UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

BIANCA MARA MARUCO LINS LEAL

**MOVIMENTOS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

São Paulo

2010

BIANCA MARA MARUCO LINS LEAL

**MOVIMENTOS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada para fins de obtenção do título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica – do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrico da Escola de Enfermagem de São Paulo.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Luciana de Almeida Colvero

São Paulo

2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU
ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE
QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: _____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Leal, Bianca Mara Maruco Lins

Movimentos do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da
família. /

Bianca Mara Maruco Lins Leal – São Paulo, 2010.

149 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São
Paulo.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciana de Almeida Colvero

1. Saúde Mental 2. Atenção Básica 3. Cartografia 4. Apoio Matricial

Nome: Bianca Mara Maruco Lins Leal

Título: Movimentos do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família.

Dissertação de Mestrado apresentada
para fins de obtenção do título de
Mestre junto ao Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem
Psiquiátrica – do Departamento de
Enfermagem Materno Infantil e
Psiquiátrico da Escola de Enfermagem
de São Paulo.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Este trabalho é dedicado a:

Minha mãe,

*... De todo amor que eu tenho, metade foi tu quem me deu! ... Entre
Sorrisos sutis e lágrimas fizeste meu eu...*

...O fardo pesado que levas, deságua na força que tens!

... Salve, Salve esta nega! Que axé que tu tem?

... Tuas mãos são de fazer TUDO... E até a vida que chamo de minha...

Mãe, tu me destes a fé!

... Fica tranquila, teu rebanho está pronto...

*...Só te peço que me dê tua benção, pois para mim TU ÉS O AMOR! E que
sua benção me acompanhe por onde eu for...*

*(adaptação da música Dona
Cila, autoria de Maria Gadú)*

Meu Pai,

*... Pela presença e ausência... Sons e Silêncio... Saiba que mesmo em meio
as mais preciosas perdas, você sempre será o maior encontro do meu coração!
Agradeço por sempre investir na minha vida e por sempre respeitar minhas
escolhas. Amo-te!*

Agradecimentos

A Deus. “Tu sabes de todas as coisas...”

Aos meus irmãos Gustavo e Simone, por cresceram ao meu lado. Só quem vive em família conhece as misérias e virtudes do outro! Obrigada por me conhecerem e permitir que eu os conheça... Só nós sabemos como lutamos pela nossa família... Cada um a seu modo... Saibam, somos uma família linda! Vocês serão sempre motivo de orgulho, luta e felicidade para mim! Obrigada por nossas lágrimas e risadas... Desejo tê-los para além de irmãos, os desejo Amigos!

À minha avó Lina. Quantas lembranças... Simplesmente obrigada por tudo do fundo do meu coração!

À Sophia Helena. Obrigada por simplesmente existir e me chamar de Dinda...

A Lucas. Obrigada por ser um pequeno grande sorriso de paz e alegria...

A Renato, homem justo, amante afável e admirável, amigo presente. Obrigada por SER e ESTAR ao lado em toda essa trajetória... Obrigada por partilhar comigo o que tens de mais precioso – sua vida e seu amor! Sei também, que contigo o meu bem mais precioso também está seguro – a minha vida e meu amor! Amo-te

À Maria Odete. A ti as palavras do grande filósofo Nietzsche: “Trai seu mestre, aquele que sempre fica como sendo seu aluno”. Serei eternamente grata por acreditar em “minha potência” e pela amizade!

À orientadora Luciana. Obrigada pela oportunidade de um sonho realizado. Obrigada pelos ensinamentos e pela paciência de esperar pelo tempo do outro...

À Maria Luiza, pois através de pequenos detalhes de carinho e cuidado, possibilitou que esse momento fosse real.

Aos amigos-irmãos que encontrei no percurso de minha existência nos mais variados lugares... Maranathá, PMMI e CN. Ao lembrar de vocês, não tem como não chorar de saudades... Mas, aprendi que “só se tem saudades do que foi bom. Se choro de saudades, não é por fraqueza, é porque amei...”

Aos amigos e colegas do CAPS Infantil Brasilândia. Obrigada por bancarem minhas ausências no trabalho em dias de orientação... Por me suportarem ansiosa, angustiada falando da escrita desse mestrado... Mas, principalmente obrigada pelos ensinamentos diários e por me permitirem fazer parte dessa equipe!

Aos trabalhadores da UBSF, que com suas entrevistas possibilitaram a construção desta cartografia. Sem a generosidade de vocês este trabalho não seria possível. Lembrem-se: somos capazes de cuidar!

Às pessoas, usuárias do serviço público. Obrigada pelas suas vidas. Com vocês aprendi e tenho aprendido a ser profissional e gente a cada dia. Obrigada por confiarem a mim suas vidas!

A EEUSP por ter me acolhido através dos profissionais do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica: Sonia Barros, Luciana, Ana Lúcia, Ana Luiza, Márcia, Juliana e Divane.

À CAPES pelo financiamento deste trabalho.

Epígrafe

*Para que tanta pergunta se é a busca e não a resposta?
Para que tanto remédio se é o sofrimento e não a dor?
Para que tanta dúvida se é a possibilidade e não a certeza?
Para que tanta individualidade se é o coletivo e não sozinho?
Para que tanto diagnóstico se é o cuidado e não a cura?
Para que tanto padrão se é singularidade e não a igualdade?
Para que tanto poder se é o afeto e não o reconhecimento?
Para que tanta fala se é a escuta e não o discurso?
Para que tanta pressa se é o caminho e não o fim?
Para que tanta objetividade se é o encontro e não a norma?
Para que tanta indiferença se é o amor e não o ódio!
Busque e permita a busca!
Sofra e esteja ao lado de quem sofre!
Possibilite o outro e a si mesmo!
Seja com os outros e não sozinho!
Cuide-se e Cuide!
Singularize-se e permita a diferença!
Afete-se e deixe-se afetar!
Escute e seja escutado!
Caminhe e ajude o outro a caminhar!
Encontre-se e proporcione encontros!
Ame-se, ame e seja amado!
...
Simplesmente, viva e deixe viver!*

Bianca Leal – Abril, 2010

Leal. B.M.M.L. Movimentos do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

RESUMO

Este trabalho foi realizado sob a perspectiva de se olhar para a inclusão das ações de saúde mental no PSF, a partir da existência da equipe de apoio em saúde mental. Objetivou-se identificar e analisar a inclusão das ações de saúde mental em uma Unidade Básica de Saúde da Família, do município de São Paulo. Sob uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, com a utilização do método de estudo de caso, foi sendo construída esta cartografia. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi uma entrevista semi-estruturada e a realização de um diário de campo. O total de participantes do estudo foram 17 trabalhadores, sendo eles da equipe de apoio em saúde mental, das equipes de saúde da família e do NASF. Este mapa foi composto a partir de seis “potenciais linhas”, que podem ser consideradas as categorias de análise criadas. Sendo elas: Linhas de Aberturas: experiências, milhares de movimentos, descrição histórica da implantação da unidade básica de saúde da família, com o início do trabalho entre as equipes de PSF e a equipe de apoio. Linhas de Ligações: espaços limitantes e a potência sutil que foi destinada à discussão do trabalho do ACS, bem como suas angústias, limites e potência. Linhas de Encontros: criação de mundos e resistência: discussão acerca do território, da família e da construção de redes para a produção de vida. Linhas de Afetos: o lugar do encontro – vínculo: destinada a pensar acerca do vínculo e repensar o “poder” entre o trabalhador e o sujeito em sofrimento psíquico. Linhas de Compartilhamentos: trocas, deslocamentos e co-responsabilidades: momento em que o apoio matricial em saúde mental é discutido a partir da experiência da unidade com a equipe de apoio em saúde mental. Linhas de transposições: construir e desconstruir continuamente: onde foram observadas as dificuldades do cuidado em saúde mental. Conclui-se que as ações de cuidado de saúde mental na atenção básica devem estar a favor da vida, pois não pode haver matriciamento sem olhar para o território dos sujeitos, para o lugar onde possa haver potência para produção de vida.

Palavras-chave: Saúde Mental, Atenção Básica, Cartografia, Apoio matricial.

Leal, BMML. Movements of mental health care in the family health strategy. [Dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo.

ABSTRACT

This work was conducted from the perspective of looking at the inclusion of mental health activities in the PSF from the existence of the support staff in mental health. The objective was to identify and analyze the inclusion of mental health activities in a Basic Family Health of São Paulo. A qualitative approach, exploratory and descriptive, using the method of case study, this mapping was being built. The instrument used for data collection was a semi-structured interview and performing a field diary. The total number of study participants were 17 workers, and they support staff in mental health, the family health teams and NASF. This map was composed from six "potential lines", which can be considered the analytical categories created. Namely: Lines of Openings: experiences, thousands of movements historical description of the implementation of the basic unit of family health, with the onset of labor between the FHP teams and support staff. Lines Links: limiting spaces and subtle power that was intended for discussion of the work of ACS, and their anguish, and power limits. Lines of Meetings: creating worlds and resistance: discussion of territory, the family and building networks for the production of life. Lines of Affections: the meeting place - link: for thinking about the relationship and to rethink the "power" between the worker and the subject in psychological distress. Shares lines: trade, transportation and co-responsibility: when the matrix support in mental health is discussed from the experience of unity with the support staff in mental health. Lines of transpositions: constructing and deconstructing continually, where we observed the difficulties of mental health care. It is concluded that the actions of mental health care in primary care should be for life, for there can be matricial without looking at the territory of the subjects, to the place where there might be power to produce life.

Keywords: Mental Health, Primary Care, Cartography, Matrix support.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Pág.
Tabela 01. Distribuição do número da população residente por grupos de idade, na área de abrangência da UBSF estudada	56

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CECCO	Centros de Convivência e Cooperativa
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HD	Hospital Dia
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

	Pág.
APRESENTAÇÃO.....	14
A POSSIBILIDADE DE DESENHAR UM MAPA.....	18
I. REVIVENDO A HISTÓRIA.....	20
1.1 A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica: o Brasil frente o desejo e o despertar de um Sistema Único de Saúde – SUS e uma nova assistência à saúde mental.....	21
1.2 A Estratégia da Saúde da Família frente à Atenção Básica à Saúde: em cena os Projetos Qualis/PSF e Paidéia/PSF e o Apoio Matricial.....	28
1.3 O Apoio Matricial em Saúde Mental no Programa Saúde da Família e a implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF como estratégias territoriais.....	35
II. POR QUE CONSTRUIR UM MAPA.....	46
III. COMO O MAPA FOI PENSADO E CONSTRUÍDO.....	47
3.1 O Tipo do Mapa e sua Matéria.....	47
3.2 A Coleta de Dados.....	52
3.3 O Local a ser Mapeado.....	54
3.3.1 Caracterização do Território a ser Mapeado.....	55
3.4 Participantes na Construção do Mapa.....	57
3.5 Aspectos éticos do Mapeamento.....	57
3.6 O Pesquisador: um construtor de mapas.....	58
IV. O MAPA COM SEUS CONTORNOS, FORMAS E CONTEÚDOS.....	61
4.1 Linhas de Aberturas: experiências, milhares de movimentos.....	61
4.2 Linhas de Ligações: espaços limitantes e a potência sutil.....	70
4.3 Linhas de Encontros: criação de mundos e resistência.....	81
4.4 Linhas de Afetos: o lugar do encontro – vínculo.....	98
4.5 Linhas de Compartilhamentos: trocas, deslocamentos e co-responsabilidades ..	108
4.6 Linhas de transposições: construir e desconstruir continuamente	123
V. LINHAS DE EXTENSÃO: ÚLTIMOS MOVIMENTOS	132
VI. REFERÊNCIAS.....	136
APÊNDICES	144

APRESENTAÇÃO

“Quem defende o SUS, a distribuição mais igualitária da saúde, uma assistência mais integralizada, além de estudar tem que agir em conjunto. Senão, isso aqui vira uma página da história que a gente vai suspirar e dizer: que legal que foi e só...” (Participante 11)

Dizem que quando não sabemos fazer escolhas, a vida se encarrega de escolher por nós. Se essa frase é verdadeira, não sei e confesso que sequer pretendo saber um dia. Acredito que a maior dádiva do homem é sua capacidade de realizar escolhas e decidir sobre sua vida - no que continuamente lutamos para nos tornar e nos tornaremos, é tarefa árdua de uma vida inteira... Escolhas inéditas ou simplesmente reafirmações de antigas...

Em minha vida sempre tentei realizar essa tarefa fielmente e, portanto, comecei a realizar minhas escolhas desde muito cedo. Escolhas que por vezes me levaram a caminhos radicais, mas, que depois foram retornando por outros mais livres de raízes, hora saltando pelos mais sentimentais, até optar pela fusão dos dois, ou não...

...Então, descobri que a busca pela confecção do equilíbrio para uma vida realizada, é simplesmente viver a vida fazendo o seu melhor... E descobri que se preparar para ser educador é reconhecer que entre possíveis acertos e erros, mora a complexidade dos atos, mas que, mesmo assim, é possível o amadurecimento e que este, nos torna pessoas melhores.

E no meio de tantas inconstâncias e incoerências da vida, uma certeza desde pequena eu sempre tive. Uma escolha sempre foi certa: eu queria passar minha vida a trabalhar com pessoas e pelas pessoas e foi assim que a Saúde Mental entrou em minha vida.

Ainda criança eu tive meu primeiro contato com essa prática, que atravessa o que há de definitivamente “humano” para mim. Recordo-me de algumas vezes minha mãe levar em casa um casal de crianças denominadas “especiais” para brincar comigo e meus irmãos... E nós brincávamos, dançávamos, almoçávamos (me lembro do macarrão), e depois nos despedíamos. Não me lembro de muitos

detalhes, mas percebia que havia algo diferente entre nós, mas a diferença naqueles momentos eram riquezas, e não me impediram de conviver.

Nesse momento, tenho a alegria de dizer que minha mãe foi para mim, a primeira profissional que conheci em prol da inclusão dessas pessoas, e este era um ato que independia do conhecimento acerca do movimento da Luta antimanicomial, da Reforma Psiquiátrica, da Reabilitação Psicossocial, entre outros...

...Então, descobri que sentimentos de inclusão, cidadania, respeito, e cuidado com o outro perpassam qualquer conhecimento científico, e independem de tempo... E descobri que se as palavras de nossos educadores nos tocam, seus exemplos nos arrastam, resultando em mudança de atitude.

Em minha adolescência, tive o que chamo de “segundo contato com a Saúde Mental”, e foi quando em uma experiência religiosa, me envolvendo em alguns trabalhos voluntários, deparei-me com o “manicômio”. Todos os domingos, por um breve período de tempo, eu ia tocar violão e passar o dia nesta instituição, simplesmente para estar com aquelas pessoas.

Na época, não entendia direito o porquê daquelas pessoas morarem naquele lugar e a filosofia, da qual sempre fui apaixonada, só me servia para questionar ainda mais a existência humana. Indignava-me lembrar os pequenos lances de imagens que marcaram minha memória, como o de um quarto pequeno, com uma cama desarrumada, chão e paredes sujas, e um banheiro cheio de fezes espalhado sob todo o cômodo. Com indignação me questionava, afinal, por que aquelas pessoas tinham que passar por tal situação? Por que elas não estavam com suas famílias, ou pelo menos vivendo em reais condições de vida? Sentia-me pequena e inútil diante de uma realidade tão cruel, na qual não existia o mínimo de cuidado...

...Então, descobri que sentimentos de inclusão, cidadania, respeito, e cuidado com o outro não possuem ligação direta com religiosidade ou crenças teológicas... Que a filosofia está para além de questões sobre qual é a verdade das coisas, e que o educador livre de qualquer preconceito pode ter e, portanto, ensinar um olhar diferenciado, não só baseado na técnica, mas na intenção de simplesmente estar com o outro. Isso é cuidado...

Em meu processo de amadurecimento - que está no início e, portanto, ainda acontece e espero que nunca finde - pude compreender que a causa da luta pela vida dessas pessoas, que recebeu o nome de luta antimanicomial e Reforma Psiquiátrica, faz vínculo e ligação direta com uma simples palavra denominada: CUIDADO!

...Após algumas andanças pela vida, decidi retornar aos estudos e ir para os bancos da Faculdade, a fim de poder melhor ajudar a quem quer que fosse, inclusive a mim!

Como profissão, escolhi por bem abraçar a Enfermagem, e fui percebendo que o CUIDADO para esta forma de trabalho no mundo, resumia-se como o cerne, o ápice da sua atuação.

Os anos da Faculdade se constituíram repletos de descobertas e mudanças - como não poderia ser diferente! ...Houve uma época de dúvidas, acerca da opção em ser enfermeira, pois, sua visão por vezes biologizante me questionava profundamente. Mas recebi um bálsamo, quando me deparei com a disciplina de Saúde Mental, me despertando novamente o desejo de ser enfermeira. Re-encontrando o sentido da escolha...

Então descobri que sentimentos de inclusão, cidadania, respeito e cuidado com o outro fazem parte também de um movimento construído há alguns anos por trabalhadores de Saúde Mental, a fim de lutar pelos direitos de cidadãos esquecidos, presos em manicômios... E que o educador deve ter paixão por aquilo que apresenta aos alunos, que educar deve fazer parte “do ser” e estar com as pessoas que sofrem psiquicamente deve constituir a decisão de profissionais desejosos de CUIDADO.

Unindo, então, a paixão pela Saúde Mental e a real necessidade - vista e vivida – de o professor estar realmente envolvido na causa que leciona é que escolhi partir para a Pós-Graduação, para o Mestrado.

Entretanto, não posso negar meu real desejo pela ciência como possibilidade de constante aprendizado na vida e pela vida, como meio instituído para se construir novas formas de CUIDAR, e por último e não menos importante, de contribuir para que a Enfermagem cresça cada vez mais como profissão que não está só voltada para o cuidado de forma biologizante, mas que se preocupa e realiza o cuidado de forma ampliada, perpassando pelas questões inerentes a um

melhor acesso à saúde, lutando e se esforçando para que a sociedade tenha seus direitos validados e respeitados, favorecendo assim a produção de vida!

...Então, descobri mais uma vez que precisamos reafirmar algumas decisões e escolher os sentimentos e razões que agora se tornaram AÇÕES de inclusão, cidadania, respeito e cuidado com o outro, pois, não sendo tarefa fácil é digna de luta... E descobri que o educador, como fomentador de novas possibilidades, pode ser canal para o alcance de respostas, até que a vida mude todas as perguntas!

A POSSIBILIDADE DE DESENHAR UM MAPA

“[...] Toda língua é tão bilingue em si mesma, multilíngue em si mesma, que se pode gaguejar em sua própria língua, ser estrangeiro em sua própria língua, ou seja, levar sempre mais longe as pontas de desterritorialização dos agenciamentos.” (DELEUZE)

O mapa da Saúde Mental vem sendo desenhado por vários cartógrafos que se arriscaram a entrar nessa maravilhosa aventura. Dizemos isto porque este mapa não está finalizado, completo, pois o movimento das reformas (Sanitárias e Psiquiátricas) continua circulando por espaços e também porque a cartografia é uma alternativa para perseguir - seguir de perto - esta construção.

Construir um mapa dos encontros do cuidado em saúde mental, na Atenção Básica, é poder expressar, a partir de um coletivo de olhares outros, um novo olhar. Olhar este, que possivelmente provocará outras formas de pensamentos que levarão a outros possíveis traços e espaços neste mapa. Mapa que pode confundir e desorientar, mas que também pode orientar a novos encontros e descobertas, dependendo somente do como é olhado.

Meu convite nesta pesquisa é somente possibilitar uma reflexão, entre muitas possíveis de se produzir, na arte de cuidar em saúde mental. De realizar trocas entre aquilo que nos movimenta e aquilo que nos paralisa, no cuidado da saúde mental, em um território¹ tão cheio de movimentos e misto como o da atenção básica. Portanto, não houve tentativas de esgotá-lo, de concluir a construção exata destes territórios, e por isso neste mapa, questões ainda não foram compreendidas, uma vez que todo terreno pode vir a ser novamente modificado, re-compreendido, re-descoberto...

A pesquisa aqui exposta pretende contribuir para o campo da Saúde Mental na Atenção Básica, cujo olhar se volta ao cuidado da pessoa em seu

¹ O termo território neste texto pode ser compreendido de duas formas: (1) como Território de abrangência da equipe do PSF, área adscrita, região geográfica; ou (2) como Território da produção de cuidados em saúde mental, espaço imbuído de significados.

território, seu cotidiano². Busca contribuir também para os demais saberes que discutem o cuidado em saúde mental contemporâneo, para as práticas matriciais em saúde mental, a fim de que, uma assistência digna ao sujeito em sofrimento psíquico continue a ser construída.

² O cotidiano trata do modo como as pessoas vivem a vida, como elas buscam respostas as suas necessidades de modo a garantirem /preservarem sua saúde e ou tratar da doença.

I. REVIVENDO A HISTÓRIA

“A história não foi, não passou, permanece, está presente, acontece novamente e de novo... ela pulsa como um novo coração que se instala em um corpo morto, após um transplante e outro, sempre que alguém dela estiver a falar” (Bianca Leal).

A possibilidade que hoje temos de poder prestar assistência, pensar estratégias e redefinir caminhos para a Saúde Mental se faz possível, válida e sólida, não só pelo que representa esse “ato” em si, mas porque anterior a esse tempo, houve uma história de luta pelo direito à saúde. Direito este, que vale a pena lembrar, ainda permanece em conflito, em suas mais variadas formas. Como, por exemplo, o direito de ser atendido dentro de seu território, junto a seus familiares...

Segundo Sarraceno (1999) e Amarante (2007), o conceito de saúde mental é bastante complexo, plural, intersetorial, com transversalidades de saberes, uma vez que perpassa as dimensões psicossociais do processo saúde-doença dos sujeitos e do coletivo, ou seja, o espectro de conhecimentos da saúde mental é ampliado e não é claramente possível delimitar suas fronteiras com a filosofia, psicologia, antropologia, sociologia, arte, fisiologia, história, geografia, entre outras, que facilmente se borram.

E nesta sequência lógica, Bezerra (1996) considera ainda que, o cuidado em saúde mental é muito mais do que lidar com o sujeito propriamente dito. Este cuidado abrange a necessidade de lidar com toda a rede de subjetividade que o cerca, sendo ela, todas as formas de contribuição para que este sujeito possa se expressar, produzir sentidos, construir e reconstruir sua singularidade. Por isso, o campo da saúde mental, encontra seu cuidado articulado ao território, sendo este um entre tantos motivos, pelo qual a atenção básica se torna tão valiosa e necessária para a saúde mental.

Deste modo, escrever sobre as duas grandes Reformas (Sanitária e Psiquiátrica), bem como falar dos desdobramentos, como a própria atenção básica e o direito a um cuidado mais digno em saúde mental, já com suas “mil publicações” e em suas mais variadas versões, é desafiante.

Mas, ao acreditar que cada autor, ao reescrevê-la, deve imprimir sua marca nessa história, lembrando de muitos que defendem esta causa, essa tentativa se faz motivada, podendo despertar o desejo de novamente nos colocarmos à disposição da história, ainda mais porque existem milhares de pessoas que aguardam trancafiadas por cuidados³.

Que exista, portanto, a preocupação em oferecer ao leitor, ou à comunidade científica, não só mais uma “passada” pela história e sim uma possibilidade de revivê-lá, mesmo que entre linhas aparentemente mortas.

1.1 A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica: o Brasil frente o desejo e o despertar de um Sistema Único de Saúde – SUS e uma nova assistência à saúde mental

No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária, iniciada na década de 1960, foi constituinte de um projeto de reforma social, de inúmeras críticas à assistência de saúde até então vigente no país.

Naquela época, eram duas as formas de se obter assistência à saúde. A primeira delas estava voltada para ações de caráter individual e curativo, à qual somente uma pequena parcela da população tinha acesso, ou seja, aqueles que estavam inseridos no trabalho formal e que contribuíam com a previdência social. A segunda forma, por sua vez, em foco na maioria da população, era destinada aos que estavam fora do mercado de trabalho, e aos pobres, que recebiam somente intervenções de caráter de saúde pública, preventiva e emergencial (PAIM, 2008).

O número de serviços privados que eram contratados para realizar a assistência dos que possuíam o seguro da previdência, crescia juntamente com as práticas médicas biologizadas, hospitalocêntricas, reforçadas pelo uso da medicalização desenfreada, que deslocavam o sujeito doente da vida em sociedade (BERTOLOZZI, 2003).

³ Esta afirmação refere-se à exorbitância de 6.349 cidadãos, que ainda residem em 58 hospitais psiquiátricos existentes somente no Estado de São Paulo (BARROS e BICHAFF, 2008).

Nesse contexto, repensar onde estava sendo gasto o dinheiro público, bem como organizar uma porta de entrada⁴ para que o direito à saúde acontecesse, era necessário (MERHY, 1997).

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde e seu relatório final abordava o tema: “*saúde como dever do Estado e direito do cidadão*”. Tema este que, futuramente serviria de base para o capítulo reservado à saúde na Constituição Federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

Finalmente em 1988, com a homologação da Constituição Federal, na tentativa de construir um modo de proteção social ligado à condição de cidadania, a saúde seria de fato anunciada como um “Direito de todos e dever do Estado”, conferindo aos serviços públicos de saúde, responsabilidade pelo atendimento integral à população. Tal atendimento seria feito através de uma rede regionalizada e hierarquizada, com a participação da comunidade, a fim de organizar o Sistema Único de Saúde – SUS, que posteriormente floresceria (BRASIL, 1988).

Desta forma, o SUS, que era objetivo da Reforma Sanitária, através de políticas sociais e econômicas, seria finalmente instaurado em meados de 1990, com a promulgação das Leis 8.080, de 19 de setembro e 8.142, de 28 de dezembro. Assim, visando legitimar o SUS como política de inclusão social, foram criados os princípios éticos. Sendo eles:

- Universalidade: todos os brasileiros têm direito de obter ações e serviços de saúde
- Igualdade⁵: acesso igualitário às ações e serviços de saúde
- Integralidade: direito do cidadão à promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva

⁴ Neste texto, Merhy se refere à atenção básica, que “deveria ser posteriormente inventada.”

⁵ Segundo Paim (2009), “a equidade não consta entre os princípios do SUS, seja na constituição, seja na Lei Orgânica da Saúde, aquela que define a competência e atribuições dos governos federal, estadual e municipal em relação ao SUS, o princípio central nesses marcos legais é a igualdade.” O termo equidade teria sido incorporado como princípio, a partir de normas operacionais, sendo importado de organismos internacionais que não apoiam o desenvolvimento de sistemas de saúde universais.

E suas diretrizes operacionais:

- Descentralização: cada esfera do governo terá direito a sua própria direção, ou seja, os municípios irão gerir seus sistemas de saúde, mediante repasse de verba e apoio técnico.
- Participação social: forma de tornar democrático o processo de escolha dos serviços de saúde, bem como a resolução de seus problemas, fiscalização e avaliação.
- Regionalização: encaminhamento do cidadão para um serviço de saúde preferencialmente da sua região.
- Hierarquização: organização e articulação dos serviços distinguidos em níveis de atenção à saúde: atenção básica, média e de alta complexidade.

A segunda metade da década de 1990 foi marcada pela contínua transformação da saúde no país. Com destaque para as Normas Operacionais Básicas - NOB-SUS, que permitiram o crescimento e reformulação do orçamento federal, tendo em vista o compromisso das instâncias estatais e municipais (NEGRI, 2002).

Por sua vez, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento que é um marco para o início de um campo de conhecimento técnico e científico na área, com a finalidade de transformar a assistência em saúde mental no país, iniciou-se a partir da década de 1970, situada no contexto da Reforma Sanitária, vista anteriormente.

O Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental – MTSM, que se formou a partir da pré-organização realizada em prol da Reforma Sanitária, juntamente com portadores de transtornos mentais, familiares e outros grupos da sociedade, articulavam-se em torno do lema “Por uma sociedade sem manicômios” (AMARANTE, 2001).

Neste período, denominado de “Indústria da Loucura”, a única forma existente de tratamento para os considerados “loucos” era o manicômio, o que justifica o lema acima citado. Assim, uma vez excluídos da sociedade, eram tratados com desprezo e violência, impossibilitados de toda e qualquer troca (afetiva e/ou material). E vale ainda dizer que a privação acontecia não só pela existência das tutelas, mas principalmente pela inexistência de serem tratados

como seres humanos, portanto, como cidadãos. Ou seja, o único tratamento que existia era o que tinha como prognóstico resultados como a ineficácia, a cronificação e o estigma (AMARANTE, 2001; ROTELI, 2001).

Deste modo, a crítica realizada pela Reforma Psiquiátrica era desencadeada a partir do debate nacional sobre a loucura, que incluía a forma de cuidado aos “loucos”, questões da tradicional psiquiatria, a violação de direitos humanos e a exigência por melhores condições de trabalho. Estas foram as principais questões a impulsionar o processo de desinstitucionalização e criação de novas formas de cuidado substitutivas ao manicômio, chamando a sociedade a reconstruir sua relação com o louco e com a loucura. Condição esta, que seria fundamental para iniciativas de reabilitação psicossocial (AMARANTE, 2001; ROTELI, 2001; TENÓRIO, 2002).

Posicionando-se diferentemente do modelo biomédico, que se baseia na doença e práticas medicalizantes, a Reforma Psiquiátrica tratou de romper com o saber psiquiátrico enquanto ideologia e adentrou um novo campo de práxis, o campo da saúde mental, no qual o direito à cidadania passa a ser o principal, independente se o papel ocupado pelo cidadão é de trabalhador, usuário, ou familiar. Este novo campo visa a potencializar a utilização dos recursos disponíveis, sendo eles: os sociais, econômicos, afetivos, culturais e de lazer (FIGUEIREDO, 2007).

Na década seguinte (1980) foram iniciadas principalmente nas grandes cidades como São Paulo, os primeiros serviços de saúde com a finalidade de atender a demanda de saúde mental. O município de São Paulo, por exemplo, em 1982, a partir da redefinição da política de saúde mental do estado, cria o Programa de Intensidade Máxima (PIM) que prestava assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes em regime ambulatorial, realizado da zona norte do município (CAMBRAIA, 2004).

O ano de 1987 contou com três grandes eventos realizados em prol do Movimento da Reforma Psiquiátrica. O primeiro deles foi a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, que aconteceu com o intuito de abrir discussões acerca do caminho e diretriz que deveria tomar a saúde mental naquele momento. A descentralização, regionalização, hierarquização, universalização, equidade de acesso aos serviços de saúde, articulação interinstitucional,

modificação do modelo assistencial e valorização da atenção básica e ambulatorial e a reintegração social do doente mental foram os eixos alvos dessa Conferência.

O segundo evento foi o Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental na cidade de Bauru, estado de São Paulo, que com força veio validar as mudanças teóricas e éticas da atenção a saúde mental. E o terceiro e último, mas não menos importante, foi a inauguração do primeiro serviço público de saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) criado, a partir de um novo modelo assistencial, aos portadores de transtornos mentais severos, pensado de forma a substituir o modelo hospitalocêntrico. Este primeiro CAPS, situado no município de São Paulo, recebeu o nome de CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, que posteriormente ficou conhecido como CAPS Itapeva.

É importante dizer que a implantação de um serviço, que seria modelo substitutivo ao hospitalocêntrico, não aconteceu alheia às forças das políticas públicas. Os municípios de São Paulo, Campinas e Santos, considerados precursores na área da saúde mental, foram exemplos nesta época das primeiras grandes mudanças, pois contavam com administrações que tinham foco nas questões voltadas à saúde mental.

Porém, São Paulo, e Santos mais tarde, mediante novas administrações políticas (ano de 1992 para São Paulo e 1996 para Santos) não tiveram grandes avanços nos tempos que se seguiram (ARANHA e SILVA, 1997).

Nos anos seguintes à criação do primeiro CAPS, municípios inspirados nessa realidade criaram seus CAPS, oferecendo este serviço, que se tornou referência do modelo adotado pela Reforma Psiquiátrica. Modelo este que perdura até a atualidade, mesmo que ainda exista a lógica do hospital psiquiátrico, que não foi superada.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) foi realizada cinco anos após a primeira, apresentando como eixos para as discussões, a municipalização da assistência, e a confirmação da crítica ao modelo hospitalocêntrico. O relatório final, por sua vez, indicava a inclusão da Saúde Mental no SUS, dando prioridade à rede extra-hospitalar, bem como a existência de um trabalho multiprofissional, e por fim o veto à criação de novos leitos psiquiátricos em instituições de longa permanência.

Desde então, em todo território nacional foram sendo aprovadas as primeiras leis que diziam respeito à substituição dos leitos de hospitais psiquiátricos por serviços que oferecessem condições de se criar uma rede de atenção à saúde mental. Também foram pensadas as primeiras normativas que serviriam para fiscalizar os hospitais psiquiátricos, e as primeiras portarias federais que tratavam da implantação de serviços de atenção diária, mediante as experiências dos CAPS, dos Núcleos de Atenção Psicossocial⁶ (NAPS) e dos Hospitais Dias (HD) (BRASIL, 2005).

Neste caminho, em meados de 1992, foi assinada a Portaria nº 224, que tratava de tornar as ações assistenciais desenvolvidas pelos CAPS em procedimentos incluídos no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIA-SUS, bem como regulamentar os serviços de saúde mental (BRASIL, 1992).

No ano 2001, foi promulgada a Lei 10.216, assinada em 06 de Abril, sendo celebrada e considerada como a maior conquista da Reforma Psiquiátrica. Visando à proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, a Lei 10.216 redireciona o modelo assistencial em saúde mental, vetando a abertura de hospitais psiquiátricos, afirmando ser de responsabilidade do Estado o desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental, bem como a assistência e a promoção de ações de saúde a estas pessoas, com a participação da sociedade e da família (BRASIL, 2001).

No contexto desse mesmo ano, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), que indicou os eixos para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com destaque para a forma de financiamento do modelo assistencial que, formado pela rede de serviços de base comunitária, teria o CAPS como o organizador e articulador desta rede.

No ano seguinte (2002) a publicação da Portaria nº 336, veio de fato garantir o que já havia sido acordado pela Portaria nº 224, definindo o financiamento dos procedimentos realizados pelo CAPS através do sistema APAC/SIA, uma vez que se receberia recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação.

⁶ Os NAPS são serviços territoriais de saúde mental como os CAPS. O primeiro NAPS foi inaugurado em setembro de 1989, na zona noroeste de Santos. O município foi um dos primeiros locais no Brasil a iniciar um processo de substituição do manicômio.

Contudo, o Pacto de Gestão assinado em 2006 definiu que a saúde mental não estaria mais incluída como uma das prioridades do Ministério da Saúde. Desta forma, ficaria a cargo do gestor municipal assumir a responsabilidade de definir a política local com relação à assistência à saúde mental.

A Portaria 336 é proposta neste momento, especialmente para regulamentar e reorganizar o modelo de atenção assistencial em saúde mental, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo quais seriam os portes dos serviços a partir de critérios populacionais, e por fim, direcionando serviços para a área de álcool e outras drogas, bem como infância e adolescência (BRASIL, 2004a).

Torna-se evidente ainda, mediante a Portaria 336, que os CAPS são os serviços que assumem o papel de especial relevância no cenário das novas práticas, configurando-se como dispositivo estratégico para o atendimento público em saúde mental às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, tendo em vista por objetivos: oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002, 2004a).

Os CAPS foram então definidos sob três formas de modalidades, podendo ser: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Esta diferenciação ocorre devido à abrangência populacional de cada município. Lembrando ainda que o CAPS infantil (voltado para o atendimento de crianças e adolescentes) e o CAPS Álcool e Drogas (ad) – voltado para o atendimento de pessoas com transtornos advindos do uso e dependência de substâncias psicoativas, são também formas de se encontrar o serviço (BRASIL, 2004a).

Além do CAPS, outros serviços foram criados para a prestação de serviços comunitários em saúde mental. A Residência Terapêutica (RT) é um destes serviços, sendo definida através da Portaria Nº. 106/GM, de 11 de fevereiro de 2000, como “moradias inseridas preferencialmente na comunidade, destinadas a usuários egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuem suporte social e laços familiares, viabilizando sua inserção social”.

Isso posto, vale destacar ainda, conforme as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, que existe a necessidade de se articular em rede todos estes serviços de saúde mental, somados ainda aos hospitais gerais, às escolas, às famílias, às associações de bairro, às cooperativas de trabalho e ao Programa da Saúde da Família (FIGUEIREDO, 2007).

Portanto, é neste contexto de reorganização da saúde e das novas práticas em saúde mental que irá se configurar a perspectiva de olhar para a Saúde Mental na Atenção Básica – compreendida neste trabalho especialmente pela Estratégia da Saúde da Família, que terá foco nas próximas páginas.

1.2 A Estratégia da Saúde da Família frente à Atenção Básica à Saúde: em cena os Projetos Qualis/PSF e Paidéia/PSF e o Apoio Matricial

No Brasil, a discussão sobre a atenção primária chegaria juntamente com a Medicina Comunitária que, introduzida pelas universidades, tornava-se abrigo dos pensamentos que tinham como principais temas a cidadania e a redemocratização (FAUSTO, 2005).

Desta forma, é possível reconhecer que a história da atenção primária, perpassa a história da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS, pois, entre essas proposições estava em questão uma nova organização da assistência à saúde, que se diferenciava da que se encontrava nos programas de saúde pública e preventiva.

A Organização Mundial de Saúde – OMS, ao realizar a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde - Alma-Ata em 1978, serviu de grande disparador desse tema, pois delineou o conceito de atenção primária à saúde, de aceitação internacional, com a proposta da meta: “Saúde para Todos no ano 2000”, visando à introdução da atenção primária como uma estratégia de reorientação dos sistemas de saúde.

Em 1982, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP lança as diretrizes para a então implantação da Atenção Primária em Saúde e organiza os serviços de saúde através de uma hierarquia, em que níveis crescentes de complexidade tecnológica se assemelhavam a uma pirâmide. Dessa forma, o nível primário referia-se à porta

de entrada do sistema, englobando a prevenção e cuidados básicos em saúde, o nível secundário estaria para a assistência especializada, nos ambulatórios de especialidades e consequentemente o nível terciário seria o responsável por ações mais complexas, na rede hospitalar.

Atualmente, existe uma variação na escolha do termo para se referir à atenção básica à saúde. Frequentemente nota-se a utilização de terminologias como: saúde comunitária, medicina simplificada, mas as expressões: “atenção primária” e “atenção básica” são mais comumente utilizadas. A expressão “atenção primária” à saúde pode ser entendida na relação com os propósitos da OMS/OPAS, a partir de Alma-Ata no ano de 1978, como visto anteriormente. A expressão “atenção básica”, por sua vez, está mais vinculada às diretrizes da política nacional de saúde, no que se refere às ações executadas no nível de atenção primária à saúde. Porém, conforme Fausto (2005), não se pode concluir se existe relação entre o uso dos termos com as diferentes formas de compreensão, bem como não se pode concluir se existem diferenças nas características em cada uma das formas de concepção⁷.

A Atenção Básica à Saúde deve ser o primeiro contato do sujeito com o sistema de saúde, além de oferecer a integralidade e a continuidade da atenção e por fim, coordenar a assistência dentro do sistema de saúde (STARFIELD, 2004).

O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, reconhecido como um importante programa da atenção básica foi proposto em 1991 e tinha por objetivo diminuir a morbimortalidade infantil e materna no Norte e Nordeste brasileiro, regiões com maior parcela de população carente e que possuíam um montante para o financiamento da saúde desigual, recebendo os menores valores se comparado às outras regiões (SOUZA, 2002).

Os agentes comunitários de saúde - ACS eram os grandes atores do PACS, e atuavam sob a orientação e supervisão de enfermeiros. Aos poucos, o programa foi sendo expandido para municípios maiores e outras regiões do país, e a partir de então a assistência à família passa a estar em foco, juntamente com conceito de área adscrita (CANESQUI e OLIVEIRA, 2002). Este programa, posteriormente

⁷ Optou-se para este trabalho a utilização da expressão Atenção Básica à Saúde.

seria reconhecido como “a célula embrionária” que daria origem ao Programa da Saúde da Família – PSF.

A partir deste contexto, foi proposto pelo Ministério da Saúde em 1994, o Programa da Saúde da Família – PSF - vertente brasileira da Atenção Básica à Saúde, na intenção de servir como instrumento de reorganização do SUS e da municipalização.

Em 1998, o PSF contou com o financiamento do instrumento Norma Operacional Básica do SUS - NOB-SUS, sendo o mesmo intensificado no ano de 2001.

Porém, a expansão significativa observada entre os municípios, aconteceu mesmo a partir de 1998, quando o programa firmou-se como a estratégia prioritária na reorganização da rede de atenção básica, recolocando em pauta os princípios e diretrizes do SUS (CANESQUI e OLIVEIRA, 2002; NEGRI, 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde (1996), o Programa da Saúde da Família, objetiva principalmente substituir o modelo tradicional, hospitalocêntrico e garantir o acesso igualitário de *todos* aos serviços de saúde, bem como reorganizar a prática da atenção à saúde.

A Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, apresenta o conceito de atenção básica⁸, que deve ter suas definições de certa forma entrelaçadas também nas questões relativas ao PSF, uma vez que esta foi a estratégia estabelecida para organizar a atenção básica no país.

Desta forma, a Portaria define atenção básica por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que perpassam o cuidado com o usuário desde a promoção até a manutenção da saúde, e que deve ser desenvolvida mediante o exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe. E mais:

“Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, e considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na reinserção sócio-

⁸ Nesta portaria encontra-se também a alteração de nomenclatura que sofreu o “Programa da Saúde da Família”, uma vez que passaria a ser denominado de “Estratégia da Saúde da Família”- ESF, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização e tempo não é previsto para finalizar a reorganização da atenção básica.

cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. [...] e é o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde” (Ministério da Saúde, 2006).

Os cenários de construção do PSF são inúmeros, pois correspondem às características de cada município. Todavia, cada equipe de profissionais designada para essa prática, deve ser responsável pela saúde de uma comunidade, adscrita por três a quatro mil pessoas, e desempenhar suas atividades no estabelecimento de vínculos, apropriando-se do fato de que os usuários do serviço (pessoas, famílias e comunidade) são os principais atores na produção de sua própria saúde, bem como devem através da educação em saúde, estimular o auto-cuidado e descobrir dentro da comunidade grupos ou pessoas que também ajudem a equipe no cuidado de outros (CAMPOS, 2005).

A equipe atuante no PSF deve ser de caráter interdisciplinar, composta por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde; pode contar ainda com equipes ampliadas como dentista, auxiliar de consultório dentário, permanecendo essa definição a cargo do município (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

No ano de 1996, ocorre a implantação do primeiro PSF em uma megalópole como São Paulo, e esta implantação ocorreu dada a criação do Projeto Qualis/PSF no município⁹.

O cenário do município de São Paulo desta época era o de uma metrópole que sofria com a interrupção do processo de municipalização e de adequação do sistema de saúde, conforme previsto na Constituição, uma vez que a formulação do Plano de Assistência à Saúde – PAS na gestão anterior havia deixado um vácuo na assistência à saúde da cidade¹⁰ (DONNINI, 2003).

Como o PAS havia desarticulado toda a construção que estava sendo investida na saúde antes de sua implantação, a saúde mental também sofreu

⁹ A equipe de dirigentes do projeto tinha acompanhado a experiência da luta pela Reforma Psiquiátrica em Bauru e Santos (1984-1996), tendo como coordenador do Projeto David Capistrano.

¹⁰ Segundo Lancetti (2001), o PAS era um sistema de saúde baseado na privatização dos serviços e com foco eleitoral.

consequências negativas, pois como não poderia deixar de ser, também foi afetada.

Assim, as equipes de saúde mental em unidades básicas de saúde, os centros de convivência, a emergência, os hospitais dia e enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, tudo o que vinha sendo construído no período de 1989 a 1992, estava seriamente comprometido, pois grande parte dos profissionais de saúde mental foi desviada para outras secretarias (LANCETTI, 2001).

Em maio de 1998, com o intuito de transformar a estrutura assistencial e gerencial dos serviços de saúde, foi pensando por Adib Jatene, David Capistrano e Antonio Lancetti entre outros, um Programa de Saúde Mental para o Projeto Qualis/PSF. Traziam em mente intensificar o cuidado integral ao indivíduo, incluindo também a assistência do portador de sofrimento psíquico dentro do seu contexto de vida, contando com a radicalidade da desinstitucionalização, uma vez que o projeto já contava com várias ações combinadas e articuladas como: ambulatório de especialidades, saúde bucal, entre outros. E ainda defendiam a necessidade de se contemplar o usuário do sistema de saúde, primeiramente como um cidadão e, somente depois alguém com um quadro psicopatológico (LANCETTI, 2001).

Desta maneira, a operacionalização das ações realizadas entre as equipes de saúde mental e saúde da família era pensada com base na escuta do sofrimento do indivíduo, e também na intersetorialidade, na expectativa de tecer a rede de sustentação da reabilitação psicossocial, ou os “recursos escondidos na comunidade”, conforme diria Benedetto Saraceno.

Consideravam que os dispositivos até então conhecidos como: consultas com psiquiatras e psicólogos não era mais o foco, e o início de algo novo viria através de uma capacitação das equipes de saúde mental e saúde da família, especialmente para os agentes comunitários de saúde, que deveriam apresentar as famílias que consideravam mais problemáticas. Deste modo, ambas as equipes passaram a intervir nas famílias em maior dificuldade, sendo o cuidado, o processo terapêutico, deste momento em diante responsabilidade de ambas as equipes (LANCETTI, 2001).

O novo dispositivo contaria então com duas equipes volantes de saúde mental, que atuariam integradas, dando suporte às equipes de saúde da família, nas questões inerentes a saúde mental (LANCETTI, 2001).

Mais tarde, esta experiência de utilizar grupos de especialistas para oferecer suporte às equipes de saúde da família, como acontecia com as equipes volantes de saúde mental do município de São Paulo, tornar-se-ia uma possibilidade de uma nova práxis, um novo recurso utilizado na tentativa de reorganização da assistência à saúde, que se estenderia a outros municípios, que por sua vez acrescentariam a esta primeira idéia suas peculiaridades.

Implantado em 2001, o Programa de Saúde da Família do município de Campinas, denominado de Projeto PSF/Paidéia, visava reorientar a atenção básica com uma assistência diferenciada, ampliando os conceitos de Saúde da Família, adicionando a ele princípios como: acolhimento, responsabilização, co-gestão.

Deste modo, posteriormente a São Paulo, o município de Campinas, tendo em vista sua experiência com o PSF, ou seja, com seu desenvolvimento histórico assistencial específico, implantaria as “Equipes de Apoio Matricial”¹¹, assim denominadas por Campos (1999). Estas equipes, tal como ocorrido no Projeto Qualis/PSF de São Paulo, se configuravam em equipes que ofereceriam apoio especializado às equipes de saúde da família; contudo, estas equipes não seriam somente da área de saúde mental, englobando também outras equipes de outras especialidades como reabilitação, oncologia, etc.

Nessa ocasião, Campinas possibilitou que as áreas específicas de assistência à saúde, como é o caso da reabilitação física e saúde mental, por exemplo, ganhassem lugar de apoio junto à equipe da Saúde da família e, portanto, se tornassem equipes de apoio, para as famílias do território adscrito pelo PSF (FIGUEIREDO, 2005).

Desta forma, é possível encontrar em ambos os municípios – São Paulo e Campinas, mesmo que em tempo, intensidade e gestão políticas diferentes, estratégias criadas para se pensar em novas formas de organização e gestão. Ou seja, novos arranjos organizacionais, transversais, na intenção de criar e motivar padrões de relação entre trabalhador e usuário, a fim de florescer outra cultura,

¹¹ *Matri* vem do latim e significa: mãe, de onde se vem, e tenta expressar essa geração “de um novo olhar”.

que preste atenção às singularidades das pessoas, permitindo a troca de informações entre trabalhadores e usuários, tendo como fim a produção de saúde, conforme propõe o Ministério da Saúde (2004).

A equipe de Apoio Matricial é então um arranjo na organização dos serviços, portanto um arranjo organizacional, uma forma de ampliar a oferta das ações de saúde, contemplado pelo Programa da Saúde da Família, e que se evidencia aqui no investimento e na tentativa de mudança da estrutura assistencial e gerencial, de superar o modelo tradicional em saúde, embora o mesmo traga uma enorme distância entre as concepções teóricas que são pensadas e a prática realizada no cotidiano.

Quando se fala de equipe matricial, torna-se importante falar do conceito de equipe de referência, pois esta definição acompanha a explanação de Campos (1999), quando aborda algumas questões sobre o apoio matricial. Dessa forma, a equipe de referência seria a equipe da atenção básica, do PSF, pois se entende que o Apoio Matricial visa a dar suporte a estas equipes que são a referência, pois os responsáveis pelo usuário e/ou família não os encaminha e sim solicita apoio para realizar o cuidado necessário - apoio este que advém das mais variadas áreas, como por exemplo, oncologia, reabilitação, etc. (NASCIMENTO, 2007).

Esta equipe de referência, denominada assim por Campos em 1999, configura-se por um conjunto de profissionais de áreas distintas, contudo com a responsabilidade de buscar objetivos comuns, intervindo no mesmo objeto. É ainda pautada na interdisciplinaridade, responsável pelo desenvolvimento do projeto terapêutico, sendo ele individual ou coletivo, das famílias do território (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

O Próprio Ministério da Saúde (2004) afirma que a equipe de referência contribui para tentar intervir em questões como vínculo terapêutico, responsabilidade sobre quem é cuidado e integralidade na atenção à saúde, a fim de que aconteça um tratamento digno, com respeito, qualidade, acolhimento e vínculo. E ainda ressalta que essa união de olhares é importante para o usuário, pois possibilita que sejam vistos outros aspectos da sua vida, como a inserção social, afetos, até mesmo outros problemas orgânicos. E o mais importante, que ocorra um compromisso a partir do projeto terapêutico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Segundo Gomes (2006), mesmo o apoio matricial caracterizando a busca por saberes e práticas especializados, de forma que as áreas especializadas (denominadas verticais) passem a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares de atenção básica, não permite que o usuário deixe de ser da equipe de referência, pois os casos são compartilhados, promovendo um trabalho mais efetivo com a promoção e reabilitação.

Este fato é entendido por Campos e Domitti (2007) como uma metodologia de trabalho complementar àquela existente em sistemas hierarquizados, com protocolos e métodos de referência e contra referência, pois dependendo da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias, que devem conter critérios de acionamento da equipe de apoio e definições da dimensão e responsabilidade dos integrantes das equipes, “o apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.”

Vale ainda dizer que, dentro desta lógica de metodologia matricial, que combina com equipe de referência, o trabalho realizado tende à integralidade, adentrando no princípio importantíssimo do SUS (CAMPOS, 1999).

1.3 O Apoio Matricial em Saúde Mental no Programa da Saúde da Família e a implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF como estratégias territoriais

Partindo da premissa do Ministério da Saúde (2003) de que os serviços substitutivos ao manicômio em saúde mental tais como os CAPS e as residências terapêuticas têm sua organização na assistência de casos de usuários com transtornos mentais graves e persistentes e na desinstitucionalização dos usuários que permaneceram por longos anos em regime asilar, os usuários com sofrimento psíquico de menor gravidade segundo classificação diagnóstica, recebem cuidado na rede de atenção básica.

A partir desta informação, e ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2003), o número de pessoas que necessitam de cuidados contínuos, pois são aquelas consideradas com transtornos mentais graves e persistente chega a cinco milhões de pessoas, ou seja, 3% da população. Já o índice de pessoas que

necessitam de atendimento eventual, pois são consideradas portadoras de transtornos menos graves, chega a 20 milhões de pessoas, totalizando 12% da população brasileira.

Tais fatos mostram que, se por um lado os Centros de Atenção Psicossociais são serviços essenciais, ocupando o lugar de destaque na assistência à saúde mental, por outro lado, pouco se investiu para que a atenção básica acompanhasse os avanços da área, mesmo sendo ela considerada parte da rede de cuidados que integra essa assistência.

O PSF, por sua vez, serviria como importante articulador da rede de saúde mental, na atenção básica, uma vez que, segundo o Ministério da Saúde (2005) 58% das equipes de saúde da família atendem casos de sofrimento psíquico, e também por trazer nos seus objetivos já expressos, o intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, centrando o cuidado na família e não no indivíduo doente, trabalhando com os conceitos de vigilância à saúde e com enfoque sobre o risco, contando ainda com a politização das ações de saúde, de modo a lidar com os determinantes sociais do adoecimento, realizando práticas intersetoriais e desenvolvendo o exercício da cidadania (PAIM, 2001).

Contudo, mudanças a respeito da inclusão e articulação da saúde mental, com relação à atenção básica, aconteceram principalmente mediante o trabalho da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde que, ao promover eventos importantes, deu novos rumos a esta temática. Tais eventos foram: a Oficina de trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, em março de 2001, o Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica, em abril de 2002, a Oficina de Saúde Mental: Desafios com a integração com a rede básica” no VII Congresso Brasileiro de Saúde coletiva – ABRASCO, em julho de 2003 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Estes eventos foram essenciais para que as Coordenadorias de Saúde Mental e Gestão da Atenção Básica propusessem importantes diretrizes, estando

entre elas a proposição do Apoio Matricial em Saúde Mental às equipes da Atenção Básica¹² (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Vale lembrar aqui, sendo este um fato importante, que a experiência de São Paulo com as equipes de saúde mental do Projeto Qualis/PSF, mesmo sendo bem anterior ao estabelecimento do apoio matricial, como uma diretriz de inclusão da saúde mental na atenção básica (pois naquela época se falava em equipes de saúde mental volantes, ou seja, tais equipes não estavam situadas em nenhuma das unidades de saúde), era uma forma de “embrião” do apoio matricial em saúde mental, pois a intenção de assistência compartilhada fundamenta a ambas.

Um dado importante neste aspecto é que, um ano após a proposta do Ministério da Saúde sobre o apoio matricial consistir em uma estratégia para modular a inserção da saúde mental na atenção básica e aprimorar a rede de saúde dos municípios, o mesmo proporia que a equipe de saúde mental deveria desempenhar ações de supervisão e capacitação junto às equipes, além dos atendimentos conjuntos e específicos (Ministério da Saúde 2004).

Contudo, esta ideia do apoio matricial desempenhar ações de supervisão e capacitação é totalmente relevante quando inserida no contexto de educação permanente em saúde proposto por Ceccim, no qual a produção de conhecimento acontece no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores (CECCIM, 2005). Ainda para o autor:

“A educação permanente supõe a construção de aprender a aprender no cotidiano do trabalho e em confronto com as situações reais de invenção de respostas técnicas e institucionais para um trabalho com protagonismo coletivo, multiprofissional e usuário-centrado. [...] Cada trabalhador configura um aprendiz e um profissional em exercício permanente, coexistindo ambas as condições na montagem do trabalho como ato vivo.”

Assim, o apoio matricial em saúde mental, sob a lógica da educação permanente, não tem a conotação de ser uma equipe que detém todo o

¹² Campos e Domitti (2007) relatam que além do Ministério da Saúde incorporar a perspectiva do apoio matricial na atenção básica/saúde da família, o mesmo foi também utilizado no Programa Humaniza-SUS.

conhecimento e que oferece apoio à outra equipe que não sabe. O que deve existir nessa relação entre equipes, como em qualquer educação crítica e transformadora, é a troca e o intercâmbio, “o estranhamento e a desacomodação” com os saberes e práticas que estejam vigentes (CECCIM, 2006).

Contudo, a escolha pela educação permanente em saúde neste contexto, pode ser possivelmente válida nessa relação da atenção básica com a saúde mental, em que se espera um compartilhamento entre os coletivos de trabalho, um cruzamento que aceite/incentive conexões, no qual as relações são vivas na realidade do cotidiano, resultando em uma mudança que se traduza em potência de ação, que crescerá ao ritmo da vida.

Além disso, as ações de saúde mental na atenção básica devem ser respaldadas pelos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, como se encontra no documento do Ministério da Saúde (2003), que, ao se referir à síntese dos princípios que articulam a saúde mental e a atenção básica destacam: noção de território, intersetorialidade, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários, reabilitação psicossocial, construção da autonomia possível de usuários e familiares e organização da atenção à saúde mental em rede como já citado anteriormente.

A então perspectiva da realização de ações de saúde mental na atenção básica deve obedecer às redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento, encontrando total consonância dentro do que o SUS determina, que todo e qualquer cidadão do território nacional, tem direito à promoção, proteção e recuperação dentro do processo saúde-doença, diante de ações e serviços prestados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), a equipe de Apoio Matricial deve ser composta por: um médico psiquiatria (ou com capacitação em saúde mental), e dois técnicos de nível superior (assistente social, psicólogo, entre outros) mais auxiliares de enfermagem, sendo que cada equipe deve atender no mínimo seis e no máximo nove equipes de Saúde da Família.

De forma prática, o apoio matricial, acontece a partir de reuniões, discussões clínicas conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas concretas (consultas, visitas domiciliares, entre outras), nas quais os profissionais

de saúde mental podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos (FIGUEIREDO e CAMPOS, 2007).

Com esta relação, pretende-se também que as equipes de saúde, juntamente com os matriciadores façam a distinção das situações que são do cotidiano da vida, e que podem ser acolhidas pela equipe da unidade de saúde e/ou por recursos da comunidade, das reais situações que necessitam da atuação especializada de saúde mental, através de um CAPS por exemplo. Com isso, é possível evitar práticas que levam à “psiquiatrização” e à “medicalização” do sofrimento e, ao mesmo tempo, promover a equidade e o acesso, garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário, lembrando mais uma vez que a ideia central do apoio matricial é a noção de responsabilização compartilhada dos casos, sem a lógica do encaminhamento (FIGUEIREDO, 2005).

Um dado importante ainda é que a articulação da rede de recursos do território e a propagação das práticas antimanicômias, são papeis que também se esperam da equipe de apoiadores matriciais em saúde mental (NASCIMENTO, 2007).

Para que ocorra então a organização das ações do apoio matricial em saúde mental, o Ministério da Saúde (2003) propõe que nos municípios onde houver CAPS, ou outros equipamentos de saúde mental, deverão ser estes os profissionais a desempenhar o matriciamento junto à atenção básica, organizando seus horários para encontros semanais com as equipes de saúde da família, bem como formas de contato para intercorrências. Caso no município não haja serviço de saúde mental, a proposta é que seja criada uma equipe de Apoio à realização do serviço. Uma terceira possibilidade ainda é a implantação de uma equipe de apoio matricial e/ou planejar a expansão do numero de Centros de Atenção Psicossocial, caso os municípios onde o número de CAPS seja insuficiente, para garantir apoio a todas as equipes de atenção básica.

Mas a realidade é que o apoio matricial em saúde mental acontece de forma heterogênea. Mesmo os CAPS que têm essa prática, realizam o matriciamento de diferentes formas, no que tange à maneira como será dividida a referência, ou seja, em determinados lugares essa divisão de trabalhadores, para

serem referencias de uma determinada equipe da UBS e/ou ESF, acontece pelo território e micro regiões, já para outros, essa divisão se dá conforme a disponibilidade do trabalhador, não implicando a questão do território (GOMES, 2006).

Entretanto, é importante relatar que a demanda de saúde mental é tão complexa, que nem sempre ocorre a resolutividade dos casos, pois é fato que no cotidiano do serviço a escassez de profissionais nas equipes de saúde se faz presente e ultrapassando este quesito, encontra-se também a questão da falta de articulação da rede de cuidados (NASCIMENTO, 2007).

Vários estudos têm sido realizados com o propósito de reconhecer e caracterizar as estratégias de atendimento em saúde mental na Atenção Básica, bem como identificar como se articulam os serviços de saúde em prol do sujeito em sofrimento psíquico.

As autoras Caçapava e Colvero (2007 e 2008), em dois trabalhos realizados em regiões diferentes de um mesmo Distrito de Saúde do Município de São Paulo, demonstraram que múltiplas são as dificuldades encontradas para se organizar o atendimento em saúde mental. Dentre elas destacam-se a falta de especialização e capacitação dos profissionais, com destaque para os ACS; a utilização do acolhimento somente como estratégia burocrática, a fim de organizar o fluxo dos usuários no serviço; a insegurança dos médicos generalistas para o manejo da saúde mental, no que se refere ao diagnóstico psiquiátrico e uso de psicofármacos; a utilização da referência/contra-referência que extingue a comunicação entre os serviços e, por fim, as ações da equipe de apoio matricial que são realizadas em tempo que é considerado insuficiente para realizar projetos potentes. A partir destes resultados, as autoras concluem que o modelo organizacional, ainda utilizado para o trabalho em saúde mental, advém de uma lógica médica-hegemônica, “medicalizante”, tendo em vistas a cura ou remissão dos sinais e sintomas provocados pelos transtornos mentais, esquecendo-se das ações integrais que perpassam o social e o subjetivo.

Segundo a autora Aranha e Silva (2003), a relação entre saúde mental e atenção básica acontece: dentro da necessidade de se reconhecer e prestar assistência aos problemas de saúde mental da população, num determinado

território, resultando em produtos como promoção, reabilitação, redução de danos e proteção.

Citando novamente Caçapava e Colvero (2009), em um estudo qualitativo, no qual buscavam caracterizar o atendimento de saúde mental de certo território da Zona Norte do município de São Paulo, construíram uma reflexão acerca da saúde mental e sua interface com promoção de saúde, após analisar estratégias de produção de cuidado em saúde mental de um Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO). Verificaram, através de uma entrevista semi-estruturada com a coordenadora do serviço e com a utilização das políticas de saúde mental e de promoção da saúde, que existe interação entre ambas as políticas, sendo possível a averiguação desta prática no cotidiano do serviço. Assim, este serviço opera na vida das pessoas com sofrimento psíquico possibilitando a elas autonomia e cidadania.

Muitos são os estudos que hoje abordam o tema da saúde mental na atenção básica, principalmente a partir da implantação do PSF em todo território nacional. Os resultados encontrados na maioria dessas pesquisas demonstram que, com o passar dos anos, alguns avanços ocorreram de fato; contudo são encontradas, em maiores proporções, resistências e entraves no sentido de realmente se articular ações de saúde mental na atenção básica. Já estudos específicos abordando o tema “apoio matricial em saúde mental” são pouquíssimos, sendo encontrados somente alguns referentes aos municípios de São José do Rio Preto, Sobral, Natal e com destaque para Campinas, ficando clara a necessidade de mais estudos na área.

Atualmente em São Paulo, algumas unidades básicas de saúde, espalhadas pelas regiões do município, desenvolveram a prática do apoio em saúde mental, a partir do direcionamento de coordenadores regionais de saúde mental; porém, estas equipes não foram nem são denominadas como equipe de apoio matricial em saúde mental, pois o município não se “apegou” a nenhuma nomenclatura para esta prática, referindo-se a elas por equipes de apoio em saúde mental.

Contudo, um estudo com a temática “apoio matricial em saúde mental” foi realizado no município de São Paulo em 2007, no qual se caracterizou a atuação conjunta das equipes de apoio em saúde mental e das equipes de saúde da família, de uma determinada área do município e como resultados foram descritas

atividades como discussão de casos, atendimento ao usuário na unidade de saúde da família, visitas domiciliares, acolhimento, suporte contínuo à equipe e planejamento de atividades (BASTOS e SOARES, 2008).

Então, uma vez que essa tentativa de se articular ações de saúde mental na atenção básica, através do apoio em saúde mental foi realizada, suscitou-se algumas questões importantes, ainda mais quando se acreditava que os princípios do SUS, que devem nortear esta prática, juntamente com a noção dos direitos do portador de transtorno mental adquiridos pela Reforma Psiquiátrica, sem contar que se pode considerar que foi nesta cidade que a prática do apoio em saúde mental (independente de ser denominado matricial ou não) teve início, conforme visto no desenrolar da história.

Vale ressaltar, entretanto, que até o momento, o município de São Paulo ainda não possui uma Política Pública de Saúde Mental.

Desta forma pergunta-se: Como essa atuação conjunta entre a equipe de saúde da família e de apoio em saúde mental contribui para inclusão de ações de saúde mental na atenção básica no município de São Paulo? De que formas as ações de saúde mental são contempladas pelas equipes de saúde da família? Quais são as resistências e potências, ou seja, as facilidades e dificuldades que estas equipes percebem e geram com relação à saúde mental e à atenção básica? E por fim, entre tantas outras indagações que poderia se pensar, e neste momento a de maior importância, como está se dando este processo de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica através do PSF no município de São Paulo, e quais são os resultados dessa prática?

Recentemente, o Ministério da Saúde publicou a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, a partir da Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, republicada em 04 de Março de 2008, fazendo, desta forma, surgir uma nova abordagem com relação às equipes de apoio especializado e às equipes de saúde da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O NASF, segundo o Ministério da Saúde (2008) visa apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, além dos processos de territorialização e regionalização, estendendo-se a oito áreas estratégicas sendo elas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e

complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica.

Assim, de acordo com o Ministério da Saúde, o NASF foi pensado como um apoio às equipes de saúde da família, mediante sua ampla intervenção nos mais variados aspectos, tendo como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, devendo ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais das equipes de saúde da família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF no qual o NASF está cadastrado. Como, por exemplo, através de reuniões e atendimentos conjuntos, constituindo processo de aprendizado coletivo.

A composição de profissionais para atuar no NASF deverá ser estipulada mediante critérios da gestão municipal e das equipes de saúde da família, uma vez identificadas e estabelecidas as necessidades territoriais.

Recentemente publicada nos Cadernos de Atenção Básica (2009), as Diretrizes do NASF são apresentadas no intuito de se organizar a partir de algumas das diretrizes da própria Atenção Básica à Saúde que são:

“[...] ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.”

Uma vez observadas as propostas trazidas pelo NASF, torna-se inevitável não perceber claras semelhanças entre esta nova proposição do Ministério da Saúde, e o que já vinha sendo recomendado pelo no documento que fala do apoio matricial, pelo menos no que se refere à assistência a saúde mental, área de interesse deste trabalho.

Tal argumento encontra consistência quando o Ministério da Saúde, ao introduzir a Diretriz do NASF em 2009 afirma que:

“[...] a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF dependem de algumas ferramentas já amplamente testadas na realidade brasileira, como é o caso, do Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, e Projeto

Desta forma, o município de São Paulo pensando nesta nova diretriz, inicia agora em 2009 suas atividades com as equipes do NASF, o que permite arrazoar que novidades poderão surgir no contexto da relação que até então vinha acontecendo com as equipes de apoio de saúde mental e as equipes de saúde da família.

Contudo, este trabalho será realizado sob a perspectiva de se olhar para a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, a partir da existência da equipe de saúde mental que realiza o apoio as equipes de saúde da família e do início da implantação da estratégia do NASF.

Uma perspectiva positiva na realização deste projeto será a possibilidade de permitir que novos caminhos se abram para compreender e principalmente para se intervir nas ações de saúde mental inseridas na atenção básica.

Sabe-se, no entanto, que não é nem será tarefa fácil, não só pelo que caracterizam essas ações, como também pela dificuldade em articulá-las nos serviços, pois é fato que há um desconhecimento da proposta de trabalho do PSF e da legislação vigente a respeito da reforma psiquiátrica, além de o usuário com sofrimento psíquico ainda aparecer como um elemento estranho e desestabilizador da rotina assistencial dos trabalhadores do PSF, sem contar que esta estratégia ainda por vezes reproduz a hierarquia de conhecimento que é própria do modelo biomédico (SILVEIRA e VIEIRA (2007).

Sendo assim, deve-se esforçar para que essa tarefa se desenvolva sob o conceito de território como um conjunto de referências sócio-culturais e econômicas que permeiam o cotidiano da pessoa em sofrimento psíquico, pois a forma de inserção da saúde mental no território propicia que os encontros se deem ao longo do tempo, em situações “desprotegidas”, nas quais as intervenções concorrem com os fatos rotineiros da vida e não em situações de isolamento como internações, encaminhamentos¹³ etc. (CUNHA, 2005).

¹³ Esta seria uma das ações que caracterizam a tensão entre as diferentes lógicas-PSF e Saúde Mental.

E desta forma, acreditando que o campo de saúde mental é um campo de base comunitária, que deve ser estendido e entendido também dentro da atenção básica, que foi realizada a construção deste mapa.

Por fim, deve-se lembrar ainda, que este trabalho desenvolve-se a partir do campo da Pós-Graduação da Enfermagem, desejoso de possibilitar cada vez mais “novos lugares” para o enfermeiro na saúde mental, permitindo que um cuidado ampliado seja expresso no pensar, fazer e registrar, resultando em novas discussões e práxis que sejam relativas às formas de vida na contemporaneidade.

Desta forma, espera-se que na saúde mental, o enfermeiro continue a compor com sutileza, experimentações e trocas, abrindo um caminho que crie sentido para o cuidado singular das pessoas.

Pois, o que tem ocorrido, segundo a Pesquisadora Ana Lucia Machado¹⁴ é uma desmistificação e desinstitucionalização da prática social do enfermeiro em saúde mental [...]; o enfermeiro estabelece diálogos, planejamentos e cuidados criativos nos encontros com equipes, usuários e familiares. E se a criação do cuidado é uma atividade social, conforme continua a nos lembrar a pesquisadora, ousamos dizer que estes espaços de cuidado à saúde, com a presença do enfermeiro, visam se deslocar para espaços de vida.

¹⁴ A pesquisadora é enfermeira e professora da Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo/SP e essas palavras foram proferidas em uma entrevista ao Boletim Informativo de Saúde da editora Difusão em março de 2010.

II. PORQUE CONSTRUIR UM MAPA?

- Identificar e analisar a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica em uma Unidade Básica de Saúde da Família, do município de São Paulo.

III. COMO O MAPA FOI PENSADO E CONSTRUÍDO

3.1 O Tipo do Mapa e sua Matéria

O presente trabalho é realizado a partir da abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, com a utilização do método de estudo de caso.

A cartografia é proposta e desenhada neste trabalho, a partir do momento em que as autoras a escolheram como forma de atravessar o estudo de caso, enquanto o acompanhamento de uma experiência.

Desta forma, este trabalho acontece como caso/experiência, pois a escolha do caso – UBSF – e sua experiência como processo, que vem sendo construída por meio de narrativas dos trabalhadores envolvidos que assim o configuram.

Quando o pesquisador escolhe qual a abordagem da pesquisa será utilizada, ele demonstra aos outros, sob a forma denominada científica, o modo como pensa o mundo, e como se relaciona com ele em determinados momentos da vida.

Mas o que é o conhecimento? Fugindo de todas as explicações mais complexas e igualmente de muitos outros pressupostos teóricos, para este trabalho conceitua-se conhecimento como sendo o reconhecimento da realidade. Pensamento como possibilidade de criação.

O modo tradicional de produzir conhecimento, baseado no modelo positivista que advém das ciências naturais, não comportou em seu cabedal uma aproximação com as respostas relativas aos movimentos humanos/sociais no quesito de adentrar as questões relativas à subjetividade/subjetivação¹⁵.

A pesquisa configura-se neste contexto, como uma forma de conhecimento, pois, pesquisar é estar em atitude de busca constante, o que a torna

¹⁵ A Subjetividade é configurada para efetivar a reprodução do modo de produção que permite relações de poder que irão produzir necessidades objeto-sujeito. É de base material, histórica e social, por isso muda com o tempo. A Subjetivação por sua vez é a produção do novo que foge às determinações do tempo. Ambos os conceitos dizem respeito à esquizoanálise que se trata de um conhecimento que surgiu nos anos 70, fruto do encontro do filósofo Gilles Deleuze e do psicanalista Félix Guattari, desenvolvendo conceitos novos como rizoma, as linhas molares, moleculares e de fuga, entre outros. A esquizoanálise demonstra ser um campo que, analisando a produção dos desejos sociais tentaria explicar determinadas relações que constantemente se modificam, pois são sempre re-produzidas, passíveis de abertura para o novo, para a criação, podendo ser uma produção desejante e um desejo produtivo.

a sempre inacabada. É um jeito de estar próximo da realidade que nunca é compreendido em sua totalidade, pois se apresenta sempre de forma mutável, dependendo do olhar.

A Pesquisa Qualitativa

A pesquisa qualitativa tem como pressuposto que o social está constituído de significados e símbolos. Segundo Minayo (2008), o estudo qualitativo é aquele que está voltado para as relações, para o significado, valores e atitudes, sendo rico de dados descritivos; portanto de grande complexidade, não podendo ser traduzido por variáveis numéricas, quantificáveis. Assim, a pesquisa qualitativa tem como universo de investigação o cotidiano e as experiências. Experiências que são mais ricas que qualquer teoria que tente explicá-las.

Optar pela pesquisa qualitativa é optar pelo desafio da criação ou do manejo de tóricas, é deixar uma marca pessoal na maneira de entender/expressar uma teoria, sendo que realizar um trabalho com essas características é estar disposto a entrar em um debate de idéias que regem práticas e opções metodológicas.

Mas, para além das dicotomias entre a pesquisa “quali-quantitativa”, a preocupação de todo aquele que se dispõe a realizar ciência, deve passar pela preocupação de optar por uma metodologia que permita a abordagem de “pensar o não pensado”.

O Estudo de Caso

O Estudo de Caso deve ser entendido como uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real (YIN 1990).

A escolha do Estudo de Caso se justifica a partir das características que este método apresenta. Estas características são descritas por Ludke, André (1986), e Yin (1990), e em linhas gerais correspondem às seguintes esferas:

- Responder a questões que se apresentem da forma “como”, visando “a descoberta”, podendo ser uma via de análise prática de problemas da vida real;
- Enfatizar a interpretação em contexto, ou seja, em uma dada realidade;
- Revelar experiências vividas, que permitam aplicação outras situações similares e associação dos resultados com outras experiências;
- Buscar demonstrar a realidade de maneira completa, contextualizada e profunda estudando uma unidade ou parte do todo;
- Compreender concepções em diferentes localidades e organizações permitindo comparações, e por fim;
- Permitir uma análise profunda dos processos e das relações.

Ludke e André (1986) propõem três fases para que o desenvolvimento de um estudo de caso, sendo elas:

1. Fase Aberta ou Exploratória: momento em que são identificados alguns pontos críticos a serem trabalhados na pesquisa, podendo advir do levantamento bibliográfico, de relatos de especialistas, ou do próprio autor;
2. Fase Sistemática: momento em que a partir de pontos levantados na fase Aberta, acontece a coleta de dados;
3. Fase da Análise e Interpretação: momento em que será elaborado o relatório baseado na análise e interpretação dos dados coletados.

A Cartografia

A cartografia, por sua vez, é um método processual e por assim se caracterizar não é passível de formular regras, normas ou precisões como “verdade exata”. Não está para ser aplicada, mas sim experimentada. Isto porque ela não se encaixa nos moldes do modelo padrão da ciência moderna¹⁶, permitindo que o rigor metodológico sofra uma resignificação, contemplando agora as questões relativas aos movimentos da vida, movimentos inerentes à implicação da realidade (PASSOS, et al. 2009).

¹⁶ A ciência moderna é aquela que primordialmente necessita de métodos que representem objetos pré-existentes.

A palavra metodologia, etimologicamente quer fazer: raciocínio, reflexão ou verdade do caminho (metá-hódos). Para a cartografia, acontece o processo oposto, estando ela a ser um caminho de reflexão. Um caminho que por acompanhar processos fomenta uma mudança das práticas de narrar e não dispõe à priori da totalidade do percurso metodológico, sendo brilhantemente exemplificado pelo trecho a seguir:

“[...] As pistas que guiam o cartógrafo são como referências que concorrem para a manutenção de uma atitude de abertura ao que vai se produzindo e de calibragem do caminhar no próprio percurso da pesquisa...” (PASSOS *et al.*, 2009).

A cartografia nos é apresentada por Gilles Deleuze e Félix Guatarri¹⁷, quando dizem que:

“Um princípio do rizoma¹⁸ é a cartografia que está inteiramente voltada para uma experimentação ancorada no real” (DELEUZE e GUATTARI, 1995).

Rizoma é um conceito que entende a realidade e dentro dela a própria subjetividade – como uma rede constituída de inúmeras ramificações que se conectam e reconectam continuamente com outras ramificações. É uma conjunção de elementos distintos de pontos de chegada ou de partida. Seus elementos são múltiplos e mutáveis, eles se plugam a outros elementos constantemente, estando eles próprios em constante metamorfose. Como exemplos de efetuações de ligações rizomáticas, podem-se citar a natureza, a cultura, arquitetura, história, e até mesmo a própria ciência, que se exprimem a partir de diferentes elementos (DELEUZE e GUATTARI, 1992, 1996, 2002).

A partir do rizoma a subjetividade funciona, se constitui e se configura num entrelace de afeto, devir: é continuamente constituída a partir de ligações e religações que suas ramificações fazem e refazem com elementos psíquicos (DELEUZE e GUATTARI, 1992, 1996, 2002).

¹⁷ Publicado na introdução do livro: *Mil Platôs* – em Paris no ano de 1980, mas utilizado aqui como referência a partir da versão em português datada em 1996.

A cartografia é uma maneira de entender o rizoma, pois um mapa expressa as conexões que envolvem os fenômenos.

“O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente” (DELEUZE e GUATTARI, 1996).

Kastrup (2006), ao referir-se sobre a cartografia acrescenta que, neste modo de fazer pesquisa, não se busca estabelecer um caminho linear para alcançar um fim, pois o mesmo se encontra em constante movimento.

Assim, busca-se realizar um mapa, procurando identificar os materiais que emergem em sua análise para “desenhar” o produto das linhas que atravessam o trabalho (SILVA, 2008).

Deleuze (1997) descreve o que é importante entender nesse momento: O mapa exprime a identidade entre o percurso e o percorrido. Confunde-se com seu objeto quando o próprio objeto é movimento.

Desta forma, a cartografia constroi mapas para entender uma paisagem. Paisagem esta que possa realizar um transbordamento para que outras possibilidades de vida habitem a paisagem. Este mapa é móvel, não possui um sentido único, não possui uma mesma entrada ou saída, centro ou cerne, sendo caracterizado como acêntrico. Este mapa possui na verdade, múltiplas entradas (PASSOS *et al.*, 2009).

Em outras palavras, uma cartografia constroi um plano, traça percursos feitos de linhas intensivas e repletos de singularidades. É impossível separar a cartografia do acontecimento, da sua instituição, da sua composição, das suas relações, pois ultrapassa fronteiras disciplinares, tendo como questão a transversalização entre as diferentes perspectivas. É como uma rede, que assim como suas linhas vão se entrelaçando umas às outras; assim é a cartografia, que permite a passagem de um elemento de informação para outro, investindo em transversalizações, que abandonam fronteiras disciplinares, visando à comunicação e a troca entre diferentes perspectivas.

Segundo Rolnik (1989) realizar uma cartografia é oferecer linguagem para afetos/práticas contemporâneos que pedem passagem, analisando o quanto as defesas que estão sendo usadas servem ou não para proteger a vida, pois o

cartógrafo acredita que seja sempre em nome da vida e de sua defesa, que se inventam estratégias.

Deste modo, compreendendo que as ações de saúde mental devem ser/estar cada vez mais articuladas com a atenção básica e este trabalho, encontrando-se nessa posição de defesa, torna-se pertinente a prática cartográfica. Prática esta que faz total menção com as questões pertinentes à saúde mental, uma vez que todo o percurso trilhado, a ser descrito neste trabalho, visa demonstrar que, assim como a Cartografia se posiciona “desmanchando certos mundos, e formando outros”, esta também é a intenção e motivação para se estudar a saúde mental no contexto da atenção básica, no município de São Paulo.

Por fim, esta pesquisa, trás em si o teor de que não há ciência neutra, pois que a construção teórica perpassa pela subjetividade do pesquisador.

Cartografar não implica em sistematizar, em organizar, e tampouco em atitudes neutras por parte do sujeito-cartógrafo (KIRST e FONSECA 2004).

3.2 A Coleta de Dados

Uma vez que o Estudo de Caso permite várias maneiras de se coletar dados, para esta pesquisa optou-se pela realização de uma entrevista semi-estruturada (Apêndice C), elaborada pelas autoras, na qual o participante tivesse a possibilidade de se pronunciar sobre o tema proposto, de maneira livre (MINAYO, 2004), e pela confecção de um diário de campo que foi escrito em momentos anteriores e posteriores às entrevistas.

Segundo Lopes (1993), o diário de campo é um instrumento complexo que permite o detalhamento das informações, observações e reflexões sugeridas no decorrer da investigação ou momento observado. Contudo, não é uma técnica neutra, pois o pesquisador leva a campo seus pré-conceitos, idéias e posições na elaboração da realidade.

Vale destacar que não houve um roteiro previamente programado para a observação, e, embora tenha compreendido todos os dias que houve coleta de

dados, optou-se por ser uma observação livre, que segundo Minayo (2008) é aquela denominada de descritiva.

O instrumento de coleta para a entrevista semi-estruturada trazia como cerne o relato de um caso de saúde mental a partir da experiência dos participantes. Entende-se por caso de saúde mental, a história de um sujeito em sofrimento psíquico, possuindo ou não um diagnóstico de transtorno mental, mas que teve algum tipo de atendimento pela UBSF. Este relato de caso norteou a abordagem de questões decorrentes como, por exemplo, as estratégias de atendimento realizadas, as facilidades e dificuldades encontradas e por fim, o que pensam sobre o atendimento dos casos de saúde mental na atenção básica – se estes devem ou não ser realizados na atenção básica.

É importante dizer, que o interesse não foi somente de registrar o depoimento dos participantes - que foram gravados - mas também, em captar algo que ultrapassasse o simples conhecimento transmitido e fosse inserido na interpretação do coletivo, já que o depoimento de um indivíduo emerge de um grupo, com enorme importância social na constituição de uma sociedade ainda em busca de ser livre de “manicômios”.

Foi realizado, o que as autoras denominam de um caminho de aproximação com a unidade. Nesse caminho, diferentes etapas marcaram este percurso.

Os primeiros contatos com a unidade aconteceram através de duas participações em reuniões entre duplas de apoio em saúde mental e as equipes de PSF. Depois seguiu-se a participação em outras duas reuniões intersetoriais, realizadas na tentativa de criar uma rede contra a violência no território e, por fim, uma reunião geral da unidade, na qual foi realizada uma explanação breve sobre o objetivo e demais informações sobre este trabalho, a fim de se oficializar a entrada da pesquisadora em campo e convidar os trabalhadores a participarem concedendo suas entrevistas.

Os participantes prestaram suas entrevistas em um período de tempo de aproximadamente dois meses, em dias e horários de trabalho, sendo o local de escolha variado, ora na unidade, que carecia de espaço físico, ora o consultório do médico ou do enfermeiro, ora o espaço externo que fica dentro da unidade e até

mesmo outros lugares como, por exemplo, um cantinho isolado cedido por um restaurante ao lado da unidade de saúde, antes de seu período de funcionamento.

Vale dizer ainda, que a coleta de dados foi iniciada em um período de transição, pois a equipe de NASF havia sido implantada há três meses e a antiga equipe de apoio em saúde mental estava em fase de questionamento de como seria a forma de trabalho juntamente com a unidade de saúde.

3.3 O Local a ser Mapeado

O município de São Paulo, de acordo com a Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (2008), apresenta atualmente uma população de 10.834.244 pessoas, distribuídas nas cinco Coordenadorias Regionais de Saúde (Norte, Suldoeste, leste, Sul e Centro-Oeste), sendo que cada uma delas possui sua Supervisão Técnica de Saúde, e esta por sua vez sua respectiva Rede Saúde.

Escolheu-se para este estudo, uma Unidade Básica de Saúde da Família¹⁸ – UBSF, localizada na Região da Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros, da Coordenadoria regional de Saúde Centro-Oeste do município. O número da população na região Lapa/Pinheiros é de 496.011 pessoas.

A escolha de tal unidade de saúde se justifica principalmente por ser a que há tempos vem tentando articular práticas de cuidado em saúde mental em seu cotidiano, através da participação de trabalho com uma equipe de apoio em saúde mental, pensada a partir daquele território, antes mesmo que existisse qualquer política pública visando este tipo de implementação.

Atualmente existem 28 unidades de Saúde da Secretaria Municipal para a Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros, das quais 6 são serviços específicos voltados para o atendimento em saúde mental e 13 são Unidades Básicas de Saúde.

¹⁸ Esta unidade de saúde se encontra na região que participa da Base Operacional do “Termo de Cooperação Técnica, Didática e Científica, entre a Secretária Municipal de Saúde, através do Conselho de Ensino, e a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para a formação do Programa de Integração Ensino-Serviço”

3.3.1 Caracterização do Território a ser Mapeado

A Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF possui a seguinte formação de recursos humanos:

- Um gerente
- Quatro equipes de saúde da família. Cada equipe é formada por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco ACS.
- Uma equipe de saúde bucal¹⁹, com três profissionais, sendo dois cirurgiões dentistas e um auxiliar de consultório dentário.
- Três auxiliares administrativos
- Um visitador sanitário

O horário de atendimento da unidade é de segunda a sexta feira, das 7:00 as 18:00 horas.

O total da população referenciada na unidade é de 19.033 paulistanos, sendo que deste valor 39,1% são usuários dependentes do SUS²⁰.

Segundo dados gerados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, o total de famílias cadastradas da unidade é de 3.536 e a totalidade de pessoas corresponde a 9.923.

A tabela abaixo apresenta o número de pessoas cadastradas por faixa etária e sexo, também segundo dados do SIAB, correspondente ao mês de maio de 2009.

¹⁹ Os trabalhadores da equipe de saúde bucal não participaram deste trabalho por dificuldades em realizar as entrevistas.

²⁰ Estes dados foram fornecidos em documento pela atual articuladora de saúde mental da região.

Tabela 01. Distribuição do número da população residente por grupos de idade, na área de abrangência da UBSF estudada.

Idade Sexo	<1	1 - 4	5 - 6	7 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 39	40 - 49	50 - 59	>60
Feminino *	26	159	87	149	225	261	2.013	808	789	1443
Masculino **	23	154	79	138	247	236	1.394	492	486	714

*Total de Homens: 3.963

**Total de mulheres: 5.960

A estrutura física da unidade corresponde a:

- Cinco consultórios
- Uma sala de reuniões e grupos
- Um consultório odontológico
- Uma sala de curativo e coleta de material
- Uma sala de medicação e inalação
- Uma sala de vacina
- Uma sala de expurgo
- Um almoxarifado
- Uma farmácia
- Três banheiros para pacientes
- Um corredor que serve de sala de espera
- Uma recepção
- Uma copa/cozinha
- Uma sala administrativa
- Uma área de serviço de limpeza

3.4 Participantes na Construção do Mapa

Os participantes foram selecionados aleatoriamente, conforme convite expresso verbalmente/pessoalmente por uma das autoras na própria unidade e por demanda espontânea, através de interesse, não havendo nenhuma forma de privilégios e/ou preconceitos.

O total de participantes do estudo foram 17 pessoas. Entre eles havia trabalhadores das equipes de apoio em saúde mental, trabalhadores do NASF e trabalhadores de três das quatro equipes de saúde da família²¹.

Os participantes possuíam tempo de vínculo empregatício diferentes, alguns sendo empregados da unidade desde sua implantação e dois participantes com seis meses na unidade.

A quantidade de trabalhadores de cada grupo que participou do estudo foi aleatória para cada equipe, baseado no fato de que a pesquisa qualitativa permite a inclusão de participantes até o momento em que ocorre a chamada “saturação dos dados”, sendo este considerado o momento em que existem dados suficientes para realização da análise (MINAYO, 2004).

3.5 Aspectos Éticos do Mapeamento

Inicialmente a Secretária Municipal de Saúde do Município foi contatada para autorização formal do estudo, mediante a submissão do projeto deste trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de São Paulo (Apêndice A).

Por sua vez, o gerente da unidade de saúde, onde foi realizada a coleta de dado, também foi contatado e assinou a Carta de Autorização (Apêndice B).

Foi garantido a todos o anonimato e o direito de não haver quaisquer sanções ou prejuízos pela não participação ou pela desistência em continuar participando em qualquer momento; bem como o direito de resposta às dúvidas; e a inexistência de qualquer ônus financeiro.

²¹ Não foram entrevistados nenhum trabalhador da quarta equipe de saúde da família, porque essa equipe havia sido implantada há apenas dois meses na unidade.

Uma vez obtido todos os consentimentos, inclusive dos participantes que concederam as entrevistas (Apêndice C), as visitas para a coleta de dados foram liberadas.

Vale ressaltar que todos os critérios estabelecidos frente à Resolução CNS 196/96, para realização de pesquisa com seres humanos foram respeitados.

3.6 O Pesquisador: um construtor de mapas

Este mapa, especificamente, foi composto a partir de seis “potenciais linhas”, que podem ser consideradas as categorias de análise criadas.

Para a leitura deste mapa não foi estabelecida uma ordem hierárquica, podendo o leitor se valer da leitura a partir de qualquer linha que lhe aprouver, pois assim como um rizoma qualquer ponto pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo (DELEUZE e GUATTARI, 1995). Assim, o leitor pode percorrer os espaços que julgar serem mais interessantes.

Vale ressaltar que as informações históricas dos relatos dos casos contados pelos participantes que responderam ao questionário, não correspondem a uma sequência linear de tempo. E embora os relatos não obedeçam a um sentido temporal, entende-se que essa “assimetria do tempo” revela o quanto a experiência mantém viva a prática e expressa que o significado e a marca das relações são tão importantes que extrapolam categorias fixadas como o tempo.

Escolheu-se por intitular as categorias de análises por “linhas”, a fim de que pudessem expressar a própria construção do mapa cartográfico, pois, as linhas compõem a cartografia.

A linha não preexiste. É preciso traçá-la. Traçar uma linha é voar, viajar, partir. Uma linha não tem começo nem fim, nem saída nem chegada, nem origem nem destino. Fugir é traçar uma cartografia, é pensar nas coisas, entre as coisas, é criar rizomas e não raízes.

A partir das palavras “linhas”, que iniciaram a construção das frases, foram utilizadas palavras que, mediante a compreensão das autoras, expressavam os temas que se apresentaram como Devir - acontecimentos que saltam para fora –

dos participantes e, portanto, que saltando de suas entrevistas foram representados por palavras significativamente importantes para a cartografia.

O então capítulo IV, reservado para os resultados e análises do trabalho, foi intitulado de “O Mapa com seus contornos, formas e conteúdos” e seguiu-se com suas linhas.

Linhas de Aberturas: experiências, milhares de movimentos. Primeiramente, possuindo um papel singular neste trabalho, encontra-se a descrição histórica da implantação da UBSF, bem como do início do trabalho entre as equipes de PSF e a equipe de apoio em saúde mental, que constituiu o estudo de caso. Daí, a intitulação de “linhas de abertura”, pois a partir dessa experiência milhares de movimentos foram possíveis. Sentiu-se a necessidade de descrevê-la, por ser entendida como um dado pertinente para a compreensão e acompanhamento deste processo de criação deste mapa, embora a história tenha possibilitado a criação de ocorrências que contribuíram para que as informações se conectassem com o ambiente presente. Porém, esta narrativa não trata de identificar determinantes que componham as atuais configurações da forma de cuidado em saúde mental, mas sim, de melhor compreender e registrar o percurso desta unidade, pois “este passado”, de tal forma, produz deslocamentos na contemporaneidade. Vale dizer ainda, que o conteúdo dessa narrativa foi descrito a partir da entrevista com a coordenadora do PSF, entre o período de 2001 a 2004 e a assessora de saúde mental da coordenadoria de Pinheiros, no período de 2002 a 2004.

Linhas de Ligações: espaços limitantes e a potência sutil. Neste momento aparece o ACS e sua função, bem como suas angústias, a limitação do trabalho, e sua potência capaz de alterar a forma de cuidado da saúde mental na atenção básica.

Linhas de Encontros: criação de mundos e resistência. Aqui cabe ressaltar a importância do território, da família e da construção de redes e o direcionamento das ações e pensamentos para a produção de vida das pessoas em sofrimento psíquico.

Linhas de Afetos: ritmos, conexões e produção de vínculos. Como forma imprescindível ao cuidado, esta linha nos apresenta o quanto é essencial no trabalho com a saúde mental o servidor criar um lugar de encontro, muitas vezes

sem lugar. Pensar o vínculo e repensar o “poder” que tem o trabalhador diante do sujeito que está em sofrimento psíquico e assim (“poder olhar” para ele), são características desta linha.

Linhas de Compartilhamentos: trocas, deslocamentos e co-responsabilidades. Caracterizando uma linha que se encontra em pleno momento de obtenção de muitos olhares, o apoio matricial em saúde mental é apresentado cheio de nuances e com diversas abordagens, na tentativa de torná-lo compreendido e praticável.

Linhas de transposições: construir e desconstruir continuamente. Esta linha revela o quanto a prática dos trabalhadores ainda é permeada por subjetividades congeladas e massificadas em produtos que só servem para estagnar, em contraposição a um cuidado compartilhado que exige complexidade nas ações.

Por fim, o capítulo V denominado de Linhas de extensão: últimos movimentos, foi assim intitulado, pois, pensou-se com este título oferecer um formado mais aberto de conclusão, onde assim como no rizoma, nada definitivamente está formado, fechado e sem possibilidade de abertura.

Muitas vezes durante o percurso deste mapa, a integralidade foi o conteúdo que realizou a junção entre uma linha e outra, perpassando de modo transversal a análise. Integralidade não só como princípio do SUS, mas também como campo teórico, que constrói novas alternativas, ou seja, usar da integralidade na tentativa de ser integral.

IV. O MAPA COM SEUS CONTORNOS, FORMAS E CONTEÚDOS

4.1. Linhas de Aberturas: experiências, milhares de movimentos

"Há uma coisa que é essencial a uma grande experiência: Uma natureza experimentadora " (Walter Bagehot).

A inclusão do cuidado em saúde mental para esta unidade de saúde da família foi parte de um projeto/desejo. Projeto enquanto parte de um desenho de trabalho proposto a partir de um coordenador de serviço público e desejo enquanto ato concretizado pela vontade daqueles que acreditavam na atenção básica como potência para o cuidado em saúde mental. Desejo este, que visava construir com os profissionais do PSF e da saúde mental um cuidado integral às pessoas que apresentavam intenso sofrimento psíquico, em que a vida fosse potencialmente pensada no lugar onde acontece – território, pois é a partir deste lugar, que podemos realizar nossos encontros.

Naqueles dias²²...

Tendo trabalhado no projeto Qualis II, da Zona Norte do município de São Paulo, a assessora do PSF da época, que coordenava a implantação do programa saúde da família na região de Pinheiros²³, mais especificamente sendo quem acompanhou a inauguração da unidade básica de saúde da família em outubro de

²² O histórico que será descrito a seguir, percorre a linha do tempo entre o ano de 2001 quando se iniciou o projeto da UBSF, conjuntamente com a equipe de apoio em saúde mental, até final de 2004, quando as precursoras deste projeto saem dos cargos administrativos. Porém, os trabalhadores continuaram a sustentar o trabalho com a equipe de apoio em saúde mental até a entrada do NASF em 2009, quando iniciaram outra discussão acerca se continuariam ou não agora conjuntamente com o NASF. Resposta esta, que não será apresentada neste trabalho, por ainda não ter sido definida até o término da escrita. As citações das falas que se seguirão intituladas por *coordenadora do PSF*, correspondem à coordenadora do PSF da época, conforme explicitado na metodologia. Em todo este relato será usado o termo PSF, conforme utilizados pelas entrevistadas.

²³ Nesta época a região de Pinheiros não havia sido ainda unificada com a Lapa, conforme é na atual política de governo do município.

2001 e onde trabalhou por três anos, trazia em seu cabedal profissional a experiência de uma proposta diferente de pensar o cuidado em saúde mental.

“Foi no projeto Qualis que eu conheci o que era PSF. E a proposta lá era essa: iríamos cuidar das famílias, ou seja, ter um sintoma mental, não significava cuidar do paciente, mas sim cuidar da família”. (coordenadora do PSF)

Inicialmente, o trabalho com o Qualis era organizado da seguinte forma: 1) as pessoas eram atendidas em seu contexto de vida, por isso o local de cuidado era realizado no próprio domicílio daquela família, não havia consultórios; 2) não havia a cisão de que sofrimento psíquico era para a mental²⁴ atender, não havia encaminhamentos para a mental; 3) a mental fazia uma reunião mensal com cada equipe de PSF; 4) cada dupla da mental que era composta a partir de uma combinação entre dois profissionais que cuidavam de cada equipe de PSF.

Na reunião mensal se discutiam os casos das pessoas que apresentavam algum tipo de sofrimento psíquico, mas essa discussão não objetivava tornar os trabalhadores “detentores do saber”. Os casos eram discutidos a fim de que as equipes pudessem pensar o que poderia ser realizado para determinada família, não havendo respostas prontas. Por exemplo: o que o ACS poderia fazer naquele caso? Qual o caminho a ser traçado? Uma consulta médica ajudaria? Ou um dentista? Para a realização de uma visita domiciliária, quem iria? A reunião servia para ali se pensar em um *“projeto de cuidados, plano de cuidados, que visava à criação de autonomia das pessoas”*²⁵.

Os trabalhadores, por sua vez, na sua grande maioria, assumiam seu papel/valor como participantes da equipe, como cuidadores da situação, o que claramente fazia toda a diferença para a coordenadora que estava à frente deste projeto, conforme a expressão:

²⁴ Termo proferido pela entrevistada e que é comumente utilizado para se referir à equipe de saúde mental, ou à própria área da saúde mental.

²⁵ Palavras da entrevistada, que foram acrescidas da seguinte exclamação: *Na enfermagem tem isso, né? Plano de cuidado! Então você me entende bem!*

“Acho que na questão da mental não é a coisa do “tira o cara e trata”, pois, o resto continua a mesma desgraça, sofrendo tanto quanto. Havia o cuidado daquela situação de sofrimento como um todo. A equipe estava junta. Foi um sucesso eu acho.” (coordenadora do PSF)

Havia uma “regra” para toda a equipe, no que se referia a prioridades no atendimento. Tratavam as pessoas que eram denominadas “graves”. Entendiam que as pessoas que não eram denominadas assim, eram aquelas que “fluíam” no atendimento da unidade e aderiam à proposta de cuidado em termos gerais; os graves não, eles necessitavam de um cuidado intensivo.

“E o PSF nessa inversão de lógica, não espera que a pessoa chegue, a gente acha!” (coordenadora do PSF)

Houve muitos casos. Um deles era de um garoto de 21 anos (na época), que estava sem sair de casa há três ou quatro anos. Ele ficava fechado no quarto, mas não trancado. Para a equipe ele não era um “psicótico”, e de tanto ficar sem se locomover as pernas já tinham atrofiado. Em uma discussão, foi proposta a idéia de inicialmente trabalhar com ele a parte motora e para tanto, pensaram em uma bicicleta ergométrica. A partir dessa intervenção entre outras, ele começou a sair para andar na rua... Conversar na rua... Que no começo era caracterizado no atravessar a porta do quarto, depois subir a escada...

“Aí, você vai inventado coisas, criando maneiras... Tipo: sair da casa do paciente para conversar na rua... Muitos pacientes a gente atendia andando. Foi um trabalho bárbaro! Muito penoso, muito pesado, mas muito, muito bom! (coordenadora do PSF)

Por sua vez, o trabalho com esta unidade se iniciou a partir da proposta de expandir o PSF em São Paulo, e pensou-se que a região de Pinheiros era uma região que se beneficiaria com a implantação de uma unidade de saúde da família com três equipes de PSF, pois no local havia duas favelas importantes e muitos

cortiços, entre outros locais considerados vulneráveis, áreas de risco e que deveriam ser contemplados pela política do PSF.

“[...] nem foi muito como a gente imaginava. Mas a população em geral veio, e isso foi legal, era gente rica, gente pobre, gente mais ou menos, de tudo a gente tinha lá”. (coordenadora do PSF)

Logo de início, foi identificado, através da coordenadora do PSF, que nesta unidade havia questões de saúde mental presentes e que os serviços estabelecidos como estavam não respondiam às necessidades das pessoas que se utilizavam do novo serviço de saúde. Os agentes comunitários de saúde identificavam nos atendimentos domiciliares questões de sofrimento, de conflitos familiares, violência ao idoso, à criança, enfim demandas de várias ordens e que quando se realizava o encaminhamento para o serviço especializado, o atendimento não era garantia.

“Lógica esta, que sempre foi a lógica das unidades básicas de saúde, identificar e encaminhar.” (coordenadora do PSF)

Deste modo, o método de trabalho nesta nova unidade de PSF foi pensado, a partir do treinamento dos agentes comunitários de saúde, que foram os primeiros funcionários a serem contratados.

“[...] Tem uma coisa que eu sempre prezei, que a meu ver isso é ser PSF: ter agentes comunitários de saúde fortes, avante! (coordenadora do PSF)

Os agentes de saúde ficaram por três meses trabalhando sem o restante da equipe, realizando reuniões de duas horas, três vezes por semana a cada final de tarde. As conversas eram permeadas pelas experiências que eles tinham durante o cadastramento das famílias e depois que todo mundo contava o que queira, era eleito um fato do dia para a discussão, o que na verdade era uma “discussão de entrada”: como entrar na casa de alguém? Como se apresentar a outras pessoas?

Qual a importância do primeiro contato com a família? Qual a proposta do PSF? Por que usar o uniforme? Entre outras questões.

Treinamento este que aconteceu em um formato pensado a partir da simplicidade de acesso destes trabalhadores às questões relativas à saúde, principalmente a saúde mental. Fomentava-se um trabalho mais horizontal, imbuindo as pessoas de seus saberes que são múltiplos, o que claramente não diminuía a complexidade da práxis do dia a dia, mas torna a prática mais eficiente.

“A construção do treinamento acontecia da seguinte forma: chegou à casa da Dona Joaquina e a encontraram chorando? O que é possível fazer em um momento como este? [...] Tinha uma pessoa que pediu tal remédio e o agente comunitário de saúde questionava: o que eu faço com isso? Não sei o que quer dizer? E a resposta era: hoje você não sabe, mas você vai saber... Existem outros conhecimentos que você vai saber. Mas, o que importa agora é o que você disse para ela...” (coordenadora do PSF)

E quando chegaram os outros membros da equipe (enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem) eram os agentes comunitários de saúde que tinham a “voz”, eram eles que contavam os casos, eles falavam para “os universitários” quem eram as pessoas que iriam ser cuidadas. Assim, os agentes comunitários ocupavam um “lugar de poder, de saber”.

“Em todo tempo, eu tinha em vista uma coisa: discutir com os agentes o lugar que eles ocupavam e dar voz a este grupo de fato. O agente comunitário tem poder e na periferia ele tem mais. Se o grupo o escuta e o reconhece, ele tem mais poder e pode muito mais se ele não é só um ajudante de médico. Tem um discurso que eu sei que rola hoje, que é: Ah! Eles são os mais frágeis. Ah! Eles têm que lidar com coisas tão difíceis. Eu acho que é até o contrario. Eles se expõem para as coisas difíceis, é fato, mas eles têm é que ter retaguarda, pois você só ouve se alguém te ouve, te ouve e te ouve... O agente comunitário de saúde só vai ouvir se alguém o ouvir, se alguém ouvir a equipe, a unidade. Eu posso suportar deste que eu tenha alguém com quem repartir. E isso a gente fazia bem.” (coordenadora do PSF)

Além das reuniões com os agentes comunitários de saúde, era realizada uma reunião mensal com todos os trabalhadores da unidade. E havia ainda, uma reunião diária com o gerente da unidade.

“A gente conhecia intimamente todo mundo. Todo mundo se conhecia muito bem, para o bem e para o mal. Houve várias confusões de relacionamento, o inevitável, mas a gente sempre estava junto, então as coisas caminhavam.”
(coordenadora do PSF)

Neste contexto, após as equipes terem recebido os outros profissionais que faltavam, a coordenadora do PSF propôs uma novidade, a partir do que anteriormente havia sido observado no território desta unidade: a necessidade do cuidado em saúde mental.

A novidade era a possibilidade de ser criada uma parceria com os profissionais de saúde mental que o território possuía, a fim de que pudessem auxiliar no cotidiano de cuidados com as pessoas em sofrimento psíquico, ao invés de só realizar encaminhamentos para os equipamentos especializados: era o nascimento da equipe de apoio em saúde mental.

*“Proposta esta que veio ao encontro da questão já então discutida que era o cuidado extra-muros, ou seja, que o serviço não tem que necessariamente esperar a pessoa vir. Eles têm a possibilidade, desde que organizem seus processos de trabalho de **poder sair deste lugar fechado**, para realizar atendimentos de uma forma diferente, uma clínica ampliada”. (coordenadora do PSF)*

O desafio estava posto e era claro: como possibilitar que serviços que eram tão isolados comesçassem a conversar e pensar na saúde mental do território?

A questão aqui, não era a falta de profissionais nos serviços deles, mas sim, a ausência dos mesmos se relacionar a uma finalidade maior, que era o cuidado em saúde mental.

“[...] Então, a gente queria ter e tinha um monte de profissionais. Mas como a gente faria acontecer? Bom, a gente “ajunta!” Cada um vai fazer a sua parte. Cada serviço empresta dois profissionais para ajudar essas equipes do PSF a trabalhar a questão da mental.” (coordenadora do PSF)

Como resultado a esta idéia, houve retornos dos mais variados. Um serviço de saúde levantou a hipótese da falta que teria esse profissional nas horas em que estaria ausente, afinal alguém teria que “dar conta” de suas atividades. Para este grupo de profissionais, foi necessário refletir junto que eles não estariam perdendo horas de atividade e sim ganhando, pois ao invés de esse paciente se deslocar até o serviço, o serviço estaria cuidando dele em seu lugar de vida, onde as potências de saúde são ativadas/re-configuradas. Outro serviço dizia da necessidade de se realizar o atendimento em um consultório, que o “setting” era muito importante. Outro ainda argumentava o quanto poderia ser mantida a lógica do encaminhamento, uma vez que esta era a lógica realizada até o momento.

Desta forma, a partir de muitas discussões e explicações, *“um pouco a contra gosto e um tanto com muito gosto”*, uma a uma, foram sendo “cedidas” duplas de profissionais da saúde mental de cada um dos três serviços do território, para compor a equipe de apoio.

Assim, a equipe de saúde mental foi constituída de seis profissionais, sendo quatro psicólogos, um terapeuta ocupacional e um psiquiatra, que dividiram-se em duplas de referência para cada uma das três equipes do PSF. Por fim, cada profissional da equipe de apoio estava presente na unidade do PSF 20 horas por mês.

A inserção desta equipe de apoio em saúde mental, no trabalho das equipes do PSF, foi sendo realizada, após terem minimamente se fortalecido como equipe, o que foi outro desafio. Neste momento, alguns casos eram utilizados para fomentar discussões acerca de como iniciar esta prática que era tão nova para todos.

“Então, nós capacitamos os profissionais da mental para fazer isso e eles começaram a fazer.” (coordenadora do PSF)

As atividades realizadas entre as equipes de PSF e as duplas de apoio em saúde mental eram basicamente visitas domiciliares com o agente comunitário de saúde e quem mais estivesse implicado em acompanhar. Aconteciam ainda, reuniões com a coordenadora do PSF e a assessora de saúde mental, com as duplas de apoio para discutir como estava sendo realizada a novidade deste trabalho.

Os profissionais que compunham a equipe de apoio, não só atendiam conjuntamente, trocando experiência com outros profissionais, como também desenvolviam sensibilidade para uma escuta mais apurada, para um olhar diferenciado, identificando o sofrimento que não era explícito ou visível e assim podiam cuidar de uma forma mais integral.

*“O diferencial do PSF é a equipe sempre construir um trabalho junto, não hierarquizando e fazendo a manutenção do poder médico. Os agentes comunitários de saúde tinham muita voz e se sentiam com muita legitimidade para poder contar o que eles viam no cotidiano das visitas deles. E aí, os casos vinham recheados dos preconceitos, de tomar partidos que advêm do senso comum e neste momento até mesmo através das reflexões morais, de paradigmas, da dicotomia do bem e do mal e de pensar uma relação mais dinâmica, de que as coisas se davam não só por um, mas por todos, **íamos construindo com eles outra possibilidade de olhar para as relações**. Eles ficavam encantados de participar e poder olhar para estas pessoas e famílias de uma forma mais completa. E aí nos íamos pensando em projetos mais concretos mesmo.”*
(coordenadora do PSF)

Uma dificuldade encontrada era com relação ao retorno da discussão do caso falado na reunião passada. Mas, por outro lado, havia um aspecto muito positivo, que era o das equipes tomarem para si a responsabilidade do cuidado, pois a equipe de mental não era acionada o tempo todo.

“Éramos diferenciados na dinâmica do trabalho, pois em uma unidade tradicional, quando chega uma pessoa com sofrimento psíquico independente de ser ou não usuário da saúde mental o encaminhamento é direto, interno e sem

compartilhamento para a saúde mental. Saúde Mental? Ah, tá, não é de nossa responsabilidade. Se a pessoa está chorando, descompensada, triste, ouvindo vozes é para o psiquiatra e para o psicólogo atender. Mas nesta unidade, eles foram cada vez mais se conscientizando de que eles tinham sim o que oferecer para estas pessoas.” (coordenadora do PSF)

Assim seguiram-se os dias, meses e anos. Casos e mais casos de pessoas em sofrimento psíquico foram sendo atendidos.

“Uma moça depressiva havia tentado suicídio veladamente. A dupla de apoio daquela equipe começou a cuidar do caso e a se envolver, mas em um momento, essa moça se mudou, saindo então da área de abrangência do serviço. A profissional deixou claro que ela poderia continuar indo à unidade, que iria receber atendimento, só que as visitas domiciliares ficariam bem mais difíceis. O que aconteceu? Ela nunca mais voltou. Aí eles começaram a entender a importância do território. Nós conseguíamos cuidar, porque íamos até eles. Nós trabalhadores que temos a demanda. Essa discussão sempre aparecia. Os pacientes não pediram para irmos lá, mas eles demandam. Não é uma situação simples. Você não o tem na mão, como é no consultório, você tem que ser educado, tomar os cafezinhos, tem a maneira como eu me sento, como é que saio daquele lugar... Nessa lógica, o profissional não está no controle. Eles podem entrar e sair, bater a porta e ir embora. É outra dinâmica, família... Foi suado...” (coordenadora do PSF)

E desta forma, entre muitas tentativas de ações de cuidado efetivadas e frustradas, que essa unidade foi se construindo conforme experienciava sua relação cotidiana de pensar e produzir o cuidar em saúde mental, por meio desta e de tantas outras formas não contidas nessa pequena descrição histórica.

4.2 Linhas de Ligações: espaços limitantes e potência sutil

“O sujeito sonhador, não quer unicamente rimar com dor, mas com esplendor.” (Mauricio Roberto da Silva)

O agente comunitário de saúde é posto em cena a partir da prática da equipe de apoio em saúde mental. Ou seja, os agentes comunitários de saúde foram lembrados pelos trabalhadores, que com suas falas participaram da confecção deste mapa, aparecendo como o principal ator a receber atenção da equipe de apoio em saúde mental e ganhando destaque nesse momento.

Na trajetória dessa unidade da saúde da família, o agente comunitário de saúde tem possibilitado abertura em seu processo de trabalho, para o atendimento de saúde mental, mesmo com todas as dificuldades, como por exemplo, a de não ser profissional da área da saúde.

“Então, depois do meu primeiro caso de saúde mental, minha abertura já mudou um pouquinho... Lembrando que o agente comunitário não é da área da saúde.”
Participante 5

Desta forma, embora não seja profissional da área da saúde, no ano de 2002, com a promulgação da lei nº 10.507, regulamentando a profissão de agente comunitário de saúde, foi lembrada a valorização da singularidade desse profissional, que deve ser entendida como a de um trabalhador no campo de interface intersetorial da saúde, assistência social, educação e meio ambiente.

Afirmção esta, que torna o agente comunitário de saúde, trabalhador por excelência de atividades complexas, dos quais até os profissionais de saúde propriamente dito, encontram dificuldades de manejar. Com isso, não se pretende dizer que o agente comunitário de saúde é incapaz ou inferior aos outros trabalhadores da saúde, deseja-se apenas focar olhares que possibilitem refletir acerca da carga proposta/imposta a ele, fazendo-se necessária a constante atenção e apoio de outros trabalhadores.

No ano de 2003, a partir da Portaria nº 1.886/1997, que aprovou as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário e do Programa de Saúde da Família, a Secretaria de gestão do Trabalho e da educação na Saúde identificou cinco competências que estruturam o trabalho do agente comunitário de saúde, sendo elas: 1) desenvolver ações que facilitem a integração entre as equipes de saúde e a população; 2) participar do desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação em equipe; 3) desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, do estímulo à participação social e do trabalho intersetorial; 4) desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco sanitário para a população, conforme plano de ação das equipes de saúde e por fim, 5) desenvolver ações de prevenção e monitoramento, definidas no plano de ação das equipes de saúde, dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes conforme protocolos de saúde pública.

Mas de fato, podemos pensar: na prática é assim que acontece o trabalho do agente comunitário de saúde? Qual a porcentagem real dessas competências realizadas no cotidiano? Como se articula o peso dessa competência esperada com o apoio necessário que lhes é oferecido?

De outro modo, podemos também olhar tais competências que são necessárias para se atuar no campo de interface intersetorial, como atuações que de certa forma perpassam pela capacidade que o próprio agente comunitário de saúde tem por pertencer à comunidade, ao território, tirando dali recursos para a essa prática, bem como a possibilidade de estar constantemente realizando uma crítica cotidiana deste trabalho, tornando mais possível a contemplação de eixos dessa portaria.

De qualquer forma, “não se pode colocar nas costas do agente comunitário de saúde o árduo e complexo papel de ser a mola propulsora da consolidação do SUS”, que depende de um conjunto de fatores - técnicos, políticos, social – bem como o envolvimento de diferentes atores, incluindo os próprios agentes comunitários de saúde que, sem dúvida, têm um papel fundamental (TOMAZ, 2002).

O agente comunitário de saúde, por sua vez, reconhece a ajuda recebida e valoriza os momentos em que está acompanhado de outro profissional e se reconhece como parte integrante desse trabalho.

“Uma facilidade foi ter a ajuda do posto. A médica de imediato se prontificou e a gente fez uma visita domiciliar também com a enfermeira [...] Conto com a ajuda da médica e da enfermeira. [...] Para tudo que eu preciso tenho conseguido ajuda. [...] Eu fui fazer visita com a psicóloga do NASF, com a assistente social também e agora chamamos uma vizinha para ser “entrevistada”, pois conhece a Dona L. há anos. Nós fizemos um trabalho bem interessante”. Participante 3

“Teve um caso daqui bem complicado, que o paciente ia ser despejado da casa. A agente de saúde falou com o NASF e eles conjuntamente conseguiram achar soluções para o caso. As palavras usadas foram: eu não me senti desamparada diante da ação naquele caso [...] Isso é bacana, quando a gente consegue mostrar para o agente comunitário de saúde que a ação dele está diretamente ligada ao acompanhamento, ao tratamento desse paciente e que ele vai ter recursos de outros profissionais para pensar junto.” Participante 10

Assim, não se sentir sozinho no processo de trabalho faz diferença e possibilita se sentir parte do cuidado oferecido, o que demonstra que o agente comunitário de saúde consegue se apropriar da sua função, uma vez que recebe apoio para isso.

E esta relação entre o agente comunitário de saúde com outros trabalhadores, quando realizada em “parceria singular” é como “uma arma fundamental para fazer funcionar esta máquina de produzir saúde e tecer fio a fio redes microsociais de alto poder terapêutico” conforme nos lembra Lancetti (2008).

Nas falas que se seguem, é relatado que o papel que o agente comunitário de saúde recebe o põe muitas vezes no lugar de elo, sendo ele a interlocução, a ponte entre o usuário e a saúde.

“Tem que partir do agente comunitário de saúde, porque é o elo, né? O agente vê muito o paciente, sabe o que acontece e tem que dar o encaminhamento e ficar no pé! Eu me sinto bem à vontade, agora tem que lutar, porque nada cai do céu!” Participante 3

“Aí, uma dos agentes sabia que ele saia todos os dias e comia lanche em um bar ali perto e através desse cara do bar conseguimos conversar um pouco com ele”. Participante 7

O próprio Ministério da Saúde (1994) inclui no elenco de ações propostas para o agente comunitário de saúde fortalecer a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde.

Contudo, é importante lembrar que não existe elo que realize sua função se não pertencer à corrente e pertencer aqui quer dizer interagir, pois unifica o lado comunitário do agente de saúde por compartilhar dos contextos sociais do território e o lado profissional por compartilhar com a equipe ações de cuidado. (COLOMÉ, LIMA e DAVIS, 2008).

Ainda refletindo neste contexto, não seria também o agente comunitário de saúde uma forma de garantir a participação popular na saúde? Pois com sua vinda direta da comunidade e sem conhecimentos previamente estabelecidos na área da saúde, não poderia ele garantir pela sua presença um cuidado digno em saúde, representando a população para quem ele mesmo realiza cuidados?

Outro ponto de análise com relação ao agente comunitário de saúde foi com relação à necessidade que ele apresenta de também se sentir cuidado, muitas vezes até se utilizando da própria equipe de apoio em saúde mental para tal, diferentemente de outros profissionais que só veem o apoio da equipe de saúde mental enquanto suporte técnico de trabalho.

“Eu já tive depressão devido à carga pesada que a gente recebe no trabalho. E para mim foi muito claro, até porque eu tive uma perda na família e tudo aquilo somou e eu cheguei para a doutora e falei: “Oh, eu ando muito triste”. Aí a gente conversou e eu entrei com medicação durante seis meses [...] Eu espero que eles tenham um olhar não só para a população, mas para os funcionários também. Muitas vezes, eu acho que eles têm que olhar e perguntar: podemos

conversar? Você quer ajuda? Se mostrando amigo. Às vezes as pessoas percebem alguma coisa, mas às vezes se espera o surto chegar. Que tenha então uma atenção também para todos os funcionários, porque a carga é pesada!”
Participante 5

Com vistas a este relato, podemos pensar: se a ponte, tal como é considerado o agente comunitário de saúde se rompe, como ficam os pedestres que dela se utilizam? Se não há cuidado para ele que é membro da comunidade, como é possível pensar o cuidado para seu vizinho? E aqui não entra pesos e medidas do que sejam os casos graves, aqui falamos do quanto a atenção a este profissional não pode ser negligenciada por parte de outros trabalhadores.

Nas relações de trabalho, como em qualquer outra relação existem as tensões. O agente comunitário de saúde é um ser em relação, ferindo-se, magoando-se e sofrendo, mas diferentemente dos outros trabalhadores, não sente necessidade de se esconder, não temendo demonstrar sua fragilidade. Fragilidade esta, que os técnicos, por possuírem “certo conhecimento científico” preferem ocultar, mesmo desenvolvendo seu trabalho com dificuldade/sofrimento.

Martines e Chaves (2007) acreditam que uma das maiores causas de sofrimento no cotidiano do trabalho dos agentes comunitários de saúde é a distância sentida que existe entre o que se espera como sendo suas competências e a realidade do que conseguem realizar. Afirmação esta, que inevitavelmente nos leva a verificar que, no decorrer de suas ações de cuidados, e aqui em especial em saúde mental, os agentes comunitários foram se sentindo muitas vezes excluídos desse processo.

“[...] Ao longo do tempo os agentes que antes eram “hiper investidos”, logo na fundação do posto, achavam que iam revolucionar o mundo com o trabalho de agentes de saúde. Com o tempo, eles não foram recebendo mais investimentos e foram perdendo o ideal pelo trabalho...” Participante 9

“Não sou eu que vou dizer se tá ruim ou tá bom”. Participante 6

“[...] Fez questão de frisar ao final da entrevista que a forma como o agente comunitário de saúde era tratado antigamente, o motivava no trabalho, pois era

visto como peça fundamental de vínculo com a família e uma vez desvalorizado, cobrado a simplesmente trazer até a unidade informações, a motivação acaba...”
(Diário de Campo 04/06/2009)

Deste modo, continuando a pensar na figura da ponte para ilustrar o trabalho do agente comunitário de saúde, pode-se pensar: se a ponte julgar que os lados aos quais ela liga são mais importantes que ela própria, as belezas nunca poderão ser vistas ou experienciadas por quem a atravessa. A ponte faz parte da paisagem.

O próprio Ministério da Saúde (2006a) afirma que:

“O trabalho não é neutro em relação ao que provoca nos sujeitos. Assim como nos serviços de saúde, o trabalho é potencialmente produtor de sentido, quando é inventivo e participativo; ele pode ser também produtor de sofrimento e desgaste, quando é burocratizado, fragmentado e centralizado.”

E de certo modo, a burocratização, fragmentação e centralização do trabalho foram criando esta barreira, a ponto de o agente comunitário de saúde não se sentir mais parte, sendo esquecido e engolido pela lógica de trabalho. Campos (2005) fala que “um dos grandes problemas da lógica dominante é o esquecimento das pessoas”.

E tal tem sido a crescente burocratização, que as falas a seguir, repletas deste teor, deixam claras que existe um conflito entre a diretriz de atendimento proposta para a saúde da família, com a lógica do modelo de atenção vigente que ainda não ultrapassou paradigmas antigos.

“Fora isso, tem a crescente burocratização do trabalho. O que impede que eles exerçam, por exemplo, uma visita domiciliária, que antes tinha a função muito valorizada de estabelecer o vínculo, criar o contato. Ir à casa para ver o que acontece e não só para criar alguns indicadores previamente estabelecidos. E com o tempo acho que isso foi se perdendo. Com isso, as avaliações dos projetos de intervenções que a gente faz – a gente trabalha discutindo caso com a equipe e estabelecendo um projeto de intervenções para aquele caso – não iam muito para a frente, porque se o projeto dependia, por exemplo de na ausência da gente

o agente comunitário de saúde acompanhar isso ou aquilo que estava acontecendo com aquela família, ia muita coisa morrendo na praia. A continuidade dos projetos foi ficando muito “truncada”. Participante 9

“Só que depois, por eu estar com muitas famílias, eu não pude continuar a dar tanta atenção.” Participante 3

“[...] Desabafou que não conseguiu realizar as 15 visitas domiciliares de ontem à tarde e que estava preocupada em dar conta da produção que lhe é imposta.” (Diário de Campo 14/05/2009)

“Eu participei desse grupo de escuta desde o início dele, mas como eu estava com um problema de muita atividade fora do meu trabalho diário (sorri) então eu passei para outra agente, mas eu sinto falta porque era um momento gostoso para conhecer as pessoas melhor.” Participante 6

“A agente comunitária de saúde que se dispôs a participar da pesquisa, chegando atrasada, relatou que não poderia conceder a entrevista, pois estava com grande número de trabalho e se desculpou. Ela se apresentava bastante agitada, cheia de prontuários na mão que quase não conseguia segurar, de tão pesados que pareciam estar. (Diário de Campo 23/04/2009)

Desta forma, é possível pensar que o processo de trabalho burocratizante mina a potência do trabalho criativo e prazeroso. O agente comunitário de saúde, que podemos denominar neste momento de “chave mestra” - fazendo uma alusão à figura que abre muitas portas, acaba por realizar de forma massificada um trabalho de mero “entrevistador do IBGE”, que está para o preenchimento de perguntas correspondentes a um senso, ou um mensageiro que leva e traz informações.

A produção de trabalho massificada da contemporaneidade afetou nossos serviços de saúde, nos fazendo questionar se o primordial no trabalho está na realização de ações amplas de saúde ou em certas quantidades numéricas de atendimentos. Valores estes, que estão vinculados a contemporaneidade do período pós-moderno, quando a finalidade do trabalho passa a ser baseada no

capitalismo desenfreado, atrelado a palavras de ordem como: competição, sucesso e competência individual.

Acreditamos que o grande entrave neste caso, é a produção baseada em um modelo de atenção positivista, no qual o que importa, dentro dessa lógica, não é a complexidade do caso, a gravidade, as ações permeadas de produção subjetiva, mas sim, as ações de cuidado que podem ser quantificadas em produção.

Consideramos que as produções de trabalho devem ser mensuradas através de um modo que consiga integrar e abarcar a complexidade dos sujeitos. E conseguir promover este deslocamento da ação quantitativa de procedimentos é de certa forma, legitimar a função do agente comunitário de saúde, que está também para as ações subjetivas de cuidado, como por exemplo, aceitar tomar um café em uma visita domiciliar, em que a família possui uma dinâmica complicada e que se estende por três horas do período de trabalho. Legitimar esse cuidado é legitimar também o agente comunitário de saúde e consequentemente a política do PSF.

Não podemos esquecer também que o objetivo do PSF é substituir o modelo tradicional hospitalocêntrico, revertendo o modelo de assistência que é predominantemente biomédico, ou seja, centrado na doença e no tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994), com ações meramente voltadas à vigilância à Saúde que inclui: a vigilância e controle das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, a vigilância da situação de saúde, a vigilância ambiental em saúde, a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária (WALDMAN, 2009), que se centralizam no saber e na ação médica, não são mais entendidas como suficiente para dar conta das ações de saúde no PSF.

Franco e Merhy (1996) relatam que uma vez que o PSF dá conta de perceber que seu problema perpassa o modelo assistencial ao qual seu processo de trabalho está enraizado, porém não consegue decifrá-lo no cotidiano; assim como acontece com a imagem da esfinge, ele “é engolido pela feroz dinâmica do trabalho médico-centrado”, e acaba operando centralmente na produção de procedimentos.

Contudo, a política do PSF acaba mesmo por se caracterizar como uma política na qual seus trabalhadores têm que “dar conta” a uma grande, para não dizer imensa parte dos problemas de saúde dos sujeitos, vide o exemplo da

vigilância em saúde. E muitas vezes, o processo de trabalho do agente comunitário de saúde se caracteriza na compilação pelas atividades que tendem a corresponder a esta forma de cuidado.

Pensemos um pouco no preenchimento da Ficha A – preenchida para cadastro do paciente no PSF para controle do Ministério da Saúde – qual sua utilidade senão alimentar uma produtividade que deve constar no SIAB. Os dados fornecidos ao SIAB têm de fato relação com a particularidade do território, produzindo mais possibilidades de saúde? Ou seja, estes dados numéricos geram de fato movimentos que conspiram em favor da vida no território, ou estão ali somente para responder às necessidades da teoria de vigilância em saúde?

E aqui vale ressaltar que estamos nos referindo à vigilância em saúde que na maior parte das vezes é utilizada com uma visão reducionista, não possibilitando real mudança na vida dos sujeitos, que são alvos das práticas de cuidado em saúde.

Na realidade, o modelo de atenção que conversa com o PSF está longe de ser o da integralidade, promoção da saúde e escuta ao sujeito em sofrimento psíquico. Um exemplo é o trecho do diário de campo, abaixo descrito:

“A porta se abria constantemente. Saia uma pessoa e entrava outra. A própria médica era quem os chamava. Quando abordada com relação a sua possível participação na pesquisa, relatou que o dia estava bem corrido, mas que era possível sim conceder a entrevista, já que os outros dias eram piores. Ela exclamou: até agora – 11:00 horas, já atendi 14 pessoas e tenho o dia todo cheio pois a agenda é grande! Rapidamente fiz algumas contas. Em quatro horas de trabalho 14 pessoas foram atendidas em consultas que duravam em média 17 minutos... Ao final da entrevista, relatou ainda com ar de preocupação, não conseguir atender dignamente um paciente de saúde mental, pois com a rapidez da consulta a escuta não era contemplada... Mas, a escuta não é necessária em toda e qualquer consulta? E saio do consultório a pensar...” (Diário de Campo 12/05/2009)

Dado este, que corrobora, com a fala a seguir, o quanto o agente comunitário de saúde se sente incapaz de realizar atos de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico e espera que a equipe de saúde mental o faça.

“O atendimento aqui eu achei que foi péssimo mesmo. Deviam ter pelo menos atendido a moça individualmente uma vez ou duas até dar uma melhorada e depois talvez ela fosse ao grupo. A equipe de apoio não fez nada. Eu fiquei bastante chateado.” Participante 2

Esta fala, claramente nos diz que a interação entre o agente comunitário de saúde com os outros trabalhadores, por vezes não acontece como esperado, pois o mesmo não sente o que poderíamos denominar agora de “liberdade” para realizar o cuidado. Liberdade nos dois sentidos. Primeiro sentir-se apto, capacitado, com o mínimo de conhecimento acerca da problemática que afeta o sujeito que está sob seu cuidado, para ter iniciativa de realizar uma escuta sem ter que necessariamente estar acompanhado de outro trabalhador, sabendo que num próximo momento se preciso for não estará sozinho fisicamente. E no segundo sentido, sentir-se de fato apoiado, amparado, para que perceba que realmente é capaz de realizar práticas de cuidado e poder trocar saberes com quem o apoia, pois o agente comunitário de saúde com seu saber acerca da vida e do território, deve promover deslocamentos, trocas de saberes e, portanto, liberdade.

Podemos pensar também o quanto em casos como este, os outros trabalhadores da equipe de saúde da família têm dificuldade em realizar até mesmo a primeira escuta que não necessita ser feita por um especialista da equipe de apoio em saúde mental.

Todavia, o interessante é que, mesmo em meio às dificuldades surgiu, com os relatos, a afirmação de que o trabalho realizado em prol do cuidado da pessoa com sofrimento psíquico treina o olhar do agente comunitário de saúde, tornando-o mais apurado para as questões que ocorrem no seu dia a dia, podendo até mesmo identificar melhor fatos que antes não eram percebidos. Mas, ao mesmo tempo em que esse treino do olhar beneficia o próprio profissional em sua vida, favorece também a própria população, pois o torna mais sensível a olhar o outro. O que de alguma forma, desperta também o desejo de continuamente aprender.

“Eu tive experiências na minha vida com gente depressiva, o meu marido. Mas na época, eu não fazia idéia do que era. Foi coisa assim de mais de 20 anos atrás e, de repente, eu comecei a lembrar do meu pai. Quando eu era criança, teve um período que ninguém sabia o que ele tinha. A minha mãe dizia que ele estava

doente, mas ele não tinha “doença” nenhuma. Minha mãe dizia isso, por que ele ficava em casa. Hoje eu falo: puxa, era depressão, né? Eu não tinha sensibilidade para perceber e agora com esse trabalho no posto, nossa, se eu bato o olho em uma pessoa, pelo olhinho, pelo jeito do olhar, percebo que tem uma tristeza aí... Tem alguma coisinha aí! [...] Tive também um sobrinho que morreu com 28 anos e para mim ele tinha esquizofrenia. Também na época eu não tinha noção do que era aquilo e de como funcionava. Era um rapaz jovem, mas tinha uns problemas, ouvia vozes, essas coisas [...] Eu adoraria fazer ainda um curso de psicologia para a terceira idade, me especializar (sorri). Ia ser mais para o meu conhecimento do que para trabalhar, apesar de que na minha função ajudaria bastante. E essa experiência de participar dos grupos de saúde mental, nossa quanto eu aprendi! Muita coisa que é mito, tabu, ficou muito claro!”
Participante 6

Dejours (2004) sabiamente afirma que trabalhar não é somente produzir; é também transformar a si mesmo e, no melhor dos casos, é uma ocasião oferecida à subjetividade para se testar, até mesmo para realizar-se. E poder perceber que o agente comunitário de saúde produz crítica e, portanto, conhecimento potencializa sua ação de cuidado.

De forma interessante, aparece o relato de um trabalhador que lança um olhar potente sobre o agente comunitário de saúde quando afirma:

“Não dá para usar o agente comunitário de saúde só como um instrumento e não adquirir o conhecimento dele. Isso porque não dá para trabalhar com pouco vínculo com a unidade, que em sua maioria são agentes.” Participante 11

Deste modo, é possível perceber que o agente comunitário de saúde não é visto como mero instrumento na realização do trabalho. E assim como este trabalhador, acreditamos também ser necessário poder olhar, se utilizar e legitimar o conhecimento dele enquanto sujeito, como alguém que possui uma experiência de vida naquele território, enquanto facilitador de encontros entre outros trabalhadores com o sujeito em sofrimento psíquico. O próprio fato de ele possuir uma sensibilidade que muitas vezes advém dele viver o que o outro vive, o capacita a ter um olhar que mais ninguém na equipe possui.

Em outros momentos desta cartografia, já foi possível perceber o reconhecimento desse lugar que poderíamos denominar de “reconhecimento potente” do agente comunitário de saúde. Lancetti (2008) relata várias histórias nas quais o agente comunitário de saúde não se configurou como sendo um subordinado médico, uma vez que a equipe do PSF se configurou permitindo a circulação do saber – técnico, cultural, popular e científico, eles se tornaram peças sem as quais não seria possível construir o cuidado em saúde mental.

Neste momento, para fechar esta discussão, a fala a seguir, que demonstra estar repleta de potência, ganha destaque, a fim de abrir continuidades de pensamentos para a reflexão do cuidado em saúde mental no PSF.

“Mas é assim, cada vez que ela tem uma crise mais feia... Mas é muito difícil alguém cuidar sabe, a gente ouve: “então vamos lá, vamos ver o que ela está precisando e marcamos para o mês que vem, marcamos para não sei quando”. A frustração da gente é que oferecemos um produto que nem sempre tem na loja, entendeu? Existe a mercadoria, mas não tem disponível! É como aquele caso, de quando foi lançado o Corsa, teve uma super propaganda e não tinha carro para entregar. É mais ou menos isso que acontece com a gente. Participante 6

Desta forma, a linha que diz respeito aos agentes comunitários de saúde e as ações de cuidado em saúde mental no trabalho do PSF, podem ser ainda mais extensas e propiciar novas aberturas e espaços para que o cuidado não seja somente oferta, mas que, de fato, se materialize em produtos. E aqui, pode-se entender produto também e, principalmente, como produção de novas subjetividades.

4.3 Linhas de Encontros: criação de mundos e resistência

“Um território só interessa pelas saídas que oferece” (Deleuze & Guattari)

Nesta cartografia, ao se pensar o cuidado em saúde mental no PSF, pensou-se na necessidade de se discutir acerca da criação de uma rede que pudesse compor este cuidado, que só se concretizará se houver um trabalho que perpassasse por diferentes mãos e reflexões dos diversos setores que trabalham em favor da vida, uma vez que o cuidado em saúde está para o cuidado da vida.

Os próprios trabalhadores reconhecem a necessidade de se ampliar as ações de saúde, que podem ser interpretadas pela criação de rede, que além de possibilitar imenso avanço nas ações de cuidado, legitima o cuidado territorial.

“Porque se ficar só nessa de unidade e residência, não influencia em nada.”

Participante 1

“É interessante, pois se amplia a idéia de saúde da família, né? Porque você não fica só no consultório, que é a experiência que eu tenho. Agora você está no território. Aquele indivíduo que está apresentando alguns comportamentos está inserido em uma comunidade, em uma rua aonde todo mundo vai se incomodando e você tem que agir de outras formas.” Participante 8

“Originalmente o PSF é baseado na família e a família está num bairro, os vínculos da pessoa estão no bairro. Como você vai tratar uma pessoa longe do lugar onde ela mora? Longe da família? O paciente com quem se vai tratar não vai ser tratado no ambiente dele [...] A gente conseguiu também fazer um vínculo com os amigos dele. Favoreceu com que ele participasse de outro grupo e conversa até mesmo com o pessoal do trabalho dele para o pessoal ajudá-lo a não perder o serviço.”

Participante 11

Desta forma, uma rede pode ser pensada a partir dos elementos: família, equipes de NASF, de apoio matricial - realizado por outra equipe que não a do NASF, como por exemplo, a equipe do CAPS, ou ser composta por trabalhadores de mais de um serviço, como é o caso da experiência dessa unidade de saúde da família que está sendo cartografada - equipe de PSF, outros serviços de saúde e também serviços de outros setores que estão no território.

Enganam-se os serviços de saúde que acham que podem produzir saúde sem a criação de uma rede, pois um único serviço de saúde não é capaz de possuir todas as formas de cuidado para assistência integral à saúde.

Contudo, Santos (2006), ao falar sob o território, apresenta a ideia de “Espaço Banal”, em oposição à ideia de “Rede”, que chegou ao Brasil, formulada por François Perroux. Para ele, o espaço banal está “para além das redes, antes das redes, apesar das redes, depois das redes e com as redes.” É, pois “o espaço de todos, todo o espaço, porque as redes constituem apenas uma parte do espaço e o espaço de alguns.”

Então agora, pensemos espaço como território, pensemos na sua potência para além da criação de redes. Assim, podemos refletir que, por mais que a rede se faça necessária, sempre existe a possibilidade de abertura, de criar espaços, lugares, formas e jeitos de construir o cuidado, pois ela – rede, sendo parte desse espaço tão amplo, “tão todo”, provoca deslocamentos para outras formas de socialização, de trabalho, de tudo o que o sujeito seja capaz de desejar e criar, a fim de diminuir o sofrimento. Desta forma, a rede é importante, mas não se resume a tudo.

Os trabalhadores também reconhecem que o cuidado na saúde mental não acontece de forma desassociada da família, que possui papel primordial no processo de vida de qualquer sujeito.

“A gente foi perdendo muito o enfoque de intervir na família, a gente foi acabando atendendo mais aqui dentro da unidade.” Participante 9

“Já fizemos visita domiciliária também na casa do irmão da paciente, que é bem distante daqui do território para assumir essa família, para puxar essa família para ajudar também. [...] A equipe se reúne para falar daquela situação e aí não é daquele indivíduo, e isso é uma coisa que também acho que ajuda. Não é a pessoa, é essa família, é esse espaço em que essa pessoa vive e outras pessoas também fazem parte disso. E isso facilita!” Participante 8

“Acho que o acompanhamento da família é extremamente importante. A gente vê em outros serviços que é mais complicado para eles fazer este acompanhamento, por exemplo, a UBS tradicional. Eles podem acompanhar a criança com transtorno, mas os pais nem sempre... Enfim, de resgatar o contexto familiar para que o tratamento seja eficiente é extremamente importante, está dentro da proposta.” Participante 10

“Inclusive ela é sozinha, só tem um irmão que mora bem longe, perto da favela e mesmo morrendo de medo de ir, nós fomos conhecer a família. [...] Eu e a psicóloga também localizamos uma prima da paciente que se propôs a vir aqui. [...] Tenho que falar com a família. [...] Nós fizemos uma reunião com todo o pessoal, agora também os do NASF que estão envolvidos, eu e a médica. Aí nos fizemos a mesma coisa com a vizinha, que é cadastrada aqui no posto. A gente foi mobilizando todo mundo que a gente poderia contar como ajuda.” Participante 3

Desta forma, assumindo a posição de que a família é realmente parte indissociável do processo de cuidado, esses trabalhadores podem desconstruir verdades, desnaturalizar saberes e práticas acerca do sujeito em sofrimento psíquico.

Sabemos que na concepção de mundo contemporâneo em que vivemos, para que a existência de um sujeito seja de fato reconhecida e aceita, ela deve estar implicada na existência de um grupo social e se vincular a outros, através das relações apresentadas pelo “esquema social”. Ou seja, instituir sua vida dentro dos “conformes” desta ou daquela cultura. A família é então entendida nesta sociedade como a “ponte” realizadora das passagens e mantenedora das relações presentes em praticamente todas as culturas.

Por estar constantemente apoiada em um conjunto de valores, normas e no que chamaríamos de uma “permanente vitrine social” – vista e observada, a família quase nunca é experienciada enquanto produtora de novas subjetividades, pois se fecha quase que imprescindivelmente no estabelecimento de processos de transmissão do que já lhe foi dado, de forma pronta e inquestionável.

Entendemos que a discussão acerca da família, que é povoada das mais variadas áreas como sociologia, direito, antropologia, religião, entre outros, possuindo uma enorme compilação de saberes, pouco foca na questão das relações e na valorização das singularidades, que são postas em segundo plano ou até mesmo esquecidas.

Consideramos que a família, que é tão visada e ao mesmo tempo tão massacrada pela lógica de produção do mundo capitalista, deve ser olhada como potente criador de espaços de subjetividades, rompendo com a imobilização que “engessou seu corpo”, endurecendo sua capacidade de produzir singularidades, vida.

Deste modo, cabe questionarmos em que esse coletivo – família tem contribuído para a produção de subjetividades, ou melhor, em quais momentos a família produz linhas de fuga que visem barrar, nem que por pequenos momentos, a potência endurecida de sujeitos fabricados? O quanto nossas famílias são hoje espaços para movimentar vida de fato? Vida esta que não seja resposta de sujeitos que se sujeitam o tempo todo a tudo, mas que são protagonistas de suas vidas e de suas relações com o mundo.

Assim, o poder que a família possui na constituição das relações cotidianas é potente para o “bem e para o mal”. Os trabalhadores do PSF confirmam e reafirmam este poder, pois com ele se deparam em meio as suas ações de cuidado.

“[...] O conflito familiar aumenta e vira uma bola de neve. E quando fica assim, pronto, lá vamos nós...” Participante 5

“Tem caso de saúde mental em que você já até medicou, mas se tem uma família complicada, de algum jeito bloqueia o tratamento... Quando você consegue colocar vários profissionais indo até aquela família, propondo intervenções e consegue abrir algumas possibilidades, você vê que isso de fato funciona!” Participante 10

De tal forma, podemos refletir: se a família é o lugar onde acontecem as primeiras e talvez mais intensas experiências, onde se vivem o prazer e o sofrer de formas intensas, é também ela que em muito possibilita a este sujeito a capacidade de o mesmo produzir sentido para o vivido. Se a família é a primeira responsável pela interação de organização/desorganização, ela pode possibilitar movimentos que abram novos espaços de vida para o sujeito.

Mas é fato também que os conflitos familiares sempre existirão, pois estamos falando de relação. Assim, se a família demorou anos para se organizar de forma “problemática”, não será em um curto período de tempo que irá ser reorganizada. Desejar essa mudança de forma abrupta é não pensar na realidade da vida. Ou seja, se o trabalhador tiver em mente o término dos conflitos, não tem em mente a vida das pessoas. Do mesmo modo, que se o trabalhador responder a tudo prontamente, não convocando e responsabilizando a família para atuar conjuntamente no processo terapêutico, anula a possibilidade de ela se reconstruir.

Produção de vida no território

“Saúde mental no território. Saúde mental ao céu aberto.” (Foucault)

Ainda na linha intitulada de Encontros: criação de mundos e resistência damos destaque, neste momento, para a produção de vida no território, pois pensar acerca do cuidado em saúde mental no PSF é pensar acerca de questões que estão para além do sofrimento psíquico, deslocando-se para questões que perpassam o cotidiano da vida, a produção de vida dos sujeitos em seu lugar de cuidado, seu território.

Os trabalhadores reconhecem essa prática no cotidiano de suas ações de cuidado o que é bastante pertinente, pois o PSF é a estratégia inserida no território e por isso está intimamente ligado à possibilidade de efetivar este cuidado.

“Essa atenção a certa demanda mais quantificável, que fica no número de gestantes, número de hipertensos, e sem intervenções mais territoriais como em creches, em escolas... Intervenções que especificamente não são focadas em nenhum transtorno, mas que tem a ver com discursos de produção de vida [...] e às vezes isso levava para o trabalho críticas de como iríamos realizar tais intervenções, o que se ia fazer. Não que isso era possível sempre, mas a gente podia perceber os efeitos dessas conversas no cotidiano do trabalho [...] Eu acho que ficar escutando daquele caso, da evolução da doença, tudo isso fala das produções de vida do território. Das situações possíveis de intervenções [...] Ela começou a frequentar o PSF, foi acompanhada também pela Unidade Básica Tradicional. Começou a frequentar a biblioteca e outros espaços.” Participante 7

“[...] Articular a caminhada a uma festa junina que acontece na escola que nós passamos em frente durante o trajeto.” Participante 10

“Mas o objetivo é sempre retornar, reintegrá-lo no lugar de origem, onde ele vai poder se desenvolver como ser humano e não como doente. O interesse é que ele volte a trabalhar e estudar, se relacionar... Interesses que todo mundo tem na vida.” Participante 11

“Ela tem quadro de esquizofrenia. Mas, mesmo com toda essa situação delicada, ela tem conseguido se desenvolver, trabalhar de alguma forma na área, não de modo formal como a gente, mas ela participa de atividades como voluntária aqui no posto com o pessoal do Fórum da Saúde, atuando tanto como cidadã como profissional da saúde.” Participante 13

“Aí ela começa a entregar os folhetinhos de massagem por 5,00 reais. Ela também passa roupa por 10 reais. Ela quer uma atividade porque faz bem pra ela.” Participante 15

A vida é uma forma de efetuação do que Deleuze e Guattari (2002) chamam de sistema aberto, pois ela enquanto fenômeno é um sistema aberto que constantemente se comunica com outros.

Para Pelbart (2008) pensar a saúde não é pensar “a medrosa luta contra a doença ou o desvio, mas sim a produção de vida, potência de encontros”.

E o que é a vida, senão estar com os outros? O que é a vida senão o pertencimento a algum “lugar/pessoa”? Afinal, onde a semente produz senão na terra em que está?

Para tal, se faz necessário refletir rapidamente acerca do território, uma vez que toda rede se constitui a partir de sua existência. Assim, o território por sua vez:

“[...] é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados [...] Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. (Ministério da Saúde, 2004a)

A produção de vida está intimamente ligada ao desejo. E Deleuze e Guattari (2009) descrevem o desejo de forma simples, estando ele ligado sempre a um conjunto, a um amontoado de “coisas” que compõem a vida.

“Queríamos dizer a coisa mais simples do mundo: que até agora vocês falaram abstratamente do desejo, pois extraem um objeto que é, supostamente, objeto de seu desejo. Então podem dizer: desejo uma mulher, desejo partir, viajar, desejo isso e aquilo. E nós dizíamos algo realmente simples: vocês nunca desejam alguém ou algo, desejam sempre um conjunto.”

Podemos também pensar a intersectorialidade como estratégia para a produção de vida e o PSF com essa possibilidade de articular a rede, que pode ser encarado como sinônimo de ação intersectorial, deve realizar essa ação.

A intersectorialidade pode ser conceituada como a existência de articulação entre sujeitos de diversos setores sociais e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos (PORTO, LACAZ e MACHADO, 2003).

Desta forma, pensar a rede ou a intersectorialidade, e promover ações para que se realize, é criar espaços de produção de vida. O trabalho realizado pelo PSF deve atuar de forma a potencializar desejos, vontades, forma de socialização que é produção de vida.

De certa forma, alguns trabalhadores conseguem associar a criação de espaços para a produção de vida sendo esta uma forma de se realizar o cuidado integral. E atentar para essa possibilidade é desconstruir repartições cristalizadas, na tentativa de se criar caminhos para que a vida ganhe força.

“Espaços que não sejam tão repartidos para a população, do tipo, reunião para Hipertensos adultos – não precisa deixar de ter, mas necessita-se de ações mais abrangentes, isso é algo a se criar. Tem pacientes hipertensos com depressão e dor nas costas, mas que tem intervenções fragmentadas.” Participante 10

“A lógica do PSF como uma lógica que acompanha as pessoas no seu território, no seu movimento. Que acompanha as pessoas na sua saúde, na sua vida. O PSF não faz exclusivamente vigilância da doença. Não é só como eu atendo todos os hipertensos, mas que estratégia de intervenção pode interferir sobre esse processo que vem produzindo pessoas que sofrem de depressão, de hipertensão.

Esse gênero de reflexão, eu acho, porém importante, para a gente pensar, pois é uma atenção constante.” Participante 7

Um dos trabalhadores demonstra perceber o cotidiano de ações de cuidado no PSF enquanto espaço de promoção da saúde que faz linha direta com a produção de vida. O ato de escutar relatado é visto como demonstração de atenção, que produz abertura para novas formas de cuidar.

“Tem o grupo de escuta, com as psicólogas, uma que era do apoio antigo, e agora a nova do NASF. Nesse grupo de escuta, são pessoas que a gente detecta que não estão bem, que não estão reagindo, porque contam e então a gente convida. Conforme essas pessoas veem várias vezes aquilo ali já basta, já resolve. Então esse papo de cada quinze dias já é o suficiente para elas. Muitas dizem assim: “nossa quando eu vinha aqui eu só chorava, só chorava, não conseguia reagir e agora estou ótima, mas adoro continuar vindo aqui, pois esse é o momento em que alguém ouve a gente”. Porque parente não quer mais saber de ouvir as lamúrias, as amigas se afastam, os vizinhos fingem que não veem, e lá todo mundo, um escuta o outro e acabam dando conselhos uns para os outros. É muito divertido lá também, porque a gente faz lanche no final ficando um encontro gostoso.” Participante 6

Para além das políticas que pensam prevenção e promoção de saúde, que se configurariam por demais complexas neste momento, basta lembrarmos o que significam essas palavras.

Se prevenção é se preparar, chegar antes, evitar dano, impedir, ligado ao conceito de pré-disposição, e aqui podemos pensar na existência de fator de causa da doença, que já é conhecido, promoção, diferentemente se conceitua como dar impulso, fomentar, originar, gerar (FERREIRA, 1986).

A promoção neste caso possibilita ampliar as formas do que vem a ser o cuidado em saúde, pois, supõe que a singularidade dos sujeitos deve fomentá-la.

Mas, para se poder trabalhar na lógica de conceitos como prevenção e promoção de saúde é importante previamente estar embutido em outra forma de pensar o cuidado.

Para Saidón (2008) o cuidado e respeito pelo sujeito que está em sofrimento psíquico diz respeito a um mínimo de tempo e dedicação que de antemão o trabalhador tem que dispor. Atenção esta que está sob o real desejo de cuidar. A diferença que tanto buscamos no modo de cuidar do sujeito em sofrimento psíquico não irá acontecer simplesmente pela presença de dispositivos como, por exemplo, a própria equipe de apoio em saúde mental, devendo-se encontrar no próprio trabalhador de saúde.

“[...] em um diferente modo de caracterizar a problemática que escutamos, na aquisição de novos instrumentos teóricos para escapar da compulsão moralizante que, às vezes, comporta o processo terapêutico, maior tolerância com a diferença e, ao mesmo tempo, estar mais equipado para abordá-la.”

Um dos trabalhadores, ao construir seu discurso, nos remeteu, com sua fala, para a possibilidade de pensar que, quando o território é pensado dentro de suas potencialidades, ações que possam trazer mais sofrimento ao usuário são evitadas como, por exemplo, as internações psiquiátricas.

“Está sendo bem rica essa dimensão que é a saúde da família e esse olhar da saúde mental, que não é porque está num momento de crise, de fragilidade que você vai encaminhar para uma internação. Aqui você vai dar conta desse momento de crise, de fragilidade, no território daquela pessoa, na sua casa, no seu espaço e também lançando mão dos recursos como profissionais especializados, de CAPS, de parcerias com a família e até com alguns amigos que fazem este vínculo de rede social forte para este paciente [...] Eu acho que não é o hospital ou uma internação que vai dar conta de toda uma subjetividade, né? Porque quando há num delírio, uma alucinação ou uma agressividade, há o transbordamento de uma subjetividade que não pode ser representada mentalmente como um sentimento, na palavra mesmo, no discurso. O PSF vai atuar nessa dinâmica familiar, que não é o indivíduo propriamente dito, a patologia, o transtorno. Não, é essa família que tem uma dinâmica que também sustenta algumas coisas, alguns comportamentos desse paciente. Acho que o PSF te possibilita essa atuação integral. A integralidade mesmo, de poder trabalhar com esse paciente sim, dando suporte e aquilo que é necessário para ele enquanto um transtorno que existe, mas também trabalhando com essa família e

a partir daí propiciar uma melhor comunicação, de poder falar daquilo que incomoda, da dor evitando que se vá para uma alucinação para um delírio. De poder ajudar esse paciente a se reorganizar aí nesse meio que ele faz parte, tanto família quanto comunidade [...] E aí, minha presença de tentar ajudar as pessoas perceberem esse paciente de outro jeito. De que aquilo é subjetividade, aquilo é sentimento que é difícil de colocar em palavras, de trazer para uma consciência e aí tem que ser fora. E acho que a gente devia repensar mesmo, de olhar esse paciente enquanto família, enquanto comunidade, que aí realmente nós vamos estar fazendo reinserção social que fica tão lindo em algumas diretrizes e ideias.” Participante 8

Neste momento, podemos pensar o quanto as relações são potentes e podem dar conta do que aparentemente somente uma internação daria, que é conter de alguma forma a pessoa. E indo além podemos pensar que a relação produz efeitos que a contenção química ou mecânica, não conseguem manejar, como a relação sutil de quem realmente cuida ou quer cuidar.

Para Saidón (2008) o momento de crise, de delírio de uma pessoa, assim como seu sonho, pode ser esmagado pelo que se apresenta no enunciado, se não houver da parte do trabalhador que presencia este momento, disposição para tentar entender o está para além da imagem desorganizada e aparentemente sem conexão nenhuma com a realidade.

Portanto, assim como as situações de intenso sofrimento psíquico acontecem conforme relatado acima – nos espaços territoriais do sujeito – é possível dizer que sem o cuidado do PSF a Reforma Psiquiátrica perde forças, no sentido de lutar para que as pessoas sejam de fato atendidas em seus locais de vida. Para Pedro Gabriel Delgado²⁶ os conceitos de saúde mental se complementam na atenção básica, no PSF.

E, nessa trilogia (sujeito, família e território) encontra-se presente a subjetividade. Subjetividade esta que, para ser produzida, deve ser pensada a partir de espaços de afetação. Pois, pensar em produção de subjetividade é pensar em criar espaços de afetação. Rede não só de serviços, mas redes de pessoas, de subjetividades.

²⁶ Pedro Gabriel Delgado, atualmente Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde; pronunciou esta fala no I Congresso Brasileiro de Saúde Mental realizado no município de Florianópolis, entre os dias 03 e 05 de dezembro de 2008.

Desta forma, o PSF encontra-se neste caminho de potência, quando permite que saia do meio do espaço territorial uma produção de subjetividades dos sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico.

Houve uma fala de um trabalhador, que expressa o quanto a produção de vida tem ligação direta com espaços coletivos, ou seja, não há como pensar no cuidado de uma vida sem que ela esteja envolvida na vida de outros sujeitos.

“Eu admiro muito o antigo psiquiatra, pelo estilo dele. A forma como ele abordava as situações. Ele conseguia fazer todo mundo falar, ainda mais porque as pessoas têm problemas diferentes. Daí ele criava um círculo de patê-papo assim muito inteligente, onde as pessoas saíam de lá encantadas. E o gostoso desse grupo que tinha é que de repente tem três quatro pessoas falando: “puxa eu pensei que só eu que sofresse com isso”. E vê que todo mundo tem mais ou menos o mesmo sofrimento. Tem pessoas que falam que conseguiram diminuir tal coisa, fazendo isso ou aquilo e a outra que achava que o problema dela era o maior do mundo fica até meio sem graça porque vê que não é tão grande assim. E é claro que tem paciente que precisa de uma atenção individual. Como têm outros que preferem em grupo, pois não é assim uma coisa tão pesada, tão doença, né? É só uma situação daquele momento. A pessoa, muitas vezes chega num estado que não vê saída e às vezes é uma situação tão simples que ela nem percebe e em uma conversa assim fica mexida e começa a pensar. Isso é muito bom!” Participante 6

Uma vez que os trabalhadores compreendem que o cuidado perpassa pelos espaços coletivos, demonstram estar atentos ao sujeito que se encontra em sofrimento e diluem o pensamento de um cuidado individualista e de uma clínica cindida com a realidade da vida que é poder ser/estar com o outro.

Segundo o Ministério da Saúde (2006b), o trabalhador deve ter em mente “o coletivo como plano de produção da vida e o cotidiano como plano ao mesmo tempo de reprodução, de experimentação e invenção de modos de vida.”

Desta forma, a Saúde Mental Coletiva pode ser entendida como:

“[...] processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer políticas, ciências e gestões no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo e substituindo as práticas tradicionais por

outras capazes para a criação de projetos de vida. (FAGUNDES, 2006).”

O trabalhador às vezes entende que só são realizadas ações de cuidado se são realizados atendimentos individuais. Este dado revela o quanto as pessoas só se sentem atendidas/ouvidas quando são colocadas à parte de outros sujeitos.

“... Então eu consegui trazer ela aqui, consegui marcar tudo. Só que ela queria falar em particular e o psiquiatra e as psicólogas não atendiam em particular. E uma das psicólogas começou a atendê-la só que em grupo. Ela falou assim: eu não vou lá falar meus problemas na frente dos outros e ouvir o dos outros – porque o problema dela era bem particular, né? E eles não atenderam. No fim ela largou o tratamento e “ta na vida”. Participante 2

“... ao final da entrevista, ainda relatou que atualmente o vínculo e a família são substituídos pela lógica cruel dos atendimentos individuais...” (Diário de Campo 04/06/2009)

O individualismo, enquanto modo de vida do capitalismo deve ser citado para que novos modos de subjetivação possam vir a existir. A ideia de individualismo como modo hegemônico do capitalismo, acabou por ser tornar natural e, porque não dizer universal, produzindo sujeitos em série, assim como as indústrias produzem seus produtos de consumo, pretendendo fazer das pessoas instituições privadas, tese questionada por Deleuze e Guattari (1996).

Afinal, o que é a singularidade? Pensar o sujeito na sua singularidade não quer dizer atendimento individual. É possível cuidar, pensar a singularidade do outro no coletivo, pois o outro não é sozinho. A vida está para os encontros, conforme se discutirá melhor quando se discutir a respeito do vínculo.

O mar, a rede e o pescador

*“[...] Sem dívida, para encontrar apoio sob tais fundamentos, tem de ser uma construção como que de fios de aranha, tão tênue a ponto de ser carregada pelas ondas, tão firme a ponto de não ser despedaçada pelo sopro de cada vento.”
(Nietzsche)*

Fazendo alusão a estas três figuras: 1) o mar, 2) a rede e 3) o pescador, segue aqui a tentativa de tornar mais compreendida a necessidade de melhor se conhecer, reconhecer e potencializar: 1) o território, 2) o trabalho articulado a outros serviços em prol de parcerias nas ações de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico e 3) o próprio trabalhador do PSF.

O Mar é o grande território que esconde e revela. Mostra e oculta. Cheio de riquezas e perigos, hora calmo, passivo, hora revoltado e agressivo.

A rede é o grande arsenal potente que permite a realização do trabalho. Sem ela, o pescador não tem como permanecer no mar, pois sem ela, ele não trabalha de forma potente.

A utilização do tema rede aparece na saúde desde a constituição do SUS, a partir do momento em que o conjunto de ações e serviços de saúde foram compreendidos como uma organização *“que supõe certa ligação ou integração entre os serviços, evitando que fiquem dispostos de forma isolada, sem comunicação entre si”* (PAIM, 2009).

O Ministério da Saúde (2009) afirma que:

“A atenção básica deve estar conectada aos outros serviços do sistema de saúde, que devem lhe dar retaguarda e apoio, mas responsabilizar-se pelo seguimento dos casos ao longo do tempo, fazendo a gestão compartilhada dos casos mais complicados, que demandem outras tecnologias, sempre que necessário. Este tipo de seguimento facilita a criação e manutenção do vínculo terapêutico. A pactuação clara de responsabilidades entre os diferentes serviços no sistema de saúde, a interação entre as equipes num dado território podem ampliar grandemente as possibilidades de produção de saúde”.

Deste modo, diferentemente da organização em pirâmide, com sua base e sua cúpula, a organização em rede se espalha horizontalmente, existindo diferentes tipos de poder, de responsabilidade e funções, sem hierarquia de importância entre os que a compõem (BRASIL, 2009a). Ou seja, a rede se difere totalmente do que vem a ser um sistema piramidal e esta é a vantagem de se pensar em rede, pois sua não delimitação permite que múltiplos elementos sejam ligados entre si.

Contudo, a rede pode por vezes se romper e talvez seja necessário o pescador parar para arrumá-la. E como seu trabalho dela depende, irá arrumá-la quantas vezes forem necessárias. Lembrando que o problema da rede é sempre um problema de relação.

Desta forma, conforme nos lembra o Ministério da Saúde (2004a), na Portaria 336, “o fundamental é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.”

O refazer a rede é parte do processo de trabalho do pescador. Um trabalho que se organiza tomando por base a relação com seu produto – o peixe, o cuidado.

A ferramenta de trabalho que é a rede precisa ser tecida, precisa ser costurada, precisa ser permanentemente cuidada.

O pescador deve respeitar seus meios de trabalho: a rede, o mar, o barco, para então ter bom resultado na pescaria.

Esse movimento de trabalho em rede não é linear. O processo corre o risco de estancar, possui um percurso cheio de “idas e voltas”, na tentativa de seguir. Assim como a rede do pescador que fura e arrebenta e que mesmo assim precisa continuar a pescar. Os nós fazem parte da rede, abrem novas linhas. Os nós podem produzir sentidos fixos ou móveis, podem possibilitar aberturas ou paralisas.

Deleuze e Guatarri (1996), quando falam de dois elementos do rizoma, como conexão e heterogeneidade, dizem que qualquer parte do rizoma pode se conectar com qualquer parte de outro rizoma, possibilitando uma contínua ligação e religação com outros elementos.

O nó não é necessariamente um dificultador, podendo a partir dele, existir mais flexibilidade nas ligações entre as linhas. Caso a mesma linha se rompa, é

criada uma abertura de conexão com outra linha, portanto outro laço. Ou seja, a rede pode ser reconfigurada, reconectada.

O Pescador, como trabalhador do mar, por sua vez, é sempre caracterizado como uma pessoa simples, sábia e sem complicação, pois mesmo possuindo conhecimento acerca do mar, através de sua experiência cotidiana com ele, o respeita, o defende e sabe que por mais anos de experiência que tenha, o mar sempre é o mar, imenso e profundo.

Porém, fica claro que confeccionar a rede é tarefa do trabalhador do mar, conforme nos relata os próprios trabalhadores.

“[...] A ideia é que como nós éramos profissionais desses equipamentos, a gente pudesse favorecer a criação de uma rede na região.” Participante 9

“Começamos a pensar um pouco esse procedimento de articular setores que trabalham completamente separados.” Participante 10

Seria possível então pensar não mais em criação de redes de saúde, mas sim de redes de vida? Pois, o que no fundo impulsiona a vida, não é somente a saúde, mas sim os encontros. Desta forma, o PSF precisa expandir a sua capacidade de produzir encontros, sendo exemplo dessa expansão a construção de espaços mais coletivos, de partilha de vida, de troca de experiências, de organização e implementação de atividades com outros setores, como cultura, trabalho, educação, etc.

Para Teixeira (2004) devemos nos questionar se a produção de nossas redes tem, de fato, promovido encontros, a fim de restaurar laços sociais.

O próprio Ministério da Saúde (2009a) alerta para a realidade que:

“A potência do conceito de rede é ampliada quando leva à produção de melhores encontros. Por melhores encontros entendemos não o encontro que busca a homogeneidade, mas o encontro de diferentes, que produz um comum, mantendo a singularidade. Assim são os encontros de hospitais e serviços da atenção básica em um território ou o encontro da equipe de saúde de uma unidade de produção. Apostar nesses encontros parece mais promissor que tecer redes entre pessoas ou instituições com identidades mais marcadas, como seriam as redes de profissionais da mesma categoria ou as redes de hospitais, redes de atenção básica, rede de serviços de urgência, de saúde mental, entre

outros. O encontro de sujeitos e de instituições, marcadas pela identidade, deveria ser a preparação para o trabalho em rede, para o encontro com o diferente, com o que complementa, seja no trabalho da equipe, seja em um território.”

Vale lembrar aqui, a figura do CAPS, que possui um importantíssimo papel na rede de saúde mental, pois sendo ele o dispositivo que está para assegurar prioritariamente que o sujeito com transtorno mental tenha seu cuidado garantido de forma comunitária, sem que seja excluído das possibilidades da vida, deve articular o tecimento da rede, pois necessita permanentemente de outros setores, para a realização da reabilitação psicossocial.

Contribuindo ainda mais para esta reflexão, acerca da construção da rede, os trabalhadores que possibilitaram a construção desta cartografia afirmam que trabalhar em rede é compreender a missão do serviço ao qual se propuseram a realizar, mesmo com todas as dificuldades encontradas no caminho.

“Porque queira ou não, somos nós do PSF que estamos para o território, a gente tem acesso à família e para fazer mudanças maiores é muito mais fácil para a gente do que pro cara do CAPS. Por mais que a família seja participativa, é diferente.” Participante 14

“A dificuldade tem, existe, ainda mais quando sai das possibilidades da unidade, quando precisa de algum recurso de fora é um pouco mais complicado. Quando é um caso mais de CAPS é até mais fácil para esta unidade, porque com o CAPS a gente tem uma ligação mais estreita. Com os outros serviços, o nosso paciente tem que esperar, fica em fila para ser encaminhado.” Participante 11

Contudo, foi possível para estes trabalhadores, experienciar a criação de uma rede em suas práticas cotidianas de cuidado em saúde mental.

“E fomos discutindo em equipe se chamávamos o conselho tutelar ou não... Foi uma situação que nos fez mobilizar uma série de recursos do território e tal.” Participante 9

“A Dona M. é uma pessoa muito inteligente e sabia que a gente não podia cuidar de varias pessoas da mesma família, então a gente dividiu. A gente dava apoio

para o filho que não saía de casa e para a avó e ela foi para outro Posto (UBS tradicional com equipe de saúde mental). Isso foi resolvido com a equipe mental na casa dela. Porque nós fomos à casa para atender o filho que tem TOC, ele era o centro das atenções e como ele não aceitava ajuda a gente ficou nas “rebarbas” atendendo ele em casa.” Participante 5

“Agora ela está sendo acompanhada pelo CAPS e aqui pela gente.” Participante 14

Neste momento, vale ressaltar que, mesmo diante das dificuldades encontradas, é possível perceber a tentativa de parcerias nas quais a coresponsabilidade com outro serviço territorial acerca do cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico seja efetivada.

4.4 Linhas de Afetos: o lugar do encontro – vínculo

“Viver não é necessário. Necessário é criar.” (Fernando Pessoa)

Este momento da cartografia se faz mediante a necessidade de refletir acerca do vínculo, que foi se destacando na fala dos trabalhadores ao descreverem sua experiência com a saúde mental. Deste modo, abordaremos este tema que é de extrema importância para a saúde mental, enquanto campo que tem desenvolvido sua prática através da criação desse lugar.

Para os trabalhadores, a criação do vínculo aparece como ponto importante no cotidiano de cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico.

“[...] É uma pessoa que tem esquizofrenia, mas está sendo tratada há bastante tempo... Ela está bem, mais sociabilizada, nós fazemos visitas constantes para ela. Antes ela nem queria consultas aqui no posto, agora ela já vem. [...] A gente tá cuidando com carinho e com atenção. Eu a conheci logo que comecei a trabalhar aqui. E ela já piorou muito emocionalmente depois desse tempo. Ela é

muito sozinha. Eu ia muito tomar café com ela... Ela gosta de se maquiar. Uma vez eu arrumei a “unhinha” dela. [...] Ela fica no portão me esperando, bem cedinho e diz que a alegria dela é quando eu chego. Hoje mesmo, eu passei era vinte para sete e ela tava na porta me esperando e perguntou se eu volto à tarde e eu digo que se der eu volto.” Participante 3

“Primeiro começamos fazendo vínculo com o paciente. Muitas vezes não é na primeira consulta que a gente medica, a não ser que seja para melhorar o sono. Depois nas próximas a gente continua a conversa e é quando o paciente começa e ficar mais confiante. Depois da segunda, terceira consulta é quando a gente começa a medicação. [...] “Trabalhando afinidade eu consigo que o paciente tenha mais vínculos e que não fique só no tratamento medicamentoso.” Participante 11

“E agora com esta equipe do NASF ela parece estar mais tranquila, no sentido de aceitar ajuda, questão de afinidade mesmo, entendeu? No último grupo da quinta, a psiquiatra do NASF estava, as duas conversaram e foi tudo bom para ela.” Participante 12

Mas afinal, o que vem a ser o vínculo? É possível pensar na sua construção sem antes estar aberto para a relação de cuidado? Como se dá o compromisso entre o trabalhador e o sujeito em sofrimento psíquico? Qual é a responsabilização assumida pelo trabalhador que enfim o faça participar e acreditar nesse cuidado?

Desta forma, para pensarmos a criação de vínculo pensemos nas tecnologias leves descrita por Merhy (2002), que ao refletir acerca do modo de produzir saúde lembra que o modo de produção capitalista é aquele que acontece aprisionado à criação de novas tecnologias.

O autor (Merhy, 2002) procura demonstrar que as maiores mudanças no modo de produzir cuidado em saúde não estão ligadas a este tipo de transição material tecnológica, mas sim, ao que vai denominar de tecnologia leve e leve-dura, que são tecnologias não materiais, não equipamentos em saúde.

As tecnologias leves são aquelas que ocorrem perante o modo de atuação do trabalho vivo em ato, bem como no processo de gestão do cuidado. É a tecnologia que atua nos processos relacionais do encontro entre trabalhador de saúde e usuário, como a produção de vínculo.

O trabalho vivo em ato se caracteriza como sendo aquele que demonstra de forma única o momento de trabalho em si, momento no qual o trabalhador possui total possibilidade de ação, com liberdade criativa. Exemplos desse trabalho vivo em ato seria a o processo educacional, realização de uma aula e do próprio ato de cuidar em saúde.

A tecnologia leve-dura, por sua vez, são os saberes estruturados que atuam no processo das relações – tecnologia leve, com destaque para a clínica (médica, psicanalista e a epidemiologia). E por fim, a tecnologia dura, são as que dizem respeito aos equipamentos como máquinas, estruturas organizacionais e normas.

A utilização da tecnologia leve seria então uma forma de se construir o vínculo para a realização do cuidado em saúde mental.

Teixeira (2004), considerando o filósofo Espinosa afirma que o afeto é aumentativo de potência, pois explica que “o que convém, aumenta a potência”. Desta forma, quando o sujeito em sofrimento psíquico experimenta afeto por parte do trabalhador, um sentimento de aumento de potências ocorre, favorecendo um aumento de seus desejos, possibilitando torná-lo capaz de criar outras formas de vida que não a de intenso sofrimento ao qual se encontra.

Em certo momento das falas, alguns trabalhadores trouxeram para a discussão o fato de que o espaço físico, a falta de estrutura física adequada da unidade é um dificultador que muitas vezes os limita na realização de ações de cuidado.

“Mas tem coisa que não dá para ficar tocando sozinho e também depende da capacidade da unidade. O espaço, por exemplo, daqui da unidade é irreal! Não tem com manter um grupo por exemplo.” Participante 14

“Após percorrer a unidade toda à procura de um lugar para realização da entrevista, a participante desistiu de participar, pois não foi possível encontrar um local que não estivesse ocupado. Nesse momento, a profissional desabafou sua indignação pela falta de estrutura física da unidade – salas de atendimento – e começou a se desculpar [...] a sala que seria para realização dos trabalhos dos ACS é a mesma que contém o arquivamento de prontuários, um computador de uso da agente técnica administrativa, bem como é o espaço também onde

ocorrem quase todas as reuniões da unidade. (Diário de Campo 23/04/2009)

“Então, eu acho que só não dá para ser atendido aqui pelo fato do espaço e de não ter o profissional diariamente aqui.” Participante 4

Mas nos perguntamos: que espaço necessário é esse? Porque somente um trabalhador da saúde mental enquanto especialista pode criar este lugar na idéia de alguns trabalhadores? Qual a rota de fuga criada por esses trabalhadores, sendo que, o cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico sequer encontra lugar físico? Que espaço que falta? Só o espaço físico? Certamente não! O espaço das relações também. E se falta espaço físico, então tal argumento pode ser utilizado como desculpa para excluir o atendimento do sujeito em sofrimento psíquico.

Contudo, um trabalhador mesmo percebendo as limitações do espaço, acredita ser possível a criação de um lugar para o encontro.

“O que nos falta aqui neste posto é um espaço maior porque a unidade é pequena para uma demanda grande de pessoas... Veja aqui, olha onde é que eu estou trabalhando agora... O posto é pequeno! Mas sempre se arruma um jeitinho de conversar, de estar com a pessoa. Acho que quando a gente tem vontade no que faz a gente se resolve em qualquer canto!” Participante 3

Entretanto, é possível então perceber na fala de alguns trabalhadores, que o vínculo possibilita a criação de um “lugar” de potência entre eles e o sujeito em sofrimento psíquico.

“... há um vínculo que eu faço com meus pacientes. Se eu trazer para cá, eles vêm com mais confiança do que ir num lugar que eles não conhecem”. Participante 2

“Então se a pessoa tá lá no posto e aí alguém fala bem alto: reunião de saúde mental, quem é da saúde mental? E isso lá no meio do salão é desagradável, né? Às vezes tem fila, ontem mesmo tinha fila do agendamento, e mais o pessoal que chega para a consulta, quer dizer cheio de gente. Se eu estou lá e eu conheço as pessoas, eu chamo pessoalmente, você vem cá, você vem cá... As outras pessoas podem até pensar ela está protegendo o conhecido dela e ter outra idéia na

cabeça, mas na verdade eu estou tirando aquelas pessoas e levando cada uma pro seu lugar de atendimento... Saúde mental é para lá, naquela sala, por exemplo. Então, tem certas coisas que assim na recepção tinha que ser tomado um cuidado. Tem mulher que tem a maior vergonha de fazer, por exemplo, o “papa” e ficam gritando alto: “quem vai fazer a coleta do “papa”? E aí respondem: eu vou, eu vou... E tem mulher que fica quietinha ali no canto, porque não gosta de se expor desse jeito, né? Então, acho que como no dia a dia fica tudo assim muito normal, esquecem dessa parte da sensibilidade de cada um! Daí, se a pessoa de saúde mental um dia é tratada assim, ela não vai mais, ela foge.” Participante 6

Diante desse relato, podemos nos perguntar como podemos produzir lugares, espaços que estejam abertos para os encontros, que sejam sensíveis à necessidade do outro?

Trazer esta pessoa para este lugar pode significar muita coisa como, por exemplo, trazê-la para reconhecer sua família, sua casa, suas potências, pois é essa sensibilidade de afeto que permite o investimento no outro, possibilitando mudanças na vida. Sem investimento afetivo não há como haver deslocamento, movimento.

Existe uma dificuldade de ser afetado pelo outro, quando não há disponibilidade para o encontro. Mas mesmo assim, existe sempre uma afetação que se produz. Permitir afetações e produzir a partir delas é estar sensível para o encontro.

A autora Silva (2008), ao discutir em seu trabalho as formas de produção de encontros entre os sujeitos, questiona com a seguinte frase: “o que é abrir-se para o outro senão colocar-se para o encontro, para as afetações e vibrações que ele causa?”

Suely Rolnik (2004), ao desenvolver a ideia do corpo vibrátil, apresenta o conceito de um corpo sensível, que através das sensações recebe a presença do outro:

“É que as sensações são a presença viva no corpo, das forças da alteridade do mundo que pedem passagem e que acabam levando necessariamente à falência as formas de existência vigente; o acesso ao corpo vibrátil é

indispensável para que se inventem formas através das quais a vida possa continuar fluindo.”

Para Guattari (1987), os sistemas capitalistas e socialistas burocráticos trabalham com um modelo institucional de disciplinarização normatizante, que é fortemente inibidor da troca de afetos.

Todavia, assim como o vínculo cria um lugar de encontro, porque não se pensar o PSF como um lugar para se criar demandas para a produção de vida? A resposta a esta pergunta não é fácil. Afinal, como se cria demandas para produzir vida? Além de não ser fácil responder a esta pergunta, se é que existe uma resposta única, pode-se começar a estar realmente interessados na vida desses sujeitos que sofrem.

Uma vez que se sabe que relação de cuidado de um sujeito em sofrimento psíquico não se sustenta sem o mínimo de vínculo, o tempo entra nesse processo como personagem a ganhar espaço.

Os trabalhadores de saúde acreditam que para se fomentar a criação e manutenção do vínculo, deve-se ter tempo em grande quantidade disponível e se esquecem do quanto os momentos simples do cotidiano são os mais relevantes.

Pense-se, por exemplo, na rotina de se aferir uma pressão arterial. O modo como é realizado o procedimento pode caracterizar uma simples utilização de tecnologia dura, pelo instrumental que caracteriza o aparelho de pressão, ou se tornar um momento no qual, mesmo que rapidamente, o outro sinta que “estamos juntos”, que “pode contar comigo”.

Muitas formas de afetamento que marcaram a vida de inúmeras pessoas, não exigiram horas incontáveis, mas se caracterizaram como pequenos e efetivos momentos de cuidado, como por exemplo, olhar nos olhos quando se dirige a palavra, sorrir ao passar ao lado, um aperto de mão na chegada e/ou saída.

Sá (2003), ao escrever acerca do processo de criação de vínculo entre os pacientes hospitalizados e os trabalhadores, relata que o sentir-se cuidado/olhado está ligado muitas vezes a um rápido toque até mesmo no dedão do pé na saída de uma visita médica.

Então, estamos entendendo o Trabalho vivo em ato, como sendo aquele que não tem formato eterno, imutável, podendo acontecer a partir de um instante

criativo, não estipulado, mas que produz relações que movimentam algo que pode ser potência para outra coisa ainda maior.

O trabalho vivo em ato não precisa ser uma técnica, mas estar no todo, na continuidade da relação, criando uma atmosfera aconchegante para quem procura o cuidado em saúde. O trabalho vivo em ato deve fazer emergir sentimentos, emoções e afetos.

Contudo, ir caminhando com o outro por caminhos que não levem diretamente a um tratamento voltado à existência de um transtorno mental específico, além de ser previsto em um cuidado integral, fortalece a criação de vínculo.

“Estamos indo por outros detalhes que ela gostaria de tratamento para conseguir chegar à questão da saúde mental dela.” Participante 12

“As consultas com o médico generalista e encaminhamento para o dermatologista foi uma forma de chamá-la para o posto, dizendo que íamos cuidar da pele dela, das feridas que ela tinha na pele, do pé dela que estava com micoses por falta de higiene mesmo.” Participante 6

Conforme o relato abaixo, é preciso ter um olhar para perceber o outro. Estar aberto, ser sensível ao que o outro expressa, pois nem sempre ele possui repertório para verbalizar sua necessidade.

“De alguma forma a gente tem dado atendimento a ela, mas, na minha opinião, no que seria a real demanda não acontece nada e de alguma forma o comportamento dela demonstra que ela não está bem, pois está totalmente fora da realidade. Inclusive ela anda muito suja, muito suja!” Participante 6

E neste movimento de se aproximar do outro, existe uma resposta.

“[...] ela me disse: Veja! Eu já estou conseguindo que o meu pé fique mais limpo (risos) [...] Tem momentos em que ela está muito meiga, muito carinhosa. [...] Muitos pacientes que eu cadastrei, fiquei um tempo frequentando a casa deles e só depois de muito tempo que fiquei sabendo que eles tomavam medicamento de uso controlado.” Participante 6

“Então é todo um trabalho de acolhimento, de aproximação, de confiança, e isso já vem acontecendo. Hoje quando eu vou entrando na casa, ela já me trata melhor do que antes. Mas por enquanto estamos nesse processo de vinculação mesmo.” Participante 8

“Ele tinha um sonho que era desenhar vestidos de noiva, com o tempo me contou...” Participante 9

O Lugar do Poder na Construção do Vínculo

“O discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar.” (Foucault)

Foi identificado também nas falas dos trabalhadores, a existência de um “poder” que o profissional de saúde insiste em estabelecer sem a criação de vínculo. Poder este, que lhe é conferido a partir do momento em que ocupa sua posição de trabalhador na unidade de saúde.

“Meu contato com essas pessoas é só quando vai até sala de medicação para aferir pressão.” Participante 1

“Já era até para ela estar melhor se tivesse uma força de vontade maior de se curar. Ela já teria se tratado no CAPS se quisesse. Mas ela é uma pessoa muito resistente, não seguiu as orientações.” Participante 4

“Só que é assim, nada tem uma varinha mágica que você bate e fala está pronto. Nós precisamos de dois anos, mas a gente conseguiu.” Participante 5

O fato é que o profissional por vezes se utiliza do pólo oposto à criação de vínculo, quando se utiliza do “poder” a ele destinado pelo “patrão saúde” para impor “suas regras e orientações”, que muitas vezes acabam culminando na “tão insistente não aderência” do usuário. Esquecendo que não se trata de poder fazer pelo sujeito, mas sim de fazer juntamente com ele.

E nesse binômio vínculoXpoder, podemos pensar que o vínculo pode produzir certo poder, a partir da confiança, estando em contraposição também a ideia de que o desejo de poder não permite a criação de vínculo.

O caminho do sujeito é somente dele, e é ele quem dirá se quer e quando quer, negociando ou rejeitando as ofertas de cuidado dos trabalhadores.

Considera-se que a distância entre o que é prescrito pelo trabalhador de saúde e

o que é realizado pelo sujeito é diminuída mediante uma escuta qualificada no encontro. Para tal, é preciso considerar o desejo e conhecer quais são as reais possibilidades do sujeito seguir o que lhe foi orientado, como por exemplo, as condições financeiras, a dinâmica familiar, o emprego, etc. Portanto, não trabalhar na lógica da restrição, mas da oferta se faz importante, pois assim o sujeito pode conjuntamente decidir e se responsabilizar pelas consequências (Ministério da Saúde, 2009).

[...] Por mais que as organizações procurem interferir na atuação dos profissionais, eles detêm certos graus de liberdade no exercício de suas atividades. A confiança e o vínculo estabelecidos entre os que prestam serviços de saúde e as pessoas que precisam de cuidados são fundamentais para garantia da qualidade e do sucesso desse encontro entre os seres humanos, que não se reduz à técnica nem à ciência. (PAIM, 2009)

Neste momento, cabe fazer o seguinte questionamento: como são pensadas as ações de cuidado para os sujeitos? Os trabalhadores são quem determinam o que é melhor para ele, sem que o mesmo participe do processo? A fala que se segue expressa essa realidade.

“Era um grupo que acontecia uma vez por semana e participava desse grupo um número limitado de pessoas. Ia um representante de cada equipe. Eu

particularmente indiquei pessoas para este grupo que era para “as pessoas mais difíceis”. Mas, eu não pude mais usar esse tipo de ajuda, pois essas pessoas não estavam mais enquadradas no tipo do grupo, entendeu?” Participante 3

Deste modo, procurando respeitar e acolher a participação do sujeito que sofre nas ações de cuidado, através da criação de vínculos, pode-se falar em uma clínica ampliada, de base territorial? Se sim, como esse território é pensado? Como são planejadas as ações de cuidado entre as equipes da saúde? E as ações intersetoriais? Quais são as demandas das pessoas que procuram atendimento nessa unidade? Quais são as relações que tornam estas pessoas vulneráveis? Não seriam as relações que envolvem a família, os vizinhos, a escola, trabalho, ou seja, o cotidiano?

O Ministério da Saúde (2004), através do Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, diz da possibilidade de se realizar uma clínica ampliada, na tentativa de corresponder com um cuidado afetivo/efetivo, para os sujeitos em sofrimento.

Desta forma, o Ministério da Saúde (2004) conceitua a clínica ampliada como uma clínica que possui compromisso radical com o sujeito de modo singular, assumindo a responsabilidade sobre ele, buscando ajuda intersetorial e reconhecendo os limites do conhecimento profissional e das tecnologias por ele empregadas, que juntos configuram a necessidade de assumir um compromisso ético profundo. E continua:

“Outro aspecto fundamental da clínica ampliada é a capacidade de equilibrar o combate à doença com a produção de vida. A clínica ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida.”

Por sua vez, o filósofo Pelbart (2008), nos fala de uma clínica que deve ser praticada sempre em movimento,

“[...] fora dos espaços de reclusão convencionais, com o que se inauguram outras formas de engate terapêutico, bem como outras possibilidades de conexão com os

fluxos da cidade.” “Estar-presente-em-movimento”, “pôr as pessoas de pé”.

Fecha-se momentaneamente por fim, com estas citações, esta linha de pensamento, sabendo é claro, que ela se estende para além da escrita. Contudo, permanece a necessidade de se produzir o cuidado *com e por* afeto, vazando os espaços convencionais, conforme lembrou Pelbart, para o aumento da potência na criação de vínculo e conseqüentemente transformação na vida dos sujeitos em sofrimento psíquico.

4.5 Linhas de Compartilhamentos: trocas, deslocamentos e co-responsabilidades

*“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”
(Fernando Pessoa)*

Como não poderia deixar de ser e estar nesta cartografia, o ato de cuidar em saúde mental dessa unidade do PSF, permeia a existência da equipe de apoio em saúde mental, ou seja, o apoio matricial tão discutido e propagado nos últimos tempos na saúde.

Isso porque, conforme já falado na introdução e metodologia, esta unidade de saúde da família, possuindo uma equipe de apoio em saúde mental, desde o começo de suas atividades, foi uma das características que impulsionou o desejo de se realizar esta cartografia. Portanto, essa será a linha em que se discutirá o dispositivo do apoio matricial em saúde mental e, por isso, foi intitulada de linha de compartilhamentos: trocas, deslocamentos e co-responsabilidades.

Primeiramente, cabe demonstrar relatos que falam da importância que a equipe de apoio em saúde mental teve no cotidiano das práticas de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico e do quanto a confiança entre estes trabalhadores contribuiu para ser configurada certa efetividade aos casos.

“A facilidade foi quando entrou a equipe de mental, né? Ai, eu quis “bancar” até porque eu confiei nela. Ir à casa com a psicóloga foi uma coisa legal!”

Participante 5

“Minha outra unidade não tinha esse suporte que tem aqui de saúde mental e nós nos sentíamos bem sozinhos mesmo. Acho que aqui a equipe é mais presente. Os pacientes se sentem mais seguros, porque a gente se sente mais seguro e apoiado.” Participante 12

“Uma facilidade nesta equipe é que eles já vêm de uma experiência de matriciamento, eles têm essa perspectiva de discutir os casos. Quando eles veem que tem ações acontecendo, que é possível, que possui um efeito bom, eles integram. Eles começam a acreditar também. Quando eles veem que tal intervenção deu resultado, o fato de não ter ido sozinho, que pode contar com vários profissionais pensando sobre aquele caso, isso tem um ganho enorme. Vai ganhando facilidade no sentido de que ele pode contar com outras pessoas, com outros conhecimentos. Isso causa de fato uma intervenção diferente.” [...] “Tem alguns médicos que tem dificuldade de aceitar trabalhar com outros profissionais. Dizem: Caso de saúde mental? Não gosto! Paciente com transtorno mental? Não atendo de jeito nenhum, passa para o psiquiatra! Aqui eles já aceitam melhor.” Participante 10

“A atuação da equipe de apoio de saúde mental nesse caso exatamente não foi concreta. Concreta no sentido de realizar visitas e consultas, pois como a gente já tem trabalhado com eles há muito tempo, então há alguns caminhos que a equipe mostrou que a gente acaba que já incorpora né? Como por exemplo, de estar trazendo ela para o grupo, para o Fórum da Saúde, para estas atividades fora daqui...” Entrevista 13

Num segundo momento, vale expressar pela fala de um trabalhador, que a existência da equipe de apoio em saúde mental, possibilitou um diferencial a contribuir para o trabalho do NASF quando chega a esta unidade. O relato que se segue, diz dessa chegada e de uma abertura para esta novidade.

“No começo, quando o NASF chegou aqui, houve um combinado de haver um acompanhamento do que a equipe de apoio em saúde mental, que já atuava na unidade desenvolvia. Como eu sou uma profissional de 40 horas, eu acompanho

o que já existia do matriciamento de saúde mental aqui. Foi tranquilo, mas ainda estamos nesse processo de reestruturação de como é que nós vamos dar continuidade para compor com estes profissionais que já fazem um trabalho aqui, né? E é um trabalho rico, forte. Eu pelo menos enxergo essa reestruturação de maneira positiva, pois tem acontecido a possibilidade de diálogo e isso é fundamental para um bom trabalho e até para as mudanças, pois estamos nesse processo agora.” Participante 8

Desta forma, com a entrada do NASF na unidade, a equipe de apoio em saúde mental ficou com ritmo diminuído. E logo que o NASF iniciou suas atividades na unidade, já foram possíveis alguns relatos dessa ação conjunta, entre o NASF e PSF.

“Até então eu tava indo sozinha, mas como agora começou o NASF, a psicóloga e a assistente social estão me dando respaldo, até mesmo no sentido legal... Agora o NASF veio com essa proposta, de acompanhar a gente quando temos esses problemas e eu to tendo agora ajuda lá com a Dona L. O NASF está me apoiando. A gente vai agora à imobiliária para ver como é que está a questão do recebimento do aluguel dela, da aposentadoria do banco, porque coitada, ela é sozinha!” Participante 3

“Eu tenho feito algumas visitas domiciliárias juntamente com a agente comunitária de saúde que tem uma relação muito próxima com a paciente. A psiquiatra do NASF também já foi fazer um atendimento compartilhado com a médica da equipe.” Participante 8

Deste modo, percebe-se que a ação da equipe de apoio em saúde mental conseguiu ampliar o escopo de ações da equipe de PSF, e iniciaram uma prática que seria utilizada pelo NASF. Os próprios profissionais do NASF reconheceram, embora com o pouco tempo de trabalho, que esta unidade possuía um diferencial por ter a experiência com a equipe de apoio em saúde mental.

“A facilidade é que eu não estou sozinha. Tenho essa articulação com o psiquiatra, com o médico clínico, com o ACS. Quando se atende em consultório, às vezes fica mais difícil, né? Até você ligar para o psiquiatra do paciente, pedir

para discutir um caso... Ele vai falar: O quê? Não! Ou seja, muitos ainda infelizmente têm esta postura e aqui não vejo isso.” Participante 8

Após essa rápida contextualização de como esta unidade foi se configurando com a equipe de apoio em saúde mental, e com a chegada no NASF, ater-se-á nesse momento, à discussão do que vem a ser “o apoio matricial em saúde mental”, pois esta cartografia, mapeando o percurso desta unidade com a saúde mental, não está para a discussão do que vem a ser e de como está se configurando o trabalho do NASF.

É fato que, tanto a equipe de apoio à saúde mental, com o nome de matricial ou não, quanto o NASF estão na lógica do que tem sido denominado de matriciamento²⁷.

Os trabalhadores mostraram com seus relatos, que o nome da equipe que realiza o apoio, sendo ela apoio matricial, apoio em saúde mental ou NASF, não está em pauta, mas sim, as mudanças que esse tipo de dispositivo possibilitou no processo de cuidar dos sujeitos em sofrimento psíquico, a partir dessa realidade que é ser apoiado.

Por si só, o conceito não possui poder de transformação, ou a verdade absoluta acerca do que irá garantir um cuidado digno aos sujeitos em sofrimento psíquico.

Deleuze e Guattari (1996) falavam que o conceito é uma criação, assim como a obra de arte do artista. E desta forma, o conceito é invenção humana, que cria um possível, somente a partir do momento em que toca as pessoas para gerar vida, e que não deve ser utilizado como instrumento para ocultar a fragilidade das relações.

“Tudo isso foi pensado aqui, em função da experiência com o QUALIS que a psicóloga que coordenava o PSF na região teve anteriormente. Então ela trouxe um pouco o modelo do QUALIS para a gente aqui. Não tinha esse trabalho como proposta oficial. Agora com a chegada do NASF isso se torna oficial, mas como isso se organiza no território ainda está muito para construir.” Participante 9

²⁷ Os NASF estão para realizar o apoio matricial – fala de Nulvio Lérmem Júnior – coordenação de gestão/ departamento de atenção básica/SAS/ Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde (2009b) afirma existir muitas possibilidades de operacionalização de apoio matricial, sendo duas delas, o atendimento conjunto e a discussão de casos com a formulação de projetos terapêuticos singulares.

O Projeto Terapêutico Singular pode ser conceituado como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas pela equipe de trabalhadores.

Diz-se projeto singular ao invés de individual, pois assim não restringe a criação do projeto enquanto cuidado para um indivíduo, mas, que também pode ser destinado a uma família ou a um grupo de pessoas. O termo singularidade é utilizado ainda para expressar que se procura trabalhar com a diferença, não estando o sujeito cuidado em situação igual à de outro, se se pensa, por exemplo, no que grotescamente faz o diagnóstico (Ministério da Saúde, 2009b).

Mas o projeto terapêutico não é necessariamente para um fim, mas para o começo e devem ser pensados com vistas às ações intersetoriais, com destaque para as ações de suporte social.

A saúde mental tem grande relação com a utilização de projetos terapêuticos, pois nestes espaços de cuidado foram sendo fundamentais pensar para além do diagnóstico e das medicações como terapêuticas.

O fato de a indicação destas ações existirem não deve impedir ou bloquear a criatividade dos profissionais deste serviço, que deve se colocar sempre para além do que é proposto e abrir novos caminhos já indicados pelo território que é singular e cheio de riquezas a serem conhecidas.

E para tal, a organização do processo de trabalho deve ser pensada e estruturada a partir da priorização do atendimento interdisciplinar, compartilhado, corresponsabilizado e em constante construção:

[...] com troca de saberes, responsabilidades mútuas, gerando experiências para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto, etc. (Ministério da Saúde, 2009).

Deste modo percebemos que o matriciamento não é soma de gente para realizar tal serviço de saúde, nem multiplicação dos profissionais e sim ação

exponencial. Deve acontecer como a lógica dos juros sobre juros, ou seja, produzir um novo produto em cima de produtos.

Assim, o matriciamento pode traçar muitas linhas de fuga, que para Deleuze e Guattari (1996) são modos de escapar ao estatuto burocrático, sem cair na fragmentação, ou na reprodução das idéias pré-existentes, conforme se pode observar na fala dos trabalhadores que se seguem.

“Tem uma questão de números, de quantidade de atendimentos. Mas acho que a grande vantagem do matriciamento é a de poder fazer as ações mais ampliadas, mas não sei até quando vai ser possível sustentar isso.” Participante 10

“Você tem uma linha de raciocínio, aí você vai ter que negociar o que está pensando, a sua forma de agir, o que você está vendo ali enquanto sua especialidade. Então, acho que esse jogo de cintura, essa flexibilidade no pensar e no agir é um exercício e que às vezes dificulta sim. Quando você está sozinha você acha que é por ali e vai, mas estando em uma equipe, pede de você uma postura bem mais flexível, de negociação e de conversa mesmo. Até mesmo com relação ao seu jeito de agir e de pensar em relação ao caso, você não está mais sozinha. Tem outra pessoa que vai abrir uma “portinha” e você vai dizer: nossa eu não tinha pensado nisso! E saber ouvir o outro também, né?” Participante 8

Desta forma, a educação permanente pode ser considerada parte das ações pensadas para o matriciamento e, uma vez que pensamos neste tipo de relação, a própria equipe matriciadora também é beneficiada, ou seja, não deve ser um movimento unilateral, no qual existe o doador e o beneficiário, mas sim “multilateral”, em que ambos são doador e beneficiário. A troca, o movimento deve ocorrer o tempo todo.

O filósofo Nietzsche, ao produzir o texto “Considerações Extemporâneas”, no ano de 1874, descreve a diferença entre o erudito e o filósofo. Para o autor, o erudito é o homem que possui certa quantidade de saber, um acúmulo de conhecimento, utilizando-se do seu repertório e carregando o seu peso, não se espantando com o novo, pois para ele, o novo não existe, é traduzido em velho, acreditando possuir um conhecimento prévio acerca de tudo.

O filósofo por sua vez, possui não certa quantidade de conhecimento, mas mantém uma postura de relação com o saber, tendo a capacidade de espantar-se com o mundo, de espantar-se com o novo e de criar a novidade.

Deste modo, ressalta-se a importância de existir uma relação entre a equipe de matriciamento e a equipe de PSF, pois juntos devem ser capazes de criar, realizar o cuidado, a novidade da assistência integral.

A aposta da novidade do matriciamento é a de que os trabalhadores possam produzir cuidado conjuntamente, para além do peso de seus conhecimentos especializados, de quem vem para ensinar, mas como quem chega para criar conjuntamente.

Quando se diz isso, não se está descartando a importância do saber científico, mas alertando-se para o fato de que a valorização do conhecimento puro, sem levar em conta a relação, atrofia a prática do cuidado e não produz movimento. A diferença deve ser olhada como potência que se intensifica no ato de compartilhar, como é possível perceber nas falas que se seguem.

“Essas conversas vão acontecendo hora aqui, hora ali, é difícil ter um espaço onde esteja todo mundo junto. Mas é como uma sanfona, há esse movimento de mola que vai e volta, vai de novo e retorna que fica entre a gente, equipe de apoio e equipe de PSF.” Participante 10

“A gente sempre se orientou no sentido de “fazer com e não por”, acompanhar e dar suporte e isso com qualquer um dos profissionais da equipe. Trazer mais conhecimento e reflexão para que as pessoas que estão na equipe pudessem se ampliar de mais potência na ação, tanto na unidade como no território. Em geral, esse era um momento de certa forma difícil porque você tem que cuidar muito dessa posição. Não dá para ir assumindo e resolvendo, você tem que aguardar e ver o movimento que o outro faz... Isso tudo tem uma delicadeza que não é muito simples e nem muito fácil de fazer.” Participante 7

Pensando nesta sanfona ou mola, relatada pelo trabalhador, que faz menção direta ao movimento, vem à memória os conceitos de molar e molecular, pois desta forma, não seria o matriciamento uma aposta no movimento molecular?

Segundo Barembliitt (1992), o molar se caracteriza como instituição, sendo quem distribui funções e dispositivos, por exemplo, “quem é o artista e onde acontecerá a exposição, o museu e cria critérios de avaliação. Por tal condição, o molar é a ideia organizada, pré-formada, em que a verdade surge, a partir de certo modelo predeterminado e que se cristaliza ao longo do tempo. Já a ideia de molecular diz respeito à prática e ao procedimento que desfaz as funções cristalizadas pelas instituições, pelo molar. O molecular introduz suspensão e descontinuidade, ou seja, movimento.

Se não estamos em busca de um único modo cristalizado de cuidado, estamos nos referindo a um modo molecular em lugar de molar. Busca-se um jeito de funcionar molecular, que rompe com o determinismo. Procura-se, com o trabalho em saúde mental no PSF, o devir.

O matriciamento não pode estar preso a uma só forma de desenhar-se, a uma só fonte de alimentação, que não sustenta sua potência energizante, pois assim acontecem os movimentos de repetição sem diferença, podendo oferecer um pouco mais do mesmo.

O manejo dos casos não deve acontecer pelo poder da profissão do trabalhador, nem pelo poder da lei, mas pelo poder do encontro/diálogo. Se não existe a possibilidade do encontro, ou se ele não acontece, o matriciamento se frustra. O Matriciamento é sempre novo e inacabado – e que bom que é assim, pois o movimento proporciona a liberdade de criar novamente.

Esse movimento e todos os seus desdobramentos devem ser acompanhados pelos trabalhadores, uma vez que esta ação demanda reflexão e abertura.

Entretanto, o matriciamento corre um risco de criar espaços para discussões que se baseiem somente em opções teóricas dos profissionais e esquecer que quem deve estar no centro dessas discussões é o sujeito-família, evitando desse modo, uma ação médico-centrada, ou área-centrada, como psico-centrada, enfermagem-centrada, mas sim sujeito-família centrada.

Deste modo, podemos pensar a interdisciplinaridade, pois nenhum profissional responde a complexidade do sujeito conforme a fala do trabalhador que se segue.

“Posso ter um profissional que tenha um pouco mais de experiência em saúde mental que me ajude, mas não posso passar para ele a bola. Meu trabalho também envolve saúde mental, embora eu tenha profissionais que com certeza podem ter alguns recursos que me ajudam, mas não deve ser algo compartimentado. Senão o pessoal não vai poder fazer atividade física, vai ter que fazer grupo com a psicóloga que é melhor – se houver questões de saúde mental, por exemplo. O educador físico, por exemplo, sabe que a ação dele tem uma repercussão nesses usuários que muitas vezes vão ser acompanhados por outros membros da equipe, que tenham um foco além da questão da atividade física em si e que ele pode sim olhar para a questão da saúde mental. Que a ação dele tem uma repercussão direta no cuidado da saúde mental deste usuário.”
Participante 10

Pode-se dizer então, que o *start* do matriciamento deve ser a abertura, pois propor o matriciamento é propor um encontro que se desdobra em vários outros encontros entre os trabalhadores com seus saberes e entre os sujeitos em sofrimento psíquico com suas possibilidades de estar na vida.

“A gente não consegue ter formação boa para atender essa diversidade toda. Eu já trabalhei tanto na atenção básica sem o PSF, com o PSF e agora no serviço especializado... A gente muitas vezes ignora a maneira de intervir em determinada problemática.” Participante 9

“Somar forças não é fácil; dá trabalho, mas a gente acha isso interessante [...] Essa proposta é uma proposta que leva tempo para ver resultados, mais do que você encher as unidades de especialistas e começar a atender, o que é uma alternativa possível também... Acho mais interessante criar equipes ampliadas ao invés de vários profissionais sozinhos. É mais interessante para o PSF essa possibilidade, mas não acho que seja tranquilo, pois é trabalhosa [...] Se tiver só o educador físico fazendo atividade, talvez ele não consiga abrir tanto e a própria equipe dando suporte para ele pensar outras coisas é muito mais frutífero.” Participante 10

Neste momento, mudando um pouco o foco da discussão, vale a pena pensar agora no matriciamento como dispositivo que está para o território.

Para tal, Gustavo Tenório Cunha²⁸ diz que “matriciar é reconhecer que a produção de conhecimento sai do território”.

Desta forma, se a lógica do matriciamento é a do território, deve-se entender que os recursos a serem utilizados nas estratégias de cuidado precisam passar pelo território e se não houver, os profissionais devem criá-lo e esse processo criativo exige uma articulação da rede, postura política, etc. O território possui seus limites, mas também suas potências.

Contudo, pode-se perceber através da fala de um trabalhador, que o PSF se encontra muitas vezes seguindo um ritmo oposto à lógica do que vem propor o matriciamento.

“PSF não é vigilância para querer saber sobre doença. PSF no meu entendimento é pensar em cuidado no território, olhar para a vida das pessoas que potencialmente podem vir a desenvolver alguma doença ou não [...] Exige uma maior complexidade no trabalho. As pessoas ou não sabem trabalhar assim ou não querem trabalhar assim, pois se compararmos o serviço do PSF percebe-se que ele exige muito mais do que um ambulatório onde a dinâmica é mais fácil de levar... Eu abro uma agenda, tenho x consultas por semana, se o tratamento é por aqui bem, senão passo para a atenção terceirizada... E aqui no PSF a lógica é outra.” Participante 7

O matriciamento é, portanto, terreno de intercessão entre os diferentes modos de pensar e atuar na saúde mental.

Se PSF ainda pensar a saúde mental como mais um “programa que eles têm que dar conta”, a vida real dos sujeitos em sofrimento psíquico não será atingida, pois conforme se sabe, todo programa possui um fim. É esse o ponto de encontro de uma lógica mais pragmática e de uma mais aberta. Este ponto é conflitivo e tal conflito deve sempre ser considerado, pois é real. O bom do conflito é que ele sempre desestabiliza, gerando deslocamentos.

²⁸ Gustavo Tenório Cunha é consultor da Política Nacional de Humanização e esta fala foi proferida no Seminário intitulado "A questão do Matriciamento na ESF: desafios e estratégias de ação", realizado no dia 03 de abril de 2009, Centro de Saúde Escola do Butantã no município de São Paulo.

Segundo Deleuze (2002), o Devir é caracterizado por mudanças constantes, acontecimentos que saltam para fora, que extrapolam para além do que acontece em determinado período da história – enquanto memória – é algo novo, que se inventa. No Devir, cada sujeito pode assumir diferentes formas, um desejo constante, é um processo aberto e não programado a ser cumprido.

Quando se fala sobre o devir, fala-se acerca das “transmutações radicais de valores que inauguram um pensamento e que se traduz na criação de territórios existenciais inéditos”; segundo Nietzsche, devir é aquilo que nos “arrasta à vontade de potência. São as mutações, as mudanças de ritmo que se impõem e as estratégias de vida que desenvolvemos para realizar nossa natureza” (SAIDÓN, 2008).

Algumas dificuldades foram identificadas nas falas de trabalhadores e tais dificuldades fazem conexão direta ao raciocínio da lógica de trabalho fragmentada, que busca solução rápida e prática.

“Aí, a mãe conseguiu internar ele no Hospital São Paulo, na psiquiatria de lá. O tratamento foi lá e hoje ele está bem. Não vou dizer que ele está ótimo, mas está bem [...] Olha, paciente da mental para mim aqui é muito mal atendido. É um pessoal que só enrola, enrola e não faz nada! Não resolve nada! A nossa reunião de saúde mental é um dia perdido para mim. Enrola, fala de um caso, fala de outro, diz que vamos fazer isso, fazer aquilo, marcar tal coisa, e só fica marcado, não sai disso. Eu só vou porque eu sou obrigado a ir. Os pacientes continuam do mesmo jeito. Para mim foi decepcionante e continua sendo.” Participante 2

Pensar saúde mental não trabalha na lógica da resolutividade, mesmo porque se se pensar resolutividade como forma de sanar os problemas, ou tornar inexistente o sofrimento, do outro, isso nunca poderá ser contemplado.

Então, que resolutividade é essa esperada? Verifica-se que por vezes o que os trabalhadores do PSF demandam dos trabalhadores do apoio matricial é um tratamento mágico, com alguma técnica mágica, que por vezes ainda passa pela internação, pelo afastamento do sujeito em sofrimento psíquico do seu território, pela opção por internação, pelo manejo exclusivo de especialistas que dominem técnicas mágicas de fazer calar a fala que incomoda. Isso faz com que se tenha

uma escuta seletiva que passa mais pela medicação, que é de extrema ordem prática.

Entretanto, esse tipo de resolutividade que se espera da parte de muitos profissionais do PSF não deve ser o esperado dentro da lógica do que propõe o matriciamento.

A forma como se dá o trabalho do matriciador, não é contemplar à forma ambulatorial de trabalho com consultas individuais. O argumento que se segue justifica melhor esta lógica de trabalho proposta com o matriciamento, que foge à lógica de trabalho observada pela prática do PSF.

“Às vezes parece que as pessoas estariam mais felizes se colocassem você numa sala com uma agenda para atender. Mas essa forma de trabalho, não permitiria justamente isso que a gente tem de interessante que é articular as áreas de conhecimento de forma mais integrada. Agora, com isso não dá para a gente justificar milhões de atendimentos, não para esta ser a proposta. Em algum momento a gente vai ter que desvencilhar esse nó das expectativas de uma coisa ou de outra. Por isso que às vezes se privilegia casos mais graves, no sentido de complexidade, não de diagnóstico. Mas porque tem uma série de fatores que contribui para que o caso não ande. Mas essa não é a lógica do sistema.” Participante 10

O Ministério da Saúde (2010) registra o seguinte texto, que diz respeito a esta discussão.

“Apoiar equipes é intervir com elas em processos de trabalho, não transmitindo supostos saberes prontos, mas em uma relação de solidariedade e cumplicidade com os agentes das práticas. Apoiar é produzir analisadores sociais e modos de lidar com a emergência de situações problemáticas das equipes, para sair da culpa e da impotência frente à complexidade dos desafios do cotidiano da saúde. Apoiar é construir rodas para o exercício da análise, cujo efeito primeiro é a ampliação da grupalidade, entre aqueles que estão em situação de trabalho.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Entretanto, a lógica do encaminhamento é ainda, por vezes, a lógica do PSF, mesmo com a equipe de apoio.

“Aqui na unidade, chega-se a marcar o contato com o paciente quando a pessoa tem algum problema, depois é encaminhado pro “seu devido lugar”.
Participante 3

Em contrapartida a esta fala, espera-se que o PSF assuma seu lugar de responsabilidade no ato de cuidado do sujeito com sofrimento mental.

O termo encaminhamento remete ao ato de encaminhar o sujeito para um atendimento com outro trabalhador ou mesmo de serviço de saúde, podendo significar que ele nunca mais tenha que retornar. Por que então não pensar em outro nome para o encaminhamento, para que possa ser transmitida da ideia de que encaminhar não significa deixar de se responsabilizar e sim conduzir, mostrar um lugar em que o sujeito poderá receber um cuidado que esteja mais coerente com sua necessidade e que nem sempre pode ser oferecido somente no espaço da atenção básica.

O termo “compartilhamento”, já utilizado para as ações do matriciamento pode ser empregado nestes casos, pois ele não exclui a necessidade de outro olhar, mas ao mesmo tempo remete ao fato de que o sujeito encaminhado é também responsabilidade de quem encaminhou.

Contudo, é sabido que não é tão simples assim. Não será pela simples mudança de um termo que a forma de cuidado será alterada, mas a reflexão deve fazer pensar a respeito da prática realizada.

Segundo os trabalhadores, a realização das ações de cuidado com os sujeitos em sofrimento psíquico deve ser realizada de forma conjunta, de forma a assumir sua responsabilidade no caso - enquanto PSF - sem se esquecer de que existe, é claro, a co-responsabilidade com outros serviços.

“A ESF tem a intenção de intervir nesse território. É claro que você tem graus de complexidade que você tem que contar com todos os recursos que tem na saúde. Mas o ideal é que mesmo assim, mesmo encaminhando o usuário para o CAPS, por exemplo, ele não deixe de ser acompanhado pela equipe.” Participante 10

“A gente está acompanhando e é para sempre, né? Bom, acho que enquanto a gente estiver aqui e ela estiver morando por aqui a gente vai cuidar dela.
Participante 13

“Elas não só devem ser atendidas como são atendidas. Acho que é assim. Tem casos que dá para atender só aqui, outros devem ser atendidos em conjunto.”
Participante 14

“Dependendo do problema de saúde mental não dá para ficar só na atenção básica.” *Participante 11*

Portanto, se existe o encaminhamento, que o trabalhador tenha consciência de que aquele sujeito que foi encaminhado para outro serviço não está deixando de ser da sua responsabilidade. Significativamente, um trabalhador, ao relatar que um sujeito em sofrimento psíquico está sendo atendido pelo CAPS, expressa que ao mesmo tempo ele está sendo cuidado no CAPS, e ainda sendo cuidado pela unidade de saúde da família.

“Há oito anos essa família é assistida. A mãe dele faz tratamento conosco estando no CAPS.” *Participante 5*

Contudo, não se pode esquecer que, embora exista e venham e existir normatizações acerca do matriciamento, as formas como eles vão acontecer vão ser as mais variadas, pois vários são os CAPS, NASF, as equipes de apoio em saúde mental – enquanto singularidades dos sujeitos trabalhadores. Não tem porque serem iguais, se os próprios territórios são diferentes. As falas que se seguem corroboram essa constatação.

“É tudo muito formalizado, tem sempre que passar em reunião. É muita coisa muito rígida e não dá para ser tão rígido assim. A distribuição dos profissionais ali poderia ser melhor. A orientação de como trabalhar em uma equipe de PSF não foi feita dentro da unidade, com os profissionais, foi importada. Essa é uma dinâmica que não serve, não existe forma. O PSF é uma coisa muito própria de cada lugar. Todos os PSF são diferentes e é por isso que tem dado certo. Mas acho que se acerta isso, isso é o de menos.” *Participante 11*

“Você fazer apoio matricial é uma coisa que não tem padrão. Na verdade eu e outras pessoas que trabalhamos juntos, a gente vinha funcionando de realizar

apoio a partir de certa necessidade. A necessidade que a equipe levantava a gente ia pensar junto, como executar junto, fazer a visita junto. Mas as necessidades de cada equipe foram várias. Enquanto que para uma a necessidade era mais fazer a VD junto, em outros era discutir medicação, efeito colateral da medicação, em outra era fazer uma atenção em grupo. Fora que em uma equipe, houve uma troca maior de médicos, o que desestabilizou muito mais o processo de acompanhamento. Cada uma das equipes embora na mesma área, no mesmo lugar, elas tiveram dinâmicas diferentes.” Participante 7

“Mas a realidade daqui é diferente então é difícil a gente entrar num molde.” Participante 5

Entretanto, a sensação de que é preciso sempre mais permanece. Mesmo criando estratégias para melhorar o serviço, o cuidado nunca é pronto, acabado, e sempre se espera que algo o venha completar.

“Mas na verdade era muito insuficiente porque uma vez por mês para discutir tudo o que era feito semanalmente era pouco, a gente supria um pouco, mas a gente telefonava um para o outro, fazia contatos dessa forma mais informal.” Participante 7“

E que bom que essa sensação de que nunca está completo existe, pois o que está na totalidade não se pode mais preencher.

As coisas acabadas correm o risco de permanecerem intactas, sem movimento, do mesmo modo como é com a vida, quando ela perde o movimento, pára, é constatada a morte.

Por fim, espera-se que o matriciamento possa produzir vida, movimento e que não seja mais um dispositivo a trazer peso aos trabalhadores, mas sim alívio para o compartilhamento das ações de cuidado em saúde mental.

4.6 Linhas de transposições: construir e desconstruir continuamente

“Arre, estou farto de semi-deuses! Onde é que há gente no mundo?” (Fernando Pessoa)

No decorrer desta construção cartográfica, percebeu-se que existem entraves que dificultam a realização do cuidado em saúde mental, nesta unidade de saúde da família, e que estes dificultadores estão relacionados ao modo de pensar o processo saúde e doença, o diagnóstico e a medicação, e repensá-los é uma premissa na tentativa de organizar um modelo assistencial à saúde.

Contudo, iniciada esta discussão, refletindo acerca do processo saúde doença em que foi possível perceber que os trabalhadores já começam a compreender melhor sua causa, a partir do cotidiano, sendo socialmente determinada.

“Havia uma moça que estava sendo ameaçada de morte pelo marido porque ela queria a separação e estava enlouquecendo.” Participante 3

“Tem uma moça da minha área que trabalhava normalmente que depois perdeu o emprego. Ela tem uma filha que ficava com a mãe dela na Bahia. Quando ela perdeu o emprego, não sei o que houve com a menina que a mãe dela mandou a menina para cá. Ela então desempregada e com a menina começou “a dar piri-paqui”. Ela começou a ser garota de programa, a sair com todo mundo lá, bem no desespero, porque não tinha outro jeito e começou a ficar meio “descambada” mesmo. Começou a pegar dinheiro para jogar. Sabe aquelas maquininhas de bar que é proibido agora? Então, ela pegava dinheiro e ia nessas maquininhas, bebia e tal...” Participante 2

Na década de 1970 o modelo médico assistencial começou a crescer mediante a forma de pensamento do modelo da história Natural das doenças criados por Leavell e Clark, que pressupunham que o processo saúde/doença acontece de forma linear, e que acabou tornando-se a fôrma onde residem os pensamento de grande massa de profissionais.

Em contraposição a este modelo pensado e difundido por Leavell e Clark, está concepção do processo saúde-doença pensado a partir da determinação social, na qual os fatores que estão relacionados ao modo de vida dos sujeitos produzem força e desgaste, que potencialmente possui ligação com a saúde (QUEIROZ, 1996).

Paim (2009) diz que saúde corresponde a um estado da vida, um modo de levar a vida. Então, a partir desse pensamento, pode-se relacionar as ações de saúde dos serviços às ações relacionadas à vida.

Para Saidón (2008), a teoria dos encontros, trabalhada por Deleuze, era baseada em Espinosa, pois para ele existem encontros entre partes que compõem e que decompõem. Encontros estes que, no plano dos afetos são captados como encontros alegres e encontros tristes, sendo estes últimos a causa de muitas doenças.

Argumento este, que complementado ao ponto de vista de Rotelli (1990) acrescenta força a essa relação, pois o autor, ao defender os projetos de desinstitucionalização, demonstra que os mesmos devem residir na ruptura da causalidade doença-cura, problema-solução, culminando na potência da reconstrução da vida real das pessoas enquanto sujeitos históricos, sendo necessário para isso, transformar o modo de viver e sentir o sofrimento deste “paciente” em sua concretude, ou seja, no cotidiano; mobilizando todos os atores envolvidos, promovendo a capacidade de auto-ajuda e de autonomia das pessoas, enriquecendo as competências profissionais e os espaços de autonomia e decisão; demolindo a compartimentalização das terapias (psicológica, médica, farmacológica, etc.); valorizando a dimensão afetiva na relação terapêutica, utilizando-se de esforços sociais, entre outros.

Resumindo, a complexidade da tarefa será a de intervir na existência – sofrimento - remetendo-se sempre ao processo da reconstrução do sujeito, através da mudança concreta do modo nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, pois o objetivo a ser alcançado não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização dos espaços coletivos de convivência dispersa (ROTELLI, 1990). Ou seja, há a necessidade da conformação de espaços coletivos, de lugares de reflexão crítica, de produção de subjetividade e constituição de sujeitos (CAMPOS, 2000).

Nessa sequência, de forma relevante, muito foi observado na falas dos trabalhadores que o médico ocupa um lugar de saber hegemônico que está ligada ao pré-requisito legitimado pela classe dos próprios médicos e pela sociedade que é o poder de diagnosticar.

“Sei que nessa reunião é discutido o paciente que tem algum problema psíquico, mental no caso, que o ACS relata para médica da equipe [...] Pode ter uma reunião para os pacientes de saúde mental conversarem com o médico psiquiatra.” Participante 1

“O NASF ficou sabendo desse caso porque eu cheguei e falei em particular primeiro com a médica, né? E ela falou que eu podia falar com o NASF. Sempre temos que pedir ordem para nossa médica, né?” Participante 3

“Eu acho que se nós tivéssemos um psiquiatra aqui dentro não teria problema algum em atender saúde mental [...] Está sendo muito difícil... Porque eu nem sabia que ela tinha esse diagnóstico, esse transtorno [...] Ela estava transtornada mesmo. Ela queria sair atrás do filho dela que estava na escola. A médica do posto não medicou porque ela queria que a paciente chegasse ao hospital de referência psiquiatra com o transtorno, porque se ela chegasse mais calma talvez não fosse diagnosticada corretamente [...] Só lembro que depois foi medicada e foi diagnosticado transtorno compulsivo, se não me engano.” Participante 4

“Inicialmente a ideia era de certa preceptorial mais ligada à psiquiatria e efetivamente me parece impossível fazer uma coisa tão isolada, tão substancial e específica, porque na hora que você vai discutir o caso não se discute só o diagnóstico psiquiátrico. Você discute o que a pessoa vive, as questões sociais, enfim, estas coisas não são separadas umas das outras.” Participante 7

“Tem um caso que nós estamos acompanhando agora em uma das equipes e que além de mim, outros profissionais estão nesse início de até mesmo fechar um diagnóstico em relação aos comportamentos que ela vem apresentando.” Participante 8

Contudo, o valor do diagnóstico só vai ter sentido a partir do contexto do contato, da relação com o sujeito, com a família. Sair do plano das discussões

meramente teóricas, que somente polarizam a equipe. A presença da família deve convocar a equipe para o real valor do diagnóstico, quando estes estiverem a pensar sobre os atos de cuidado para o sujeito em sofrimento psíquico, pois o diagnóstico está para o sujeito-família e não o inverso. A vida é tão ampla que extrapola as questões do diagnóstico que pode paralisar. O diagnóstico psiquiátrico não pode retirar a identidade do sujeito, não pode ser a primeira preocupação dos trabalhadores.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004):

“O diagnóstico pressupõe uma certa regularidade, uma repetição. Mas é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, isto é, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso, abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção, e é possível propor tratamentos muito melhores com a participação das pessoas envolvidas”.

A psiquiatria enquanto campo da medicina encontra diversas e exaustivas discordâncias com outros campos que também colocam seu olhar sobre as pessoas intituladas com transtornos mentais. Um exemplo fácil de citar seria a própria utilização do termo saúde mental, do qual psiquiatria disputa a hegemonia sobre o campo.

Um das grandes críticas que sofre a psiquiatria deriva de sua intenção de sempre “patologizar”, criar e divulgar um diagnóstico para o sofrimento humano, sem conseguir expressar claramente onde está e como se dá a doença mental propriamente dita. Como mensurar, quantificar, definir? Haveria um instrumento tão potente a ponto de abranger toda a complexidade humana que nada escaparia?

Deleuze (1992) fala acerca da sociedade do controle que opera ao ar livre. O ato de controlar não se encontra somente em lugares como o manicômio, mas em todo lugar não existindo mais espaço-tempo.

“[...] o campo da saúde mental consiste num corpo de conhecimento cuja operacionalização, mediante o dispositivo conceitual tributário do raciocínio médico – psiquiátrico - não se dá sem grandes dificuldades (BASTOS e CASTIEL, 1994).”

Deste modo, se a definição de um diagnóstico é a finalidade de alguma intervenção, ou o fim do ato cuidador, o cuidado integral não acontece.

“A dificuldade maior não era de fazer o diagnóstico, mas sim como conseguir efetivamente dar algum tipo de apoio. E aí, foi pela questão da pressão alta que ele reconhecia a questão e ele foi topando, topando. Acabou que formou um vínculo com a unidade.” Participante 7

Um trabalhador ao descrever seu relato de caso, possibilitou a verificação da unidade básica de saúde da família como um serviço de saúde que possui um lugar que visa cuidar de forma integral, ampliando o cuidado para além da doença.

“Eu tive outro caso, de um rapaz novo, casado com uma mulher bem mais velha, e ele me pediu ajuda desesperado. Ele não aguentava mais o relacionamento, porque a esposa judiava muito dele. Aí veio o casal, eles fizeram “um tratamento aqui” e no fim acabaram se separando, mas porque realmente a coisa não estava legal para eles. Enfim, a gente tem esse tipo de ajuda. Participante 3

Relato este que produz alívio para o sujeito trabalhador da saúde em geral, pois é fato que a cada dia que passa, as intervenções nas unidades de saúde da família são cada vez mais fragmentadas, com o tom de especializadas. Mas, se na produção desta cartografia é possível uma abertura para o desabafo, pode-se questionar: até quando há de se conviver com uma saúde esquizofrênica? Ou seja, que esteja cindida, rompida, fora do que é a realidade de cuidado que necessitam os sujeitos que estão em sofrimento psíquico. A saúde mental não é parte somente da psiquiatria ou psicologia, é parte da enfermagem, fisioterapia, e até engenharia.

A seguir, os relatos mostram o quanto o ato de “colocar pecinhas iguais nas caixinhas”, no sentido de produzir, etiquetar e divulgar velhos conhecimentos, com medo dos novos aparece na fala do trabalhador. O pragmatismo e objetivismo não cabem mais nas complexidades das ações de cuidado à saúde.

“A gente tem pensado até em mudar o nome dessa intervenção, pois caminhada parece algo tão simples, né? Outro dia me fizeram uma fala que eu fiquei pensando sobre ela. Falaram que a caminhada era bem cara, pois havia tantos

profissionais capacitados envolvidos e que caminhar realmente é uma ação que qualquer um é capaz de fazer... Eu confesso que fiquei até um pouco desconfortável com essa fala, mas ela me questionou, pois de fato não é só uma caminhada. Talvez a gente precise até de outro nome para qualificar isso que a gente faz e até para ser reconhecido pela comunidade. Se for só uma caminhada, eu não preciso colocar lá um psiquiatra, um psicólogo, mas quando eu penso em uma ação mais ampliada achar um nome para isso é um problema, não tem um rótulo que olhando para ele se consiga identificar, mas precisamos ter essa crença de que uma clínica ampliada funciona. Normalmente a crença é: se eu tenho um profissional que está sentado disponível para atender funciona, porque eu o vejo lá atendendo. Mas ainda estamos criando ações, desde as individuais, em grupos, com os ACS, que ofereçam suporte a este tipo de clínica. E nem sempre o psicólogo está em toda caminhada, eles vão circulando, e é nesse sentido também de ir ampliando, não precisam estar fazendo sempre a mesma coisa. É claro que um fica mais presente, no caso da caminhada é o educador físico que faz essa ponte. Participante 10

“Aqui nos fazemos acompanhamento e prevenção da doença. O PSF visa o homem como um todo e tem que ser assim.” Participante 3

A utilização da medicalização aparece ainda como o centro do tratamento. E esse lugar lhe é conferido pelos próprios trabalhadores.

“Outro caso, é de um rapaz que tem problemas de distúrbio mesmo. Ele já estava querendo bater na mãe, que era a única pessoa que ele respeitava. Os pais eram separados. Eu levei lá o psiquiatra várias vezes. Ele ia lá só olhava o cara e aumentava e diminuía o remédio e ficava por isso – o rapaz sempre na mesma situação.” Participante 2

“[...] eu falava que tomava medicação, e que estava sendo muito bom. E acho que eu comecei a fazer propaganda da medicação e aí todo mundo começou a procurar a doutora e pedia para ela não falar nada para ninguém que tomava, nem para a chefia. E por que, por que este preconceito, né?” Participante 5

“Então, nós a encaminhamos para o CAPS para tomar outra medicação. Ela só foi buscar a medicação, não quis ser acompanhada lá. Atualmente ela aceitou

ser tratada aqui, mas com a psiquiatra do NASF, não com a médica da família porque ela não se deu bem com o remédio que essa médica passou anteriormente.” Participante 4

“[...] Conseguimos a aderência dela ao tratamento através do cigarro. Ela queria parar de fumar e a gente entrou por aí, com medicação para parar de fumar e também pela psoríase, pois nós a levamos para o dermatologista. E agora ela está começando a aderir, está tomando a medicação psiquiátrica...” Participante 12

A própria atenção básica é uma estratégia para combater a “medicalização”, conforme Amarante (2007) vai dizendo ao construir seu raciocínio com relação a este ‘dopante’ jeito de cuidar em saúde e principalmente com relação às pessoas em sofrimento psíquico.

Para o autor, o termo medicalização possui dois significados. O primeiro significado “medicalização” é apresentado por Foucault e Ivan Illich entre os anos de 1975 e 1977 e diz respeito à medicina que, se apropriando tudo o que não era relacionado à ordem médica, foi tornando as questões de ordem social, política ou econômica, como questões inerentes à medicina. Assim, todos os movimentos da vida que entrassem em desacordo com o sentimento de bem estar, viraram problemas de saúde e por isso seriam medicalizados.

O segundo significado, que recebe o nome de “farmacologização” ou “medicamentação” se dá em consequência da explicação anterior e diz respeito aos medicamentos serem utilizados a fim de que respondam às questões entendidas como patológicas.

Agora cabe refletir. Se a saúde em seu aspecto mais amplo e até clinicamente falando, propaga que a utilização de medicamentos é a principal forma de tratamento, o que se pode esperar com relação à saúde mental, que na maioria das vezes ainda é vista como um problema médico-sanitário?

Difundiou-se a ideia, entre a população, de que a “medicação é remédio para todo sofrimento”, nascendo uma concepção de um processo denominado de “medicalização da vida”. Tal ideia se torna desastrosa demais quando em meio à própria equipe de saúde é vista como uma verdade, substituindo um cuidado que esteja voltado para o enfrentamento desse sofrimento de outra forma, valorizando

as próprias potências do sujeito. Sabiamente o Ministério da Saúde (2009b) afirma que “a vida é mais ampla do que os meios que a gente vai encontrando para que ela se mantenha saudável.”

Neste contexto, a saúde mental na saúde da família possui também este papel de “desmedicalizar a vida”.

É necessário ampliar. Muitos trabalhadores já conseguem ampliar sua visão, pensando em outras técnicas terapêuticas que não a medicamentosa.

“Outra coisa que a equipe fez foi um enfrentamento, onde colocaram a mãe e a avó e fizeram perguntas, onde um achava que fulano estava errado e o outro colocava todos os pontos e vice e versa. E com esse enfrentamento eles colocaram tudo para fora.” Participante 5

“Entendendo essa preocupação de que não é condicionamento físico, aferir a pressão... A gente está ampliando um pouco esta discussão. Não que a caminhada seja o atendimento prioritário para a saúde mental, mas é interessante ter esses recursos para acompanhar esses pacientes, monitorar mais de perto e dar alternativas de tratamento que não seja uma coisa só da medicação, só de um atendimento individual restrito onde você não consegue uma ação mais integrada a determinados contextos e redes, como ampliação de amizades. Parece-me que isso tem um bom retorno.” Participante 10

Este tema de tão importante que é apareceu nas diretrizes para a implementação do Programa Nacional de Humanização do SUS, quando se falou ser necessário estimular práticas de atenção compartilhadas e resolutivas, racionalizar e adequar o uso dos recursos e insumos, em especial o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b).

As falas que se seguem, possibilitam pensar que a atenção básica e suas ações de cuidado para com o sujeito em sofrimento psíquico possui movimentos semelhantes aos da Reforma Psiquiátrica, pois ambos devem se colocar opostamente ao modelo hospitalocêntrico e manicomial. Mas também, não se deve deixar de dizer o quanto ainda é necessário caminhar nesta luta de combate à

exclusão em que acontecem muitas internações psiquiátricas, enfim, no quanto a mudança de paradigma no cuidado desses sujeitos ainda deve ocorrer.

“O bom é que nós temos um PS aqui próximo. Quando tem alguma emergência lá tem ala de psiquiatria. Agora a gente tem essa retaguarda boa aí. Com a internação psiquiátrica a gente não trabalha aqui, que em alguns lugares é o mais grave. Nestes anos que estou aqui eu nunca encaminhei.” Participante 11

“Acho que a pratica é essa, é você não esconder, não colocar em um hospital. Não que isso não vá ser importante em alguns momentos, não é isso que estou dizendo, mas que existem outros recursos também que vão ajudar essa pessoa a se sentir melhor nesse meio em que ela vive!” Participante 8

Lancetti (2008) aponta que a proposta da saúde da família é o lugar possuidor de grande potência para conquistar a radicalidade da desinstitucionalização. E, ao contrário das outras formas de se conceber saúde, que a saúde mental encontra sua complexidade de ações e serviços de saúde, não na atenção terciária, na qual encontramos as respostas prontas, já dadas e protocoladas, mas sim, na própria atenção básica, pois esta envolve a família e a comunidade, elementos indispensáveis para o cuidado em saúde mental, conseguindo atuar de forma mais efetiva.

V. LINHAS DE EXTENSÃO: ÚLTIMOS MOVIMENTOS

“Todos os meus escritos ficaram inacabados; sempre novos pensamentos se interpunham, associações de ideias extraordinárias e inexcluíveis, de término infinito. (Fernando Pessoa)”

Poder “concluir” que esta cartografia não se conclui, afinal é uma cartografia e por isso possui movimento, possibilitou meu crescimento em dois aspectos importantes da minha vida - pessoal e profissional - que embora não existam separadamente, assim o farei para melhor poder explicá-los.

Ao iniciar a construção deste mapa, era apenas uma profissional recém formada, sem a experiência da prática cotidiana de cuidados da saúde mental na dureza e potência do serviço de saúde.

Hoje, posso dizer que continuo sendo apenas uma profissional, só que agora mais apaixonada pela prática cotidiana de cuidados em saúde mental, já que nela me encontro há nove meses, o que de certa forma, bombardeou meus pensamentos, ao realizar esse mapa e que por vezes pode ter me afastado de condutas científicas, como citar sempre um autor logo depois que me coloco a pensar.

Parafraseando Fernando Pessoa (1910) neste momento “final” é inevitável não dizer que:

“O caráter de minha mente é tal, que odeio os começos e os fins das coisas, porque são pontos definidos. Afligi-me a ideia de que se descubra uma solução para os mais altos e nobres problemas de ciência e filosofia; horroriza-me a ideia de que uma coisa qualquer possa ser determinada por deus ou pelo mundo [...] Contudo não sou mau nem cruel; sou louco e isso dum modo difícil de conceber.”

Esta cartografia, muito mais do que oferecer respostas prontas de como devem ser as ações de cuidado em saúde mental no PSF, permite que exista espaço para a insistente necessidade de se refletir, repensar, buscar e de

constantemente estar construindo o cuidado em saúde mental, que não pode estar dissociado da vida.

Contudo, foi possível perceber o quanto o apoio matricial contribui para as práticas de cuidado em saúde mental no PSF, o quanto experiências micro-políticas tendem a potencializar a ação da macro-política.

Não pode haver matriciamento, cuidado em saúde mental sem olhar para o território dos sujeitos. E esse território é potência que necessita ser legitimada no PSF. Pois, os projetos para pensar o cuidado em saúde mental no PSF, que hoje englobam o macro político – as Políticas Públicas de Saúde foram criadas a partir do micro político, das relações, do cotidiano.

Com relação à rede que por vários momentos foi citada e questionada, podemos dizer que, para além de todas as suas utilidades, ela também serve como instrumento de descanso, de brincar, de prover alimento, sendo que todas essas formas de pensar nos conduzem a formas de cuidado e cuidar!

E o que dizer nesses momentos finais com relação às ações de cuidado em saúde mental no PSF? Podemos dizer que foi possível perceber que a atenção básica utiliza-se cada vez mais de conceitos antes somente utilizados pela saúde mental, como o projeto terapêutico singular, no qual se percebeu também de antemão que os saberes específicos da saúde por si só não respondem com amplitude as questões da vida, necessitando vazar pelas várias áreas como a cultura, educação, trabalho e etc.

A questão do cuidado em saúde mental no PSF não é somente uma questão de dentro ou o fora, se o sujeito em sofrimento psíquico deve ser ou não cuidado na atenção básica, mas sim, o dentro-fora, o constante movimento como a vida, ou seja, por horas ele terá de ser cuidado intensamente pelo CAPS, em outros momentos será o PSF quem se encarregará de seguir cuidando.

Aprendemos também que o direito do outro de ter acesso à saúde deve questionar nossas relações.

Também, muito se discutiu acerca das diretrizes da atenção básica com relação à saúde mental, mas fica ainda a pergunta: qual a diretriz da saúde mental para a atenção básica? O que desejamos nós que cotidianamente trabalhamos com a saúde mental para a atenção básica, para o PSF? Desejamos seguir, desejamos construir, realizar matriciamentos de produção de vida, pois a saúde mental na

atenção básica nunca será equacionada, pois a complexidade das ações e intenções da saúde mental na atenção básica não permite que sejam criadas receitas infalíveis para o cuidado efetivo, mas se esse cuidado for afetivo, movimentos irão possibilitar o alcance de novas práticas.

Neste momento, vale dizer que, a análise foi sendo desenvolvida, a partir da escrita viabilizada pelas dúvidas, pelos questionamentos, pela busca. Forma esta, que desejamos ser de potências criativas, pois é a partir dessa abertura que se pode inventar linhas de fugas. E esse momento final não aconteceria de forma diferente, pois seguir esse percurso possibilitou ampliações de linhas cartográficas que devem nos conduzir a buscar por outras respostas, como as que impossivelmente me saltam à mente nesse momento, como por exemplo, que consequências têm nossas práticas? O que produzimos com nossas intervenções? O que produzimos como intervenções de cuidado, a partir da Política Pública que nos é apresentada? Para produzir o quê, que nós pensamos em “matriciar” e “apoiar”? Nossa clínica tem efeitos políticos e/ou afetivos na vida das pessoas que atendemos diariamente nos serviços de saúde? O que é este serviço dentro da concepção de saúde que aqui tentamos discutir? O que é, portanto, garantir a integralidade? Como ampliar o acesso à saúde dos sujeitos em sofrimento psíquico?

Por fim, sabemos que o afeto pode produzir muitas coisas. Neste momento, em que as palavras tendem a diminuir até se calar num breve momento, termino pensando que trabalhar na saúde é sempre defender algum valor e como a saúde mental não está descolada da saúde, trabalhar neste contexto de saúde X saúde mental X atenção básica é sempre defender a vida.

Certa vez li que os livros duram mais que seus próprios assuntos, dando uma relativa estabilidade às coisas, cujo modo de existir é pura transitoriedade, como idéias. Essa dissertação, o seu assunto é uma circunstância histórica da saúde mental na atenção básica: seu percurso existencial em determinado tempo. Portanto, as ideias aqui registradas devem ser consideradas em sua circunstancialidade.

Assim, pude desenvolver e coletivizar, mesmo que minimamente, minha experiência como cartógrafa, pois da mesma forma como em determinados

momentos escrever é parar, em outros é seguir. Que o desejo de um cuidado digno em saúde mental seja de fato “aspirado e multiplicado” em nossa sociedade.

Que este trabalho possa servir como *informação* e não *deformação*, pois a informação traz em si potencial de transformação que vai depender da abertura e disposição do outro, enquanto a formação de antemão atesta que deva existir necessariamente uma mudança, ou seja, a participação do outro nem sempre é possibilitada.

O que seria então o cuidado da saúde mental na atenção básica? Todos querem essa resposta! O que podemos dizer para quem a procura, é que nessa tentativa, existem hipóteses, erros, luta, cansaço, paixão... Não existe nem existirão cadernos ministeriais e teorias complexas que darão conta magicamente de nos fazer alcançar o cuidado em saúde mental na atenção básica. Mas, pelo que pudemos apreender, o critério para esta relação entre a atenção básica e a saúde mental deve ser a vida, não somente a saúde ou a doença.

Nietzsche dizia: “não há ações espetaculares para mudar o mundo” e parafraseando o grande filósofo, após a construção deste mapa, podemos fazer dessas palavras as nossas com relação à saúde mental e seu cuidado na atenção básica, pois não existirão ações espetaculares que mudarão a forma como as pessoas em sofrimento psíquico são cuidadas neste tipo de serviço. O que potencialmente pode vir a acontecer são aberturas, encontros e laços construídos no cotidiano que movimentem a ação de cuidado efetiva/afetivamente. Pensamento – afeto – ação.

VI. REFERÊNCIAS

Amarante P. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. In: Saúde em debate, Rio de Janeiro, v.25, n.58: p.26-34, 2001.

Amarante P. Saúde Mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2º edição. 2007.

Aranha e Silva AL. Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio como campo psicossocial [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Aranha e Silva AL. O projeto copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à reprodução da vida [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.

Baremlitt G. Compêndio de análise institucional e outras correntes. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos; 1992.

Barros S. Bichaff R. (orgs.) Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: FUNADAP: Secretária da Saúde, 2008.

Bastos F IP. Castiel. L.D. Epidemiologia e saúde mental no campo científico contemporâneo: labirintos que se cruzam? In: Psiquiatria Social e reforma psiquiátrica. Org. Paulo Duarte de Carvalho Amarante. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz. 1994. 202p.

Bastos S, Soares MA. Estudo diagnóstico da atuação das equipes de apoio matricial em saúde mental no programa saúde da família na região sudeste da cidade de São Paulo. Boletim do Instituto de Saúde. 2008; (45)Agosto p13-16.

Bertolozzi MR. O sistema de saúde brasileiro: em que ponto estamos? Revista Nursing. 2003; 64(6):27-34.

Bezerra B. A clínica e a reabilitação psicossocial. Em Ana Pitta (org). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec, 1996. p.137-142.

Boletim CEInfo 2008. Disponível em <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude>. Acesso em outubro de 2008.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Departamento de gestão da Educação na Saúde. Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde - ACS. Brasília, 2003.

Brasil. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de abril de 2001.

Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final. Brasília; 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. Equipes de referência e Apoio Matricial. Brasília; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental 1990-2004. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental. 2a Ed. Brasília; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: Brasil, Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. 4. Ed.rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, p. 125-36. 2004a

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006. Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. DF, MS, FUNASA, 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental diretrizes no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria da Atenção à Saúde, Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental e Atenção Básica – o vínculo e o diálogo necessário. Brasília; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo

Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília:Ministério da Saúde, 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: a clínica ampliada / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil – Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília; 2005

Brasil. Relatório final da 2ª II Conferência Nacional de Saúde Mental; 1992 dez 1-4; Brasília: Ministério da Saúde; 1992.

Brasil. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental; 2001 dez 11-5; Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Caçapava JR, Colvero LA. e Pereira, I.M.B. A interface entre as políticas públicas de saúde Mental e Promoção da Saúde. Saúde e Sociedade. V.18, n.3. p.446-455. São Paulo. 2009.

Caçapava JR, Colvero LA. Reconhecendo o Atendimento de Saúde Mental no Território. Mostra de Monografias da EEUSP. X (décima), 2007.

Caçapava JR, Colvero. LA. Estratégias de Atendimento em Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde. Ver Gaúcha Enf; 2008.

Cambraia C. Política de saúde mental no estado de São Paulo: o cenário das mudanças ocorridas entre 1990 e 2004 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004.

Campos CMS. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do estado. São Paulo: Cad. Saúde pública. 2005; 21(4): 1260-8.

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, 2007; 23(2):399-407.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. São Paulo: Departamento de medicina preventiva e social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1999.

Canesqui AM, Oliveira AMF de. Saúde da Família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: Negri B. d'Ávila Viana AL organizadores. O sistema único de saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime e Cealag; 2002.

Ceccim RB, Ferla AA. Educação Permanente em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF (Coord). Dicionário de Educação Profissional em saúde – Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio e estação de trabalho observatório de técnicos em saúde. Rio de Janeiro: EPSJVS, 2006. p. 107-11.

Ceccim RB. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: Pinheiro R. Mattos RA. (Orgs.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 161-181.

Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(2):456-61.

Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica: Hucitec, 2005.

Dejours C. Subjetividade, trabalho e ação. Tradução de Eliete Karam e Júlia Abrahão. Revista Produção, [Paris], v. 4, n. 13, p. 27-34, set./dez. 2004.

Deleuze G. Abecedário. Disponível em: http://geocities.yahoo.com.br/polis_contemp/dossie_deleuze_textos/Deleuze_abecedario_integral.pdf . Acesso em: 08 junho 2009.

Deleuze G. Controle e Devir. In: Conversações. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

Deleuze G. Crítica e Clínica. São Paulo: Ed. 34. p. 73, 1997.

Deleuze G. Guattari F. Mil Platôs: vol 1. São Paulo: Editora 34. 1996.

Deleuze G. Guattari F. Mil Platôs: vol 4. São Paulo: Editora 34. 2002.

Donnini AO. A reorganização da gestão de saúde em São Paulo. In: Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira. Hucitec, São Paulo, 2003. P.31-42.

Fagundes S. Águas da Pedagogia da Implicação: Intercessões da educação para políticas públicas de saúde. 2006. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

Fausto MCR. Dos programas de medicina comunitária ao sistema único de saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de medicina social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.

Ferreira ABH. Novo Dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na atenção básica à saúde à campinas: uma rede ou um emaranhado? Ver. Ciência e Saúde Coletiva da Ass. Bras. de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2007.

Figueiredo MD. Saúde Mental na Atenção Básica: Um estudo hermenêutico – narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS [dissertação]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2005.

Gomes VG. Apoio matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de campinas/SP. [Monografia]. Campinas, São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Campinas, São Paulo, 2006.

Guattari F. As três ecologias. São Paulo. 18 ed. Papirus. 2007.

Guattari F. Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo. São Paulo, editora Brasiliense, 1987, p. 172.

Kastrup V. O aprendizado da atenção na formação do cartógrafo. 2006.

Kirst P. Fonseca, T. Um desejo de mundo: um olhar sobre a clínica. Publicado em 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?iarttex&pid=S0102-71822004000300004&Ing=pt&nrm=isso>. Acesso em 18/Julho/2008.

Lancetti A. A saúde mental nas entranhas da metrópole. In: Lancetti A. Saúde Loucura – Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo. Hucitec, 2001. Vol 7. P.11-52.

Ludke MT, André M. Pesquisa em educação: abordagem qualitativa. São Paulo: Epy; 1986.

Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(3):426-33.

Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy E. E, Onoko R organizadores. Agir em saúde – um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8º Ed. São Paulo; Hucitec; 2009.

Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. São Paulo: Vozes, 24.

Nascimento CC. Apoio matricial em saúde mental: possibilidades e limites no contexto da reforma psiquiátrica [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Negri B. A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. IN: Negri B, d'Ávila Viana AL organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime e Cealag; 2002.

Nietzsche F. Os Pensadores – Historia das grandes idéias do mundo ocidental. Obras Incompletas. 1º Ed. Abril Cultural. São Paulo. SP. 1974. 86p.

Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2009.

Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para a compreensão e crítica. Fiocruz. 2008.

Paim JS. Saúde da família: espaço de reflexão e contra-hegemonia. Interface Comun Saúde Educ 2001; 5:143-6.

Passos E, Kastrup V, Escóssia, L. Pistas do método da cartografia. Pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

Pessoa F. Que espécie de homem sou. IN: Quando fui outro. p.17. Rio de Janeiro: Objetiva, 2006. 223p.

Queiroz VM, Salum MJL. Reconstruindo a intervenção de enfermagem em saúde coletiva face a vigilância à saúde. IN: Livro Resumo do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem, os 70 anos da ABEn e as perspectivas para o próximo milênio; 1996 out 6-11; São Paulo, Brasil. São Paulo: ABEn/Sp; 1996. p 361.

Rolnik S. Cartografia Sentimental, Transformações contemporâneas do desejo. Liberdade. São Paulo; 1989.

Rolnik S. Fale com ele ou como tratar o corpo vibrátil em coma. In: Fonseca T, Engelman E. Corpo, Arte e Clínica. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, Risio C. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.

Rotelli F. O inventário das subtrações. In: Nicácio MF organizadora. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001.

Sá AC. O cuidado emocional em saúde. 2.ed. São Paulo: Robe Editorial, 2003.

Santos M. O retorno do território. In: Território: globalização e fragmentação. Org. Milton Santos, Maria Adelia A. de Souza e Maria Laura Silveira. 5º Ed. Editora Hucitec. 2006.

Sarraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: Te Corá, 1999.

Silva JA. A sutileza em criar mundos. Monografia de conclusão de curso de terapia ocupacional apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2008.

Silveira DP, Vieira ALS. Saúde Mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. 2007.

Souza HM. Saúde da família: desafios e conquistas. In: Negri B. d'Ávila Viana AL organizadores. O sistema único de saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime e Cealag; 2002.

Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Teixeira R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. Trabalho apresentado Rethinking “the Public” in Public Health: Neoliberalismo, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America. Center for Iberian and Latin American Studies. University of California, San Diego. 2004 April.

Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. Hist. Ciência Saúde - Manguinhos, jan./abr. 2002, vol.9, no.1, p.25-59.

Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. 1 Interface Comunic, Saúde, Educ, v6, n10, p.75-94, fev 2002.

Waldman EA. Vigilância como prática de saúde pública. In: Tratado de saúde coletiva. Gastão Wagner de Souza Campos [et al.] São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2009. 487 – 528p.

Yin RK. Case study research: design and methods. Newbury Park: Sage, 1990. P.19-23. Secretaria de gestão do Trabalho e da educação na Saúde.

Apêndice A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal da Saúde de São Paulo

Secretaria Municipal da Saúde Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

São Paulo, 13 de março de 2009. PARECER NS 80/09 - CEP/SMS CAAE: 0067.0.162.196-09 Para

Bianca

Mara

Maruco

Lins Leal

Sr(a)

Pesquisado

ra

IDENTIFICAÇÃO

- « Projeto de Pesquisa: A saúde mental e a atenção básica: um estudo de caso cartográfico em uma Unidade de Saúde da Família
- Pesquisador Responsável: Bianca Mara Maruco Lins Leal
- Instituição: UBSF - Lapa/Pinheiros - CRS Centro Oeste - - Prefeitura do Município de São Paulo, SP (local de realização da pesquisa); Escola de Enfermagem da USP - Departamento de Enfermagem Psiquiátrica, São Paulo, SP (Instituição de Ensino Superior- local vinculado),
- Local onde os dados serão coletados: UBSF - Pinheiros

I- SUMÁRIO

GERAL DO

PROTOCOL

O Objetivo:

- Identificar e analisar a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica em uma Unidade Básica de Saúde da Família do Município de São Paulo.

Metodologia:

Pesquisa qualitativa, com utilização do estudo de caso cartográfico desenvolvido em três fases:

- Fase aberta ou exploratória - identificação de pontos críticos.
- Fase sistemática - coleta de dados.
- Fase de análise e interpretação - elaboração do relatório.

A pesquisa será realizada em uma Unidade Básica de Saúde da Família - UBSF, localizada na Região da Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros, da Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste do Município, com os trabalhadores das equipes de apoio

em Saúde Mental e os trabalhadores das equipes de Saúde da Família, definindo-se o total de participantes de cada equipe por "saturação dos dados" de acordo com Minayo (2004).

Para coleta dos dados, será aplicada uma entrevista semi-estruturada para a manifestação livre do participante, e gn-toda para captação de algo mais do que o conhecimento individual, mas sim aquele que vem do . grupo de indivíduos, com duração prevista de 20 minutos.

A análise dos dados será feita segundo os pressupostos de Minayo (2004) onde a partir da transcrição e leitura repetida dos relatos revelam-se as experiências dos sujeitos que depois separadas por temas guardam a relação com os objetos e os pressupostos do trabalho.

Este trabalho propõe a realização de uma cartografia, um novo conceito em pesquisa qualitativa. Segundo Rolnik (1989) a cartografia "permite oferecer uma linguagem para afetos/práticas contemporâneos que pedem passagem, analisando o quanto as defesas que estão sendo usadas servem ou não para proteger a vida, pois o cartógrafo acredita que é sempre em nome da vida e de sua defesa que se inventam estratégias".

A escolha desta UBS foi justificada pelo fato de há tempos já articular práticas em Saúde Mental e por tratar-se de um serviço de saúde que se encontra na região participante da Base Operacional do Termo de Cooperação Técnica, Didática e Científica entre a SMS, através do Conselho de Ensino, e a Escola de Enfermagem da USP.

A pesquisadora informou que será garantido o anonimato e o direito de não haver quaisquer sanções ou prejuízos pela não participação ou pela desistência na participando a qualquer momento, bem como o direito de resposta às dúvidas, e a inexistência de qualquer ônus financeiro.

Rua General Jardim, 36 / 8º -São Paulo - CEP 01223-010 Telefone: (11) 33972464 - e-mail: smscep@gmail.com Homepage: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/cepsms>

CAAE: 0067.0.162.196-09

II - CONSIDERAÇÕES

Projeto de Pesquisa para a obtenção do título de Mestre na Escola de Enfermagem da USP – Departamento de Enfermagem Psiquiátrica, sob a responsabilidade de Bianca Mara Maruco Lins Leal, enfermeira, e orientação da Profa. Dra. Luciana de Almeida Colvero, com duração prevista de março a junho de 2008 a novembro de 2009.

Acompanham o projeto os documentos Folha de Rosto preenchida e assinada, Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável assinado e datado e Currículo resumido da pesquisadora responsável.

A metodologia não impõe condição de risco/desconforto físico ao sujeito da pesquisa, e atende a proposta do estudo.

O projeto apresenta cronograma detalhado. Quanto ao cronograma, cabe informar que apenas a etapa de coleta dos dados não foi iniciada, uma vez que está indicado o início do trabalho em março-junho de 2008.

O projeto apresenta orçamento detalhado com a indicação de custos por conta exclusiva do pesquisador responsável.

O procedimento da pesquisa foi muito bem detalhado em todas as suas etapas e muito bem justificado.

O TCLE está na forma de convite, é conciso e objetivo. A linguagem é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa, há descrição suficiente dos procedimentos e identificação dos riscos e desconfortos esperados.

As garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96 foram explicitadas, permitindo uma decisão consciente do sujeito da pesquisa.

III. Parecer do CEP: Projeto APROVADO

Visto que o CEP teve alterações no seu endereço, solicitamos atenção para a necessidade de retificação do mesmo para: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - Rua General Jardim, 36 - 8º andar - Telefone: 33972464 - e-mail: smscep@gmail.com.

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

José Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS

Apêndice B – Carta de Autorização

A Gerente da Unidade de Saúde da Família

São Paulo, _____ de _____ de _____

Eu, Bianca Mara Maruco Lins Leal, RG 41006747-7, aluna de mestrado, regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da USP, na área de concentração de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, tendo como orientadora a Professora Doutora Luciana de Almeida Colvero, venho por meio desta, solicitar a autorização para coleta de dados da pesquisa intitulada: A Saúde Mental e a Atenção Básica: um estudo de caso cartográfico em uma unidade de saúde da família, a ser realizada na Unidade de Saúde da Família qual o senhor (a) gerencia. Os entrevistados seriam os profissionais das equipes de saúde da família, do apoio em saúde mental e NASF. Pesquisa esta que possui como objetivos:

- Identificar e Analisar a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica em uma Unidade Básica de Saúde da Família, do município de São Paulo.

Caso exista o interesse, me comprometo a lhes apresentar os dados colhidos pela pesquisa, quando chegar ao término do estudo.

Desde já agradeço, contando com sua compreensão acerca da importância desta pesquisa tanto para a área acadêmica como para o próprio serviço.

Atenciosamente,

Bianca Mara M. L. Leal – pesquisadora

Luciana de Almeida Colvero - Orientadora

Apêndice C – Instrumento de Coleta de Dados

Dados de identificação:

Iniciais: _____ idade: _____

Função: _____

Tempo de trabalho: _____

Entrevista:

Relate-me um “caso de saúde mental” que você acompanhou no seu trabalho vinculado a unidade de saúde da família.

Durante todo o desenvolvimento do caso relatado pelo participante, a entrevistadora abordará também as seguintes questões:

- a) Quais foram as dificuldades e facilidades encontradas ao acompanhar/trabalhar neste caso?
- b) O caso poderia ter outro desfecho? Se sim, o que acha que poderia ter sido realizado? Se não, por quê?
- c) As pessoas com sofrimento mental devem ser atendidas na unidade de saúde da família? Por quê?

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Bianca Mara Maruco Lins Leal, enfermeira mestranda em Enfermagem Psiquiátrica, sob orientação da Professora Doutora Luciana de Almeida Colvero do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiatria da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, venho convidar o (a) senhor (a) a participar da pesquisa intitulada: A Saúde Mental e a Atenção Básica: um estudo de caso cartográfico em uma unidade de saúde da família.

O objetivo da pesquisa é: identificar e analisar a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, ou seja, na Unidade Básica de Saúde da Família da qual o (a) senhor (a) trabalha.

Os dados coletados para a pesquisa serão registrados e gravados, mediante uma entrevista com o (a) senhor (a) que durará aproximadamente 20 minutos, e posteriormente serão transcritos, lidos e analisados, por mim a pesquisadora, mas seu nome não constará nos registros. Sua identidade não será revelada em nenhum momento deste estudo. Todos os dados relativos ao estudo serão coletados e guardados em local seguro.

A sua participação nessa pesquisa é voluntaria e caso venha a aceitar, pode vir a desistir de participar em qualquer momento, sem que exista nenhum tipo de prejuízo. Caso necessite, em qualquer momento, pode entrar em contato pelos telefones (11) 93232122 ou (11) 83054460 ou pelos e-mails biancamml@gmail.com ou lucix@usp.br.

No mais, qualquer esclarecimento de dúvidas ou denúncias sobre os aspectos éticos dessa pesquisa pode consultar os Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP pelo telefone (11) 3066-7548 ou da Secretária Municipal de Saúde de São Paulo (11) 33972464.

Se mediante a explicação, aceitar em participar dessa pesquisa, peço que assine este documento nas duas vias, sendo que uma delas permanece com o (a) senhor (a) e a outra deve ser entregue para o pesquisador.

Muito Obrigada!

Tendo sido bem esclarecido a respeito da pesquisa,
Eu _____ concordo em participar.