave: Saúde mental; Bem-viver; Promoção da saúde; Proteção da Saúde; Amazônia.

Resumen: El artículo trata de la estructuración y primeros resultados de una investigación-acción participativa sobre la promoción y protección de la salud mental y del buen vivir, en el ámbito de la atención primaria en salud y de la acción comunitaria dirigida a poblaciones ribereñas y urbanas en Belém de Pará, Amazonia. Se objetiva conocer, fortalecer y ampliar experiencias de cuidado en cuatro territorios de la ciudad: una comunidad ribereña, una comunidad ribereña urbana, un barrio periférico y la comunidad discente vulnerable de la Universidad Federal de Pará. Se trata de la producción conjunta con los actores sociales de prácticas de cuidado de conocimiento vivo en acto como dispositivo de protección y promoción de la salud mental y del buen vivir. En estos primeros pasos de un camino tomado colectivamente con los actores sociales y sus territorios existenciales, profundizamos el conocimiento sobre los efectos del contexto actual sobre la vida de las personas, encontramos y fortalecemos experiencias grupales de cuidado articuladas a servicios de atención primaria y a la acción comunitaria, así como hemos construido colectivamente experiencias de cuidado a partir de la propia diversidad local.

Palabras clave: Salud mental; Buen vivir; Promoción de la salud; Protección de la salud; Amazonia.

Abstract: The work deals with the structuring and first results of a participatory action research on the promotion and protection of mental health and good living, within the scope of basic health care and community action aimed at riverside and urban populations in Belém/PA, Amazon. The aim is to understand, strengthen and expand care experiences in four territories of the city: a riverside community, an urban riverside community, a peripheral neighborhood and the vulnerable student community at the Federal University of Pará. It involves joint production with social actors of living knowledge care practices in act as a device to protect and promote mental health and good living. In these first steps on a path taken collectively with social actors and their existential territories, we deepen knowledge about the effects of the current context on people's lives, we find and strengthen group care experiences, linked to primary care services and community action, as well as collectively building actions based on local diversity itself.

Keywords: Mental health; Good living; Health promotion; Health protection; Amazon.

INTRODUÇÃO

O presente artigo trata da discussão sobre os primeiros resultados de uma pesquisa-ação participativa iniciada em 2023 sobre a promoção e proteção da saúde mental e do bem-viver, no âmbito da atenção básica em saúde e a ação comunitária de Belém do Pará. Tal pesquisa objetiva conhecer, fortalecer e ampliar as experiências desenvolvidas em quatro territórios da capital paraense, produzir informação e conhecimento sobre populações invisibilizadas e vulnerabilizadas, em uma construção participativa com as pessoas e seus territórios aqui entendidos como existenciais¹ ou territórios vivos², articulando redes de cuidado e educação permanente. O território é o espaço geográfico, mas é também as relações que nele se estabelecem, a cultura local, as potencialidades e os desafios. Uma produção de conhecimento vivo em ato, construído coletivamente, como dispositivo de

proteção e promoção da saúde mental e do bem-viver com e para a realidade e diversidade local.

O campo de pesquisa são territórios de populações atendidas por serviços da atenção básica em saúde e/ou articulados por ações comunitárias e institucionais. Trata-se de uma comunidade ribeirinha de uma das ilhas fluviais da cidade de Belém; do território adscrito a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um bairro periférico da capital paraense; da área ribeirinha-urbana atendida por uma UBS próxima ao centro da mesma cidade; e da comunidade discente atendida pela Superintendência de Assistência Estudantil (SAEST) da Universidade Federal do Pará (UFPA). Desde já, cabe ressaltar que não se trata de identificar e repetir modelos de proteção e promoção, senão da construção de conhecimento de forma participativa.

Iniciaremos por uma reflexão sobre o contexto histórico no início da pesquisa e seus impactos sobre as singularidades desses territórios geográficos e existenciais com os quais interagimos, que faz parte da fase exploratória da investigação, passando então para a metodologia de pesquisa-ação participativa estruturada para e com esses territórios. Sendo assim, chegaremos às experiências de promoção e proteção da saúde mental e do bem-viver encontradas e o que, a partir da diversidade local, os ciclos iniciais de planejamento, ação, reflexão e avaliação já puderam produzir.

Sobre o contexto que atravessa as experiências de cuidado

Desde a aproximação aos territórios e suas características, desafios e potencialidades específicas, já era possível identificar que tal diversidade sofre o impacto dos modelos neoliberais de nossa sociedade e suas formas de produção de padecimento, atravessadas pelo consumo de teleologias da prosperidade³, cuja forma de resposta ao mal-estar é hegemonicamente o modelo biomédico. Em consonância com Jorge Alemán⁴, uma das características importantes do neoliberalismo contemporâneo é a captura do sujeito em um circuito mortífero, como empresário de si mesmo consumidor de subjetividades *pret a porter*. Subjetividades estas sintônicas à colonização das experiências de padecimento, hegemônica nas respostas biomédicas no campo da saúde mental. Tal hegemonia, sobreposta aos nossos problemas sociais estruturais, é produtora de colonização da experiência, iatrogenia e exclusão. Todavia, e em contraposição a esse modelo, a Organização

Mundial da Saúde (OMS)⁵ defende que saúde mental dista da ausência de sintomas, enfermidades ou transtornos. Trata-se, então, de um estado de bem-estar no qual o sujeito possa desenvolver suas atividades diárias, possa também se recuperar dos tensionamentos cotidianos e contribuir de forma produtiva em sua comunidade. Neste sentido, utilizando a célebre definição “saúde é democracia” de Sérgio Arouca⁶ em sua palestra de abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual aborda todas as dimensões da vida em sociedade como condições para a produção da saúde, propomos parafraseá-lo com: “saúde mental é cidadania”. É o acesso a este bem-estar da definição da OMS, a partir de sua inclusão, não necessitando a cessão de todo o padecimento, ou mesmo a remissão completa de sintomas. Ao contrário, partimos da concepção de que a cidadania se dá quando também os saberes provenientes da própria experiência de padecimento são tomados com o mesmo valor de verdade quanto os nossos saberes científicos sobre o mesmo sofrimento, participando ambos inclusive das estratégias de cuidado.

Contudo, se seguimos realmente esta definição, o território amazônico nos impõe ainda mais desafios dos já contidos nesta composição de saberes. Mais além da integralidade da atenção, já prevista no texto constitucional como princípio do Sistema Único de Saúde e que nos impele a incidir sobre a cisão corpo e alma da tradição ocidental, ocorre que trabalhamos com coletivos para os quais a separação da saúde do corpo e da mente não faz sentido. E se estes saberes estão na construção das estratégias e dispositivos de cuidado, além de mente e corpo, para culturas indígenas, quilombolas e ribeirinhas amazônicas, muitas vezes também temos que agregar a própria comunidade e o meio onde a mesma se insere. Trata-se, assim, de trabalharmos com a concepção de bem-viver que, segundo Alberto Acosta⁷, parte de um mundo pensado e organizado comunitariamente, articulando direitos humanos e direitos à e da natureza. O bem-viver, assim, de acordo com o mesmo autor, estaria vinculado à construção de relações de produção, nas quais a égide está no intercâmbio e cooperação da direção da autossuficiência e autossustentabilidade, com a presença estrutural da ancestralidade. Uma relação de produção que, ao contrário da busca da eficiência, seja baseada na solidariedade e na historicidade dos povos e territórios, superando o divórcio da natureza e do humano, superando a

objetividade fantasmagórica⁸ da reificação das relações humanas, superando também a separação corpo e alma.

Nesta direção, construir um projeto de pesquisa-ação participativa que toma por base essa concepção de saúde mental indelévelmente ligada à cidadania, sobretudo em território amazônico, precisa necessariamente estar também embasada na concepção de bem-viver: constituir-se a partir do encontro com saberes, pessoas e territórios amazônidas. O que nos leva a refletir, tal como nos ensina Ailton Krenak⁹, também na cidadania que habita a floresta, na florestania, bem como buscar formas de fazer a floresta viver em nós e em nossas práticas de cuidado e ação comunitária.

Desta forma, para pensar as formas de constituição de bem-viver para as populações amazônidas, vinculada à produção de cidadania e/ou florestania, no campo da saúde coletiva e das bases da reforma sanitária brasileira, tomamos o conceito de promoção e proteção da saúde adotada desde o início da implementação do Sistema Único de Saúde, cujos princípios partem da incorporação e reflexão sobre os principais dilemas sociais de nossos territórios, no sentido de produzir “novas agendas como o estímulo à autonomia dos indivíduos, o reforço da ação comunitária, a desafiante superação da especialização e fragmentação das políticas públicas e da atenção à saúde”^{10:10}

Tendo o estudo importantes relações com territórios de atuação da atenção básica da capital paraense, faz-se necessário um primeiro olhar para esse nível de atenção. Observamos que a sua cobertura populacional estava ainda bem abaixo da desejada cobertura universal ou dos mínimos 70% preconizados pela Organização Mundial da Saúde¹¹. De acordo com os dados compilados pelo Ministério da Saúde¹², apesar do estado do Pará apresentar em janeiro de 2023 a cobertura de atenção primária em saúde para 62,45% da sua população, Belém, no mesmo período, atende apenas 33,05% com serviços desse nível de atenção. E ao analisarmos os dados de março de 2020, observamos ainda uma queda expressiva da cobertura atual: a cidade de Belém 40,90% e o estado do Pará 65,95%.

Trata-se assim de uma cobertura abaixo do necessário para que se possa trabalhar efetivamente a prevenção, a promoção e a proteção da saúde. E se

nos debruçamos sobre o componente da saúde mental, notaremos que ainda é muito pouco desenvolvido na atenção primária paraense. A Organização Mundial da Saúde já vinha apontando desde 2001 as enormes lacunas ainda existentes no mundo, referente ao cuidado em saúde mental no nível primário da atenção¹³. No contexto nacional, um estudo de Salgado e Fortes¹⁴ demonstra que tais lacunas seguem reproduzidas na realidade da atenção primária brasileira, apontando a fragilidade das equipes quanto ao cuidado em saúde mental. Em uma análise do mesmo componente da atenção primária das equipes no estado do Pará, Cabral et al. demonstram que “a maioria das equipes de atenção básica do estado afirma ofertar consultas para usuários em sofrimento psíquico, contudo, apenas uma parcela dessas equipes comprova a realização desses procedimentos”^{15:107}, o que pode denotar tanto o distanciamento entre o que as equipes acreditam que produzem e o que realmente acontece, quanto às falhas na gestão e na produção da informação em saúde mental. Ambas possíveis razões denotam fragilidades de como se lida com saúde mental na atenção primária. Não obstante, essa mesma consulta informada e não comprovada é na sua esmagadora maioria vinculada ao acompanhamento e renovação da prescrição medicamentosa recebida nos Centros de Atenção Psicossocial, ou mesmo na internação hospitalar. Tal fato já denota uma simples continuidade de um tratamento do nível secundário e terciário. O mesmo estudo demonstra que, além do baixo atendimento da demanda dos territórios, as estratégias de cuidado utilizadas pela atenção primária paraense são hegemonicamente biomédicas e vinculadas ao atendimento individual, “poucas equipes referem lançar mão da estratégia de atividades em grupos.”^{15:107} Estratégias essas, tratadas e preconizadas como imprescindíveis ao trabalho de prevenção, promoção e proteção da saúde mental há mais de duas décadas pela Organização Mundial da Saúde¹³, já previstas inclusive na Declaração de Alma Ata, resultado da conferência que em 1978 estrutura as bases da atenção primária em saúde no mundo. Da mesma forma, ações também previstas e preconizadas pelo Ministério da Saúde, visto o que no campo da saúde mental já apresentava e discutia em 2013 nos Cadernos de Atenção Básica¹⁶, seguindo as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica vigente à época.

Outro dado importante levantado pelo estudo de Cabral et al¹⁵ é a baixa adesão no estado do Pará às equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família

(NASF) e, das existentes, a baixa atuação com o dispositivo de matriciamento do cuidado em saúde mental, demonstrando o isolamento e a solidão das equipes de atenção básica na criação e desenvolvimento de estratégias de prevenção, promoção e proteção da saúde mental. Observa-se também¹⁵ que a maioria das equipes de atenção primária em saúde refere dificuldades em articulação com o nível secundário da atenção, recebendo pouco ou nenhuma ação de matriciamento. Nesse sentido, os NASFs – que atualmente em Belém fazem a transição para o modelo das Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária em Saúde (eMulti) –funcionavam na maioria das vezes como uma atividade ambulatorial especializada, com pouca cobertura e baixa resolutividade. Por sua vez, a queixa dos níveis de atenção de caráter estratégico em saúde mental é de que acolhem usuários que poderiam ser tratados no nível primário, ou que sua maioria poderia não necessitar dos Centros de Atenção Psicossocial, por exemplo, se um trabalho de prevenção e promoção fosse desenvolvido. E do outro lado dessa desarticulação do trabalho e da informação, é possível encontrar também algumas estratégias e ações de saúde mental na atenção básica sendo desenvolvidas, muitas delas desconhecidas da própria Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que deveriam integrar. Na verdade, se seguida à risca a portaria ministerial que implementa as Redes de Atenção à Saúde¹⁸, seriam estas ações de promoção e prevenção que deveriam regular o funcionamento da rede.

Neste sentido, partindo do pressuposto de que 80% dos problemas de saúde mental são tratáveis no âmbito da atenção primária e/ou articulação comunitária, Rubén Ferro¹⁹ demonstra que, ao que pese essa evidência, a maior parte do financiamento e do investimento em saúde mental do mundo está nos níveis secundários e terciários da atenção. Tal situação segundo o autor induz os usuários à busca pelo nível especializado de atenção, quando poderiam tratar de seu padecimento mais perto de seus territórios existenciais no âmbito comunitário ou da atenção primária em saúde, gerando por um lado um impacto direto sobre o financiamento do sistema, mas, sobretudo, sobre sua própria saúde mental e qualidade de vida. Sabemos que, infelizmente, nosso modelo social e a condução dos processos de saúde/adoecimento/atenção²⁰ atravessados indelevelmente pelo modelo biomédico hegemônico²¹ tem seus efeitos. Tal como demonstramos em outra pesquisa³, em consonância com Martínez-Hernández²², Correa-Urquiza²³ e Cabral²⁴, a iatrogenia decorrente das respostas sociais e dos processos de

atenção especializada em saúde mental vinculadas ao discurso biomédico hegemônico.

E se já era possível observar a fragilidade da implementação do componente da saúde mental na atenção primária no Brasil e no mundo, nos últimos quatro anos o que já era frágil foi ainda mais precarizado, haja vista toda uma série de retrocessos tanto ao que se refere a Rede de Atenção Psicossocial, quanto da própria Política Nacional de Atenção Básica em Saúde, ataques diretos às conquistas e às experiências exitosas na saúde mental e na atenção básica em saúde²⁵. Somada ou mesmo interligada a esses retrocessos, a vulnerabilização de nossas populações tem um expressivo aumento, uma sobrecarga, tendo em vista o impacto da pandemia de Covid-19 que, segundo a OMS²⁶, tem as questões vinculadas à saúde mental como um dos principais efeitos do processo pandêmico.

Sobre o impacto à saúde mental no evento pandêmico em nosso território, sabemos que, em consonância com a OMS²⁷, as populações e grupos humanos mais vulnerabilizados seriam os que mais sofreriam seus efeitos. Analisando as condições sociais da nossa região, tomamos o 2º Relatório do Núcleo de Métodos Analíticos para Vigilância em Saúde Pública, produzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)²⁸, cujos dados tratavam justamente sobre a situação brasileira há época do início da pandemia da Covid-19. O Relatório avalia a vulnerabilidade socioeconômica nas microrregiões brasileiras e classifica a Região Norte, incluindo o estado do Pará, como de maior risco no país em relação à vulnerabilidade social, levando em consideração as seguintes variáveis: expectativa de vida ao nascer, índice de GINI (desigualdade de renda), componente de escolaridade do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), população vivendo em situação de extrema pobreza, população vivendo em área urbana, pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados, domicílios com água encanada, domicílios sem energia elétrica.

Não obstante, o estado do Pará e sua capital, Belém, além desses índices alarmantes, também se caracteriza por uma diversidade importante de territórios e desafios para a proteção e promoção da saúde de suas populações. A dimensão desses desafios é diretamente proporcional a tal diversidade, que engloba desde grandes centros até populações ribeirinhas

distantes e isoladas; territórios com suas próprias singularidades, de bairros históricos e turísticos, até as periferias (baixadas) superpovoadas. Diferenças sociais abissais, inúmeras formas de opressão, mas também de uma riqueza cultural ímpar nesses encontros do asfalto com a floresta, de pessoas de origens distintas, de águas, mares, rios, igarapés.

Como garantir a promoção e a proteção da saúde mental e do bem-viver dessas populações em risco social? E que dizer dos efeitos nesse campo advindos da experiência traumática do evento pandêmico? Se tomarmos, por exemplo, duas ações de autocuidado e prevenção mais simples no citado processo pandêmico anteriores à possibilidade de vacinação, o afastamento social e a higienização das mãos, já vemos a complexidade e a exposição a fatores de risco. Falamos da realidade de quem não dispõe sequer de água tratada para a realização de suas necessidades mais básicas, ou mesmo a garantia do isolamento domiciliar do trabalhador informal que vive em situação de extrema pobreza.

Segundo a OMS²⁷, as condições sociais impactam sobre as respostas psicossociais singulares e coletivas possíveis frente ao evento pandêmico. A possibilidade de elaboração dos efeitos da pandemia no campo da saúde mental e do bem-viver está também diretamente relacionada à gestão global governamental da resposta sanitária ao evento, sendo que as evidências científicas demonstram que a falta de um cuidado em saúde mental adequado, planejado e estruturado em um território, pode provocar o desenvolvimento de transtornos em mais ou menos um terço de sua população. A mesma OMS²⁷ demonstra em um estudo do impacto da pandemia de Covid-19 um aumento mundial de 25% de problemas de saúde mental, principalmente vinculados aos diagnósticos de transtornos de ansiedade e de depressão. Acompanhando esta evidência, o Relatório Anual de Gestão de 2022 da Secretaria da Saúde do Estado do Pará²⁹, apesar de não trazer números, aponta também uma situação alarmante referente aos riscos e agravos na saúde mental da população em decorrência da pandemia. Ambos os documentos indicam tanto os efeitos do processo pandêmico, redobrado pelas lacunas na atenção, bem como a necessidade de ampliar a cobertura com serviços e ações no âmbito da saúde mental. No município de Belém, observamos este mesmo impacto sobre os serviços da atenção básica em saúde e sobre os Centros de Atenção Psicossocial¹⁷. E acompanhando os

apontamentos do relatório da gestão estadual para o período, a Secretaria Municipal de Saúde³⁰ também reafirma em seu território o aumento expressivo da demanda e necessidade de ampliação das ações e serviços de saúde mental. Nesse sentido, como um importante fator que se vincula aos territórios que são campo dessa investigação, a atual sindemia³¹ desencadeada pela pandemia global, envolve efeitos físicos, psíquicos e sociais articulados.

Não obstante a tal panorama complexo e desafiador, fruto das dificuldades históricas de implementação da saúde mental na atenção básica, dos desmontes instituídos principalmente nos últimos quatro anos pela gestão nacional, das dificuldades impostas e os impactos da pandemia da Covid-19, podemos ainda encontrar experiências exitosas na atenção básica em saúde belenense¹⁷. Experiências com potencial para maior desenvolvimento e intercâmbio com outros territórios, bem como, a partir de sua publicização, inspirar outras construções. Podemos citar como exemplo nos territórios onde desenvolvemos este estudo o Grupo de Cuidados Coletivos da comunidade ribeirinha; o Grupo de Ajuda e Suporte Mútuo em Saúde Mental da Unidade Básica de Saúde em área ribeirinha-urbana; e os grupos de prevenção e promoção de saúde mental da UBS em bairro periférico. Essas três experiências têm ampla participação e protagonismo de trabalhadores e usuários no âmbito da atenção básica e da articulação comunitária, cada qual desenvolvendo metodologias ao encontro dos territórios geográficos e existenciais envolvidos, articulando intersetorial e comunitariamente pontos de apoio e cuidado.

Nossa pesquisa, assim, propõe uma imersão nesses territórios, conhecendo e analisando em profundidade tais experiências, apoiando suas ações e produzindo reflexões, aprimoramento e conhecimento junto com os atores envolvidos: trabalhadores dos serviços de saúde da atenção básica mencionados acima, bem como atores sociais que atuem em ações comunitárias neste âmbito.

METODOLOGIA

As origens da metodologia da pesquisa-ação remontam aos trabalhos no período pós segunda guerra mundial de Kurt Lewin. Franco³² lembra que tais

estudos eram construídos e desenvolvidos desde uma perspectiva experimental, mas também com ampla utilização do trabalho de campo. Estudos nos quais se destacam as transformações de atitude diante de grupos minoritarizados. Sua pauta era a construção de relações democráticas, trabalhando sobre conjunto de valores que sustentassem essas relações, “o reconhecimento de direitos individuais, culturais e étnicos das minorias; a tolerância a opiniões divergentes; e ainda a consideração de que os sujeitos mudam mais facilmente quando impelidos por decisões grupais.”^{32:485}

Apesar da atribuição corrente da criação do termo pesquisa-ação por Lewin e seu amplo trabalho com esta metodologia, a mesma Franco nos lembra que há outros contemporâneos que utilizaram e se atribuem a autoria da metodologia. De todas as formas e independente de seus mitos de origem, a pesquisa-ação pode ser caracterizada, por princípio, por sua adaptação ao contexto no qual se implementa e, sendo assim, com distintos campos de aplicação³³, dialogando com diversas linhas teóricas e áreas de estudo. Neste trabalho, será sustentada por um entendimento psicanalítico do sujeito e os mal-estares no presente neoliberal em contexto amazônico, desenvolvida no campo da saúde coletiva, articulando saúde mental e bem-viver, debruçando-nos sobre experiências na atenção básica e no contexto da ação comunitária.

Nossa pesquisa, assim, tem origem na experiência, nas relações estabelecidas entre trabalhadores, usuários, atores sociais e seus territórios. Uma pesquisa viva em ato, tal como o trabalho definido e estudado por Emerson Merhy³⁴. Um trabalho que se opera com tecnologias relacionais, tecnologias leves, sustentadas no encontro plural, na produção viva de cuidado, que se abre em potencialidade por meio do próprio movimento ético da vida, pela dialética inerente à condição da pluralidade, a caminhos novos e ainda não trilhados. O trabalho vivo em ato “opera como uma máquina de guerra política, demarcando interessadamente territórios e defendendo-os; e, como uma máquina desejante, valorando e construindo um certo mundo para si (dentro de uma certa ofensiva libidinal)”^{34:48}. Trata-se, dessa forma, de uma pesquisa qualitativa, cujo objeto surge das necessidades de cuidado e articulação comunitária observadas nos territórios, a partir das experiências de produção de proteção e promoção

de saúde mental e bem-viver, o que responde também à modelagem da pesquisa-ação, dado que a mesma pressupõe que a própria origem da proposta investigativa tenha sua coleta de dados interligada a uma intervenção, a uma ação com um grupo social, na qual foi constituída por todos os participantes.

Na pesquisa-ação, como assevera Thiollent³⁵, parte-se de um problema coletivo, no qual pesquisador e participantes representativos dessa situação constituem uma forma cooperativa de organização. Uma sistematização baseada na reciprocidade entre as pessoas e grupos implicados, que objetiva aumentar o conhecimento sobre o problema em questão, mas ao mesmo tempo sem deixar de trabalhar no sentido do melhor equacionamento do mesmo. É importante, segundo o autor, realizar o levantamento de soluções, propostas e ações, respeitando a realidade dos grupos, seus territórios e suas possibilidades. Kemmis e MacTaggart³⁶, por sua vez, nos ensinam que a modalidade da pesquisa-ação se constrói na própria produção de indagações coletivas pelos participantes, vinculadas a situações e práticas sociais relevantes para o grupo envolvido. Nesse sentido, para esses autores, é necessário que se construa uma relação na qual os participantes também sejam pesquisadores e produtores de conhecimento.

Ocorrendo em cenários sociais não manipulados, o estudo propõe transcender as experiências de práticas reativas dos participantes, através da criação coletiva de diretrizes metodológicas e análises. Trata-se assim de um desenvolvimento junto aos participantes, no caso trabalhadores da atenção primária em saúde e atores sociais da cidade de Belém, de ciclos de planejamento, ação, avaliação e reflexão, tal como nos ensinam Kemmis e MacTaggart³⁶. A cada novo ciclo necessariamente se produz um replanejamento que, por sua vez, renova a ação e se redobra em novas observações e reflexões. Dessa maneira, atuando com os atores das práticas investigadas no seu território de ação, segundo estes autores, potencialmente são produzidos coletivos autocríticos e colaborativos, numa clara indução à produção de um conhecimento vivo, uma teorização de mãos dadas à experiência.

Assim, nossos ciclos são estabelecidos a partir das experiências desenvolvidas nos territórios sobre a promoção e a proteção da saúde

mental e do bem-viver, junto aos trabalhadores e atores sociais desses espaços. Um processo coletivo e autorreflexivo por meio do protagonismo dos participantes que, seguindo as indicações dos mesmos autores, devem passar a ser também pesquisadores, na direção da melhoria das condições e práticas sociais, ao mesmo tempo que se produz conhecimento dessas mesmas práticas e situações. Sendo elaborada a partir de tais ciclos, a análise de dados é construída também coletivamente. E nestas mesmas espirais de planejamento, ação, observação e reflexão, no nosso caso, já que a pesquisa está vinculada ao campo da saúde coletiva, utilizamos as bases do planejamento estratégico situacional de Mario Testa³⁷.

Sobre as fases da pesquisa-ação, Thiollent³⁵ nos ensina que é preciso observar roteiro e planejamento flexíveis, sendo que ambos podem ser definidos e redefinidos, inclusive quanto ao tempo, segundo a construção do coletivo de pesquisadores e participantes. A exceção estaria nas fases exploratória, a primeira, e a fase de divulgação dos resultados. Não obstante, faz-se necessário construir um planejamento a ser tomado por base, indicando fases que podem e devem ser flexíveis ao encontro da contribuição dos participantes e seus territórios. Sendo assim, nossa pesquisa está estruturada a partir das seguintes etapas, cada uma delas organizada em ciclos espirais de planejamento, ação, reflexão e avaliação: 1) fase exploratória, identificação e contato com as experiências de promoção e proteção da saúde mental e do bem-viver, bem como seus protagonistas, trabalhadores e atores sociais; 2) alinhamento conceitual sobre proteção e promoção da saúde mental e do bem-viver amazônidas com trabalhadores e atores sociais, contando com saberes acadêmicos e saberes dos territórios; 3) identificação dos desafios e potencialidades das ações de proteção e promoção da saúde mental e do bem-viver desenvolvidas nos três territórios; 4) apoio no desenvolvimento e ampliação das ações de proteção e promoção da saúde mental e do bem-viver nos três territórios; 5) elaboração, apresentação e discussão do relatório de pesquisa aos trabalhadores, atores sociais, governamentais e acadêmicos; 6) apresentação dos resultados e intercâmbio de experiências no âmbito local, regional, nacional e internacional. São observados os procedimentos acerca da ética em pesquisa com seres humanos previstos na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e a pesquisa foi aprovada pelo Parecer

SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO NOS TERRITÓRIOS INVESTIGADOS

Como parte integrante dos resultados dos três primeiros ciclos dessa pesquisa viva em ato apresentaremos e discutiremos as experiências de cuidado em saúde mental e bem-viver com as quais produzimos encontros em nossos quatro territórios de atuação.

A comunidade ribeirinha de uma das ilhas fluviais belenenses em questão é formada por uma população com marcadas origens afroindígenas e quilombolas. Às margens de um igarapé estão cerca de 50 famílias que ainda preservam parte das formas de produção culturais e econômicas tradicionais. O manejo sustentável do açaí, cacau e outras frutas amazônicas ainda é importante, contudo, a pressão de outras matrizes econômicas já está também bastante presente. Apesar de só contar com um restaurante que, cabe ressaltar, é de propriedade autóctone, e muitas pessoas que ali vivem trabalham em outros estabelecimentos e serviços do turismo gastronômico e balneário desse arquipélago de água doce da capital paraense. Mudanças que em duas décadas impactaram na forma de viver a vida dessa população da floresta, assim como as formas de entender e cuidar dos processos de padecimento no âmbito da saúde mental e do bem-viver. Em outro trabalho³⁸ abordamos com maior profundidade tanto esses impactos, quanto a criação de um espaço de cuidados coletivos como resposta comunitária aos mesmos no âmbito do bem-viver. Uma experiência que vem sendo desenvolvida há pouco mais de três anos e que se estabelece a partir de uma roda de conversa em encontro semanal. Em termos gerais, trata-se de uma ação coletiva, que tomou como base outras experiências grupais como grupo operativo e grupo de ajuda e suporte mútuo, incluindo os saberes amazônidas ali representados e vividos, para construir uma tecnologia de cuidado própria e autoral.

O grupo foi criado pela demanda de cuidados da comunidade, impactada pela conjuntura acima analisada: mudanças socioeconômicas e uma forma urbana neoliberal de viver a vida, que colonizaram predatoriamente também os saberes de cuidado tradicionais ribeirinhos; os desmontes no âmbito nacional das redes de atenção à saúde, que precarizaram as formas locais de

produção do cuidado em território, aprofundando a hegemonia do modelo biomédico, que colonizaram violentamente as experiências de padecimento; bem como os efeitos da pandemia de Covid-19 sobre a saúde mental e o bem-viver daquela população. Note-se que desde a necessidade do isolamento anterior à possibilidade de imunização, passando pela hegemonia da individualização da resposta clínica biomédica, bem como o próprio modelo de sociedade neoliberal, redobram seus efeitos sobre as formas comunitárias de produção do bem-viver ribeirinho. Nesse sentido, uma estratégia coletivizadora foi pensada e estruturada como a mais adequada para lidar e resistir ativamente sobre os efeitos do isolamento e individualismo, recuperando formas tradicionais ribeirinhas como proposta emancipatória de cuidado.

O grupo foi protagonizado desde os primeiros encontros pelas mulheres adultas, com exceção de um par de jovens, apesar de não ter sido circunscrito a este recorte de gênero e idade. As mulheres do igarapé tomaram para si o grupo, enquanto os homens, muitas vezes no mesmo horário dos encontros, na outra margem se encontravam para jogar futebol – o que desde já nos aponta a necessidade de pensar e desenvolver formas e estratégias de cuidado considerando as questões culturais e de gênero de cada território. A conversa semanal sobre um tema decidido coletivamente, com a condução de dois facilitadores, as ações de apoio e suporte mútuos decorrentes, cuidados tradicionais compartilhados, tudo isso, aos poucos e continuamente, foram produzindo um dispositivo de desensimesmamento e decolonização dos padecimentos que, por sua vez, também de forma gradual, se constituiu como uma forma conjunta de elaboração, emancipação e, articulando saberes tradicionais, produção e proteção de bem-viver e de florestania. O sofrimento individualizado, narrado e compartilhado no grupo, foi sendo percebido pelo coletivo como formas singulares também de resposta às opressões e violências patriarcais, racistas e coloniais que enlaçavam a história de cada integrante, bem como as colonizações e reduções biomédicas da complexidade dos padecimentos. Não obstante, um par de experiências de padecimento que ultrapassaram as possibilidades de acolhimento e elaboração no grupo, foram encaminhadas para também serem acompanhadas em cuidados individuais em nível secundário de atenção. Não se trata de ignorar os saberes da ciência

biomédica, mas compor o cuidado contando com distintas dimensões dessa experiência.

Nos momentos de avaliação do trabalho do grupo, as participantes, além de fazerem questão de marcar seus processos emancipatórios e transformações pessoais, apontam a necessidade, a imprescindibilidade e a apropriação da estratégia grupal desenvolvida como da comunidade.

Já na unidade de saúde de atenção primária da área próxima ao centro da cidade encontramos uma situação distinta. Atendendo um território de populações urbana e ribeirinho-urbana, com regiões bastante vulnerabilizadas quanto às condições de vida, mas também abrangendo moradias simples com melhores estruturas de saneamento e habitabilidade, no período diretamente anterior ao início dessa pesquisa-ação havia criado com nosso apoio¹⁷ um grupo de ajuda e suporte mútuos, tomando as bases propostas pelo trabalho coordenado por Vasconcelos³⁹.

Contudo, apesar da avaliação positiva da gestão e dos trabalhadores da unidade em um ano de funcionamento da experiência, igualmente dos usuários que se beneficiaram da proposta, o grupo não teve continuidade em 2023. Um dos fatores importantes para sua interrupção, segundo o entendimento da instituição proponente, foi a dificuldade de pessoal. Ocorre que o grupo era coordenado por trabalhadores do NASF conjuntamente com agentes comunitários de saúde (ACS) deste serviço. Com as dificuldades impostas pela forma de (des)financiamento²⁵ da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e a incerteza do lugar dos profissionais do NASF nesse modelo, parte destes acabaram tendo que centrar o trabalho em atendimentos individuais ambulatoriais. O mesmo modelo também acabou produzindo nesse âmbito local a ausência de agentes comunitários de saúde no serviço.

Duas trabalhadoras ACS compunham e protagonizavam como facilitadoras o grupo de ajuda e suporte mútuos da Unidade. Conheciam os territórios geográficos e existências, conheciam e estavam presentes no cotidiano e nas singulares formas de viver a vida dos usuários e seus processos de saúde/adoecimento/atenção. A sua saída do serviço, bem como a indução a uma agenda clínica ambulatorial como parte da resposta da hegemonia

biomédica do modelo implementado, esvaziaram o grupo de trabalhadores e de usuários.

Cabe ainda apontar que essa experiência grupal, apesar dos êxitos momentâneos, desde o início teve que superar a cultura do atendimento individualizado fortemente presente no território. Os primeiros usuários a comporem o grupo foram encaminhados pelo psicólogo do NASF que à época já tinha grande parte de seu trabalho centrado no atendimento individual psicoterápico. Nesse sentido, numa retroalimentação da resposta de cuidado e da cultura deste território marcado pelo modelo social neoliberal, podemos observar a incidência de formas individualizantes das experiências de padecimento e de respostas clínicas. Uma sintonia quase perfeita entre a localização dos processos de saúde/adoecimento/atenção unicamente no indivíduo e as teleologias da prosperidade carregadas da promessa meritocrática do sujeito-empresa. Mesmo populações vulnerabilizadas, tal como nos ensina Alemán⁴, não escapam da captura neoliberal nos ciclos mortíferos de consumidores consumidos de subjetividades supostamente empreendedoras de si. Tal contexto tem efeitos importantes sobre as formas de padecimento, seus modelos explicativos científicos e populares²³, bem como sobre as ofertas de cuidado.

Já no território da Unidade Básica de Saúde em bairro periférico encontramos outro panorama. Sendo composto por bairros afastados do centro urbano municipal, tem semelhança a uma cidade interiorana. Composto por casas e conjuntos habitacionais simples, onde a maioria das pessoas se conhece e costuma produzir conjuntamente ações culturais amazônicas e religiosas, principalmente de denominações cristãs. Esse contexto explica em parte a boa aceitação dessas comunidades das estratégias grupais desenvolvidas pela Unidade. Haja vista que o mais longo de seus grupos de saúde mental foi dirigido à população idosa. A experiência começou em 2021, a partir de um levantamento de dados dos idosos e das idosas que retomavam suas consultas de rotina após um longo período de isolamento, por serem considerados grupo de risco na fase aguda do período pandêmico. Nessa época, esse grupo populacional avançava para a segunda dose da vacina contra Covid-19. Por meio desta coleta de informações do perfil das pessoas idosas deste território, foram traçadas ações para “Semana da Pessoa Idosa”, juntamente com a equipe da unidade

de saúde e alguns profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, para marcar um retorno estratégico do Programa da Pessoa Idosa. Também, a partir desse perfil o setor psicossocial formaram pequenos grupos terapêuticos constituídos por no máximo dez pessoas, para respeitar o protocolo de prevenção daquele momento. Dessa forma, foram compostos três grupos em que os encontros inicialmente eram mensais e, depois de alguns meses de funcionamento, passaram a funcionar como psicoterapia grupal quinzenal dirigida pela psicóloga do serviço e que aos poucos foi ampliando suas ações, inclusive para fora das paredes do serviço. No decorrer dos 9 meses de funcionamento, os três grupos terapêuticos da pessoa idosa se uniram com o avanço da vacinação. Em março de 2022, a UBS estabelece uma parceria com a Secretaria de Esporte e Lazer (SEJEL), no qual se soma ao projeto um trabalho corporal com um educador físico demandado pelo coletivo, desenvolvido em uma quadra de esporte de uma paróquia próxima, que se desdobra também para o exercício de danças regionais (carimbó, siriá, maçarico etc.). Os encontros então já se tornam semanais, intercalando as atividades psicoterápicas e corporais. O grupo aumentou expressivamente em número neste mesmo ano, tanto que em agosto foi necessário o grupo terapêutico executar suas atividades no salão de festas da mesma paróquia. Atualmente o grupo tem uma média de participação ativa por encontros entre 30 a 45 idosos e idosas. E, além das atividades acima, há um funcionamento autogestionado, com diretoria e organização própria. Apresenta-se como grupo de dança em eventos culturais do território, outros bairros de Belém e mesmo em outras cidades do interior do estado. Promove festas concorridíssimas pela comunidade, como seu Arraial de São João, para o qual é preciso reservar entradas e/ou mesas com meses de antecedência.

Grupos de idosos não são algo incomum em serviços de atenção primária em saúde no Brasil. Parte importante da atuação desses serviços está dirigida a essa faixa etária desde as primeiras experiências desse nível de atenção em território nacional e previstas, de forma distinta em relação a cada modelo de atenção implementado, historicamente nas políticas de saúde. O que chama a atenção é a produção do cuidado que inicia como psicoterapia, amplia-se para as corporeidades, e deixa não só as dependências do serviço como também se transforma como produção de vida e cidadania. Como proteção e promoção do bem-viver, articulando cultura e economia

solidárias e autossustentáveis, incluindo uma amarração à ancestralidade cultural, e tudo isso sob os mesmos impactos neoliberal, biomédico e sindêmico dos demais territórios investigados. Ocorre que junto às potencialidades do território e do serviço em relação a esta faixa etária, há uma ação importante, protagonizada pelos trabalhadores e usuários envolvidos, de manutenção e ampliação dos processos participativos.

Na mesma Unidade, como efeito e em resposta à grande procura por atendimentos em saúde mental do atual momento sindêmico, outros grupos começaram a ser criados. A busca das usuárias e dos usuários, inicialmente, tal como no território ribeirinho-urbano, era por atendimento psicoterápico individual. Da força e da sintonia dos modelos biomédico hegemônico e neoliberal também estava embebida demanda que se apresentara. Contudo, a pressão quantitativa da procura, a indicação de respostas coletivas como forma de cuidado analisadas nas entrevistas individuais de acolhimento, bem como a esteira do êxito do grupo de idosos e idosas, possibilitaram outra modelagem da atenção. Em resposta a tal procura, outros dois grupos foram criados: os denominados grupo das mulheres (adultas, 30 a 59 anos) e o grupo dos jovens (jovens adultos e adultas, na faixa dos 18 a 30 anos). Com periodicidade quinzenal e encontros sobre temas previamente decididos pelo coletivo. Por vezes são utilizadas intervenções artístico-culturais – como música, artes visuais, dança etc. –, bem como construídas e pactuadas coletivamente, como dispositivos para trabalhar o tema escolhido. Os grupos também desenvolvem um processo de avaliação, seja ao final de cada encontro de forma pontual, seja de forma mais elaborada ao final de cada semestre para verificarem em coletivo o que e como produzem esse processo terapêutico, seus efeitos, lacunas, soluções, acordos e propostas de continuidade. Aos poucos ambos os grupos vão ganhando também um protagonismo maior das usuárias e dos usuários e saindo das quatro paredes do serviço e das linhas estritas da psicoterapia grupal. Também já têm em germe uma constituição na direção do bem-viver.

Não obstante a toda construção e protagonismo desses grupos, na unidade eles ainda estão hegemonicamente vinculados a uma especialidade, ou melhor, a um núcleo profissional, à psicóloga do serviço. Nesse sentido, apesar de respostas de cuidado possível tão potentes, elas também ainda ficam a cargo e dependente de uma especialidade, de uma trabalhadora,

efeito da lógica flexneriana do modelo biomédico, hegemônicos no serviço. Mesmo a interdisciplinaridade presente no grupo de idosos e idosas é uma conquista importante, mas não sem disputas narcísicas de poder. A manutenção dessa proposta interdisciplinar e participativa tem sido uma tarefa árdua e cotidiana.

Por sua vez, no quarto território da pesquisa, a comunidade acadêmica de um dos campi da Universidade Federal do Pará, também está constituída de complexidades para as quais é necessário atenção e modelagens singulares de cuidado no sentido da promoção e proteção da saúde mental e do bem-viver amazônidas. Desafios e potencialidades vinculadas a uma comunidade discente de enorme diversidade, de uma instituição com políticas afirmativas bastante atuantes – contando também com processos seletivos especiais quilombola e indígena –, com múltiplas realidades de territórios de origem geográficos e existenciais. Territórios que também sofrem os efeitos dos impactos dos modelos de atenção à saúde, das teleologias da prosperidade neoliberal, que se redobram nos efeitos da sindemia. Tanto que as ações da Superintendência de Assistência Estudantil (SAEST) não têm sido suficientes frente à crescente demanda no campo da saúde mental. Os grupos desenvolvidos, o plantão de acolhimento psicológico, as ações de apoio às políticas afirmativas, as ações de apoio à moradia desempenham um papel fundamental, contudo, os citados efeitos presentes nos outros territórios aqui descritos, somados ao contexto e aos desafios inerentes à formação acadêmica, desbordam frente a possibilidade e oferta de acolhimento e acompanhamento dos discentes. É preciso construir mais estratégias de promoção e proteção da saúde mental e do bem-viver dos discentes. Afinal, a formação é muito mais do que a construção e transmissão de saberes, senão que produção de cidadania/florestania.

CONSTRUÇÕES COM OS TERRITÓRIOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível observar neste estudo que a mesma conjuntura se manifesta de forma singular em territórios distintos, o que aponta à necessidade de estarmos atentos às complexidades da construção dos espaços como instâncias sociais⁴⁰, atentos à dialética da produção de sentido e de realidades na criação de estratégias de cuidado singulares. Nossas próprias estratégias e experiências grupais de cuidado são também espaços, por definição, sempre em disputa, atravessados pelas mesmas conjunturas às

quais buscamos responder. Por isso a necessidade de planejar, executar, refletir e avaliar coletivamente numa espiral de ciclos participativos.

Na comunidade ribeirinha, a potência e os efeitos nas vidas das mulheres adultas que compõem o grupo de cuidados coletivos possibilitaram a construção da demanda para outro grupo na comunidade. Os jovens do território solicitaram a criação de um espaço específico para eles. Muitos deles já nasceram sob a pressão do impacto colonial dos novos arranjos socioeconômicos descritos acima e, assim, muitas vezes sem a experiência direta dos dispositivos comunitários de organização da vida, tampouco das práticas de cuidado tradicionais ribeirinhas, algumas delas colonizadas e reduzidas violentamente a credices. O relato de uma dessas lideranças juvenis nos descrevia a situação de amigos e amigas com manifestações de profundas tristezas e/ou ansiedade, inclusive levando uma delas ao suicídio. Relata também a dificuldade de agenda de consulta de saúde mental na Unidade Básica de Saúde e a dificuldade de acesso ao CAPS de referência, situado na área central da cidade. Cabe mencionar que tal agenda no serviço da ilha era a consulta individual, ainda que atualmente haja um expressivo movimento por parte dos trabalhadores do NASF (ou já E-Multi) e da UBS em direção à construção de outras estratégias de cuidado em saúde mental. Um exemplo é uma atividade pautada pela integralidade com os idosos.

Já no CAPS de referência, quando o usuário consegue o encaminhamento ou mesmo quando vai diretamente no acolhimento, se não é um caso de urgência em saúde mental, normalmente leva uma média de três meses para a primeira consulta com a psiquiatria, sendo que antes desta consulta nenhum plano terapêutico singular (PTS) é iniciado. No próprio acolhimento inicial se costuma exigir a presença de um familiar ou responsável, ainda que o usuário seja maior de idade. Uma modelagem hierarquizada pelo discurso biomédico hegemônico e que de antemão tutela o usuário. Uma realidade que está presente na modelagem da RAPS de Belém, presente também nos distritos sanitários da cidade onde estão os outros territórios dessa pesquisa.

Mas as barreiras de acesso não são somente essas. O próprio caminho até a UBS da citada ilha e até o CAPS, que necessariamente é feito pela água, também o é. Se a família não possui um barco a motor, depende de carona ou pagar pela travessia. Uma travessia que custa dez reais por trecho, mais

que o dobro de uma passagem de ônibus em Belém (quatro reais). Outra questão importante relatada por essa jovem ribeirinha é a dificuldade de se aproximar e se sentir à vontade para se expressar no espaço de cuidados coletivos existente em função de ali estarem suas mães, tias e avós. Ou mesmo sem parentesco direto com as integrantes do grupo, além das mesmas serem amigas e companheiras de suas mães, representam também as grandes matriarcas da comunidade.

Assim, construímos um grupo para os jovens junto com as lideranças comunitárias e os trabalhadores do NASF e da UBS, principalmente a agente comunitária de saúde desse território, que reside na comunidade. A organização e intervenção do grupo parte da experiência com as adultas: encontros semanais, com duração de duas horas, com tema predefinido pelo coletivo. Mas também incorporamos desde o início aprendizados dos grupos do território urbano periférico. Junto com duas meninas que são as referências na comunidade, identificadas junto com a agente comunitária de saúde, construímos a proposta do grupo incluindo também intervenções artístico culturais como dispositivos alinhados à roda de conversa.

No território ribeirinho-urbano, iniciamos um suporte às ações desenvolvidas e demandas da gestão e trabalhadores da Unidade e do NASF/E-Multi, principalmente, auxiliando na construção de ações de saúde mental pontuais com grupos junto às escolas de ensino fundamental e médio do território, bem como no diálogo e articulação intersetorial. Desse acompanhamento surgiram algumas propostas que estão sendo implementadas. Como forma de construir um trabalho longitudinal com o Programa de Saúde na Escola (PSE) e não somente em ações pontuais, criamos uma proposta de roda de conversa periódica sobre saúde mental em uma das escolas, partindo da apropriação e experiência sobre grupos de ajuda e suporte mútuos dos trabalhadores desse território. No mesmo sentido e em resposta à realidade observada de muitas mães jovens no território, parte importante delas mães-solo, criamos também junto com esses trabalhadores um grupo de saúde mental das mães, nomeado como “Uma mãe segura a outra”. Tal demanda também é construída a partir do relatado pelas mães sobre o sentimento de solidão, da grande responsabilidade que lhes é atribuída e de que a grande maioria dos cuidados da unidade de saúde depois do período do puerpério é com os

filhos. As mães pediam para serem escutadas, para serem apoiadas, não só tratar do corpo. O grupo já teve um encontro realizado, contando com a presença de oito mães. A maioria estava na unidade para consultas médicas e resolveu participar do grupo enquanto esperavam. Ao iniciar o grupo, notamos uma tendência a tentar a partir daquela roda de conversa uma agenda de consulta individual de saúde mental, não obstante ao iniciar atividade tomaram o dispositivo grupal já nessa primeira reunião como apoio mútuo, articulando, inclusive, ações de suporte entre elas fora do espaço da Unidade.

No mesmo território, na esteira do trabalho intersetorial e na identificação de outros espaços de promoção e proteção da saúde mental e do bem-viver, acessamos um terreiro de cultura de matriz africana. Esses espaços têm historicamente cuidado da comunidade, tanto que o Conselho Nacional de Saúde, a partir da Resolução 715/2023, os reconhece como “[...] equipamentos promotores de saúde e cura complementares do SUS, no processo de promoção da saúde e 1ª porta de entrada para os que mais precisavam e de espaço de cura para o desequilíbrio mental, psíquico, social, alimentar [...]”⁴¹. Buscamos conhecer as práticas de promoção e proteção da saúde mental e bem-viver amazônidas desenvolvidas no terreiro, acompanhando seu cotidiano, participando das experiências de cuidado e produzindo articulações possíveis com o serviço de saúde.

No território da Unidade Básica de Saúde de bairro periférico, apoiamos na criação de um grupo cuja demanda já iniciara a bater às portas do serviço. Ou melhor, foi construída a partir da busca de usuários homens adultos por atendimento psicológico individual, a partir da identificação de necessidades de cuidado em saúde mental de homens nas visitas domiciliares feitas junto à psicóloga, a partir também de uma cartografia do território, prática cotidiana dessa profissional, a qual apoiamos como grupo de pesquisa. O grupo terapêutico dos homens tem funcionamento semanal, iniciando nos moldes das outras experiências grupais da Unidade e, nesse sentido, pretende aos poucos e continuamente inscrever-se e construir ações singulares desse coletivo.

Na Universidade Federal do Pará, junto à Superintendência de Assistência Estudantil, construímos com os discentes um projeto de rádio/podcast:

Narrativas e Cuidados Coletivos nas Ondas do Rádio. A ação objetiva desenvolver estratégias coletivas de prevenção e promoção da saúde mental e do bem-viver dos discentes da UFPA, preferencialmente atendidos pela SAEST, tendo como dispositivo a criação, produção e veiculação, estruturadas com protagonismo do alunado, de um programa de rádio/podcast. Temos encontros semanais, intercalando quinzenalmente assembleia e gravação. Cada programa é construído a partir de um tema decidido e debatido na assembleia pelos alunos, alunas e alunes. Nessas assembleias, abertas a toda comunidade discente, discutimos, trocamos experiências, criamos e planejamos todas as ações do coletivo. Batizamos na assembleia o programa como “Rádio Curupira” e já temos três episódios gravados em parceria com a Rádio Web da UFPA, disponíveis na plataforma Spotify, com conteúdos criados especificamente para outros meios (Instagram, WhatsApp). A proposta da Rádio Curupira é que todas as formas de participação, como criadores, executores ou mesmo como ouvintes, possam ser dispositivos de saúde mental e bem-viver.

Conhecendo e apoiando as experiências de cada território aqui descrito, por meio dos três primeiros ciclos de planejamento, ação, reflexão e avaliação da pesquisa, fomos produzindo conjuntamente respostas possíveis aos impasses e às demandas singulares. Respostas de cuidado no sentido da promoção e proteção da saúde mental e bem-viver que contam com ampla participação de todos os envolvidos: nossa equipe de pesquisa, composta por docentes e discentes de distintos cursos de graduação e pós-graduação; trabalhadores dos serviços de saúde e da Universidade; bem como usuários dos serviços de saúde, docentes e discentes não pertencentes ao grupo desta pesquisa; atores sociais desses territórios e comunidades. Experiências de cuidado distintas, que são fruto do encontro com territórios diversos e que estão em seus primeiros passos. Aqui estão descritas como produção possível desses encontros, certamente necessitando de mais tempo de execução para uma análise mais profunda de seus efeitos.

Não obstante, podemos já observar a potência das ações coletivas de promoção e proteção da saúde mental e do bem-viver amazônicas por meio das avaliações contínuas de todos os envolvidos. Ações centradas nas tecnologias leves de cuidado, na relação que se constrói com e para os territórios geográficos e existenciais. Articular saberes desses territórios –

atravessados pelas ancestralidades amazônicas – aos saberes científicos, construir junto com os saberes das experiências de padecimento, estratégias e vivências coletivas de cuidado no horizonte do protagonismo, autossuficiência e autossustentabilidade, é colocar uma pesquisa a serviço do bem-viver dessas populações, e atuar no sentido de uma produção ética da vida, cidadania e florestania. É nessa perspectiva que definimos nossa intervenção investigativa e implicada com o território como uma pesquisa viva em ato.

REFERÊNCIAS

1. Guatarri F. As três ecologias. Campinas: Papiros; 1990.
2. Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: EdUSP; 2004.
3. Belloc MM. Homem-sem-história: a narrativa como criação de cidadania. Porto Alegre: Rede Unida; 2021.
4. Alemán J. Capitalismo: crimen perfecto o emancipación. Barcelona: Ned Ediciones; 2019.
5. OMS. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022.
6. Arouca ASS. Conferência: democracia é saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde, Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1986. p.35-44.
7. Acosta A. O bem viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos. São Paulo: Autonomia Literária; Elefante; 2016.
8. Lukács G. Historia y conciencia de clase. Havana: Editorial de Ciencias Sociales; 1970.
9. Krenak A. A vida é selvagem. Talahasse: Amazônia Latitude; 2022.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
11. OMS. Relatório Mundial de Saúde 2008: Atenção Primária em Saúde agora mais do que nunca. Lisboa: Ministério da Saúde de Portugal, Organização Mundial da Saúde; 2008.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Plataforma E-Gestor AB. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>. Acesso em: 22 abr. 2023.
13. OMS. Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Ministério da Saúde de Portugal, Organização Mundial da Saúde; 2002.
14. Salgado MA, Fortes SLCL. Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos. Cad Saude Publica. 2021;37(9):e00178520. doi:10.1590/0102-311X00178520.

15. Cabral KV, Belloc MM, Oliveira PTR, Tupinambá LS. Prevenção e promoção da saúde mental na Atenção Básica no estado do Pará. In: Cunha, et al. (Orgs.). Análise da atenção primária à saúde no Estado do Pará. 1. ed. Porto Alegre, RS: Rede Unida; 2022. p.100-9.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
17. Belloc MM. Relatório de Supervisão Clínico-Institucional 2020-2021: Centros de Atenção Psicossocial, Unidade de Acolhimento Adulto e Experiências na Prevenção e Promoção da Saúde Mental. Secretaria Municipal de Saúde. Belém; 2021.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 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: Ministério da Saúde; 2011.
19. Ferro RO. Salud mental y poder. Un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad. Rev Salud Publica. 2010;14(2):47-62. doi:10.31052/1853.1180.v14.n2.7082.
20. Menéndez E. Sujeito, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2009.
21. Menéndez E. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. Salud Colect. 2020;16:e2615. doi:10.18294/sc.2020.2615.
22. Martínez-Hernández A. What's Behind the Symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding. Londres: Routledge; 2000.
23. Correa-Urquiza M. Radio Nikosia: la rebelión de los saberes profanos. Madrid: Editorial Grupo 5; 2015.
24. Cabral KV. Artesãos da Saúde: saúde mental e participação social em Porto Alegre e em Barcelona. Porto Alegre: Rede Unida; 2021.
25. Cabral KV, Belloc MM. Política, subjetividade e saúde em tempos precários: linhas de resistência e reinvenção. In: Lemos FCS, et al. (Orgs.). Biopolítica e tanatopolítica: a agonística dos processos de subjetivação contemporâneos. Curitiba: CRV; 2019. p.367-84.
26. OMS. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Genebra: World Health Organization; 2022.
27. OMS. Mental health and psychosocial considerations during COVID-19 outbreak. Genebra: World Health Organization; 2020.
28. Fiocruz. Núcleo de Métodos Analíticos para Vigilância em Saúde Pública do PROCC/Fiocruz e EMAp/FGV et al. Estimativa de risco de espalhamento da COVID-19 no Brasil e avaliação da vulnerabilidade socioeconômica nas microrregiões brasileiras. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
29. Pará. Secretaria de Saúde Pública. Relatório Anual de Gestão 2022. Belém: SESPA; 2022.
30. Belém. Secretaria de Saúde. Relatório de Gestão: janeiro a dezembro de 2022. Belém: SESMA; 2022.

31. Bispo Jr JP, Santos DB. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. *Cad Saude Publica*. 2021;37(10):e00119021. doi:10.1590/0102-311X00119021.
32. Franco MAS. Pedagogia da pesquisa-ação. *Rev Educ Pesq*. 2005;31(3):483-502. doi:10.1590/S1517-97022005000300011.
33. Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Rev Educ Pesq*. 2005;31(3):443-66.
34. Merhy E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
35. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2011.
36. Kemmis S, McTaggart R. Como planificar la investigación-acción. Barcelona: Laertes; 1988.
37. Testa M. Pensar em Salud. Buenos Aires: EDUNLa Cooperativa; 2020.
38. Belloc MM, Teixeira LB, Cabral KV. “Aê Curupira u tucá muirá sapupema, achiy u çacema”: proteção e promoção da saúde mental e do bem-viver às margens de um igarapé. In: Ferla AA, Cabral KV, Belloc MM, Nicoli MA. (Orgs.). Saúde mental coletiva: transoceanizando políticas e práticas locais-globais. Porto Alegre: Rede Unida; 2023. p.140-58.
39. Vasconcelos EM (Coord.). Manual de ajuda e suporte mútuos em mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental. Rio de Janeiro: UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
40. Santos M. A urbanização brasileira. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 1996.
41. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 715, de 20 de julho de 2023. Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3092-resolucao-n-715-de-20-de-julho-de-2023>