UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

SARA GIUBILEI SANTOS

**Cuidado da saúde mental na atenção básica:
cartografia de uma gestão**

São Paulo
2017

SARA GIUBILEI SANTOS

**Cuidado da saúde mental na atenção básica:
cartografia de uma gestão**

Versão Original

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades EEUSP-EERP da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Machado

São Paulo
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

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

Santos, Sara Giubilei

Cuidado da saúde mental na atenção básica: cartografia de uma gestão / Sara Giubilei Santos. São Paulo, 2017.
212 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Machado
Área de concentração: Enfermagem.

1. Saúde da família. 2. Saúde mental.
3. Cartografia. 4. Enfermagem I. Título.

Nome: SANTOS, Sara Giubilei

Título: Cuidado da saúde mental na atenção básica: cartografia de uma gestão

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades EEUSP-EERP da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro à Energia Maior que me guia, me dá força e que abre os caminhos nos momentos mais difíceis, em que a fé fica encoberta, me demonstrando que poderia continuar, porque Ela estava lá e seus planos eram maiores. Bastava ter Fé e Amor no navegar pela Vida.

Agradeço muito à Ana Lúcia, que me deu força, me chamou a atenção quando necessário, me elogiou quando preciso e principalmente fez com que esta produção fosse possível e real. Obrigada por acompanhar minha trajetória acadêmica e de vida. Você é uma das principais pessoas na minha história. Se não a primeira e única a acreditar que era possível produzir esta Tese, mesmo diante de tantas dificuldades. Minha eterna admiração pela pessoa meiga, compreensiva e potente que demonstrou ser nesse tempo de convivência.

Agradeço a todas as minhas amigas, companheiras e guerreiras nesses 5 anos de Doutorado. À Lívia, pela irmã maravilhosa que é, sempre me ajudando, suportando e compartilhando as alegrias e tristezas da vida e academia. À Karen, minha irmã de alma, por sempre estar presente em todos os momentos de minha vida, mesmo distante. À Rosimeire, que a cada dia me surpreendia pela amizade verdadeira, principalmente no final desta produção, uma amiga que conquistei e levarei eternamente. À Pamela, por todo o apoio e ajuda nesta produção.

A toda minha Família: sem vocês, isto não seria possível, me deram apoio, ajudaram quando necessário e estimularam quando preciso. Agradeço à Denise, minha Mãe, e Ricardo, meu Pai, que, mesmo nos momentos difíceis da vida de vocês, nós, seus filhos e neta, estivemos em primeiro lugar. Obrigada por me ensinarem isto: a amar o outro.

A meu esposo Thiago, sem você realmente não conseguiria! Cuidou de nossa filha quando não pude estar presente, me apoio, brigou, amou, chorou comigo e sofreu por mim e comigo. Ficou noites sem dormir, cansado pela faculdade e pelo trabalho, e, mesmo assim, demonstrou força para me ajudar em mais um sonho. Obrigado pelo companheiro, amigo e amante que é. Amo-te!

Principalmente dedico esta Tese a minha filha Sophie, que sofreu com minhas ausências, irritabilidade, cansaço e falta de tempo. Amo-a de maneira indescritível. Você é tudo para mim. Esta produção é sua. Você acompanhou e viveu cada etapa, você faz parte dela.

Agradeço e dedico também, na mesma medida, à descoberta, agora no final desta produção, de mais um fruto de meu amor com você, Thiago. Obrigada a nosso(a) outro(a) filho(a), que colherá os frutos de nossa luta juntos com a Tese e sua graduação.

Agradeço também, com muito carinho, à Vanessa, revisora que lapidou toda esta produção, mesmo apertada diante de tantos trabalhos e dias festivos. Você aceitou este desafio. Meu muito obrigada!

E, por fim, a todos que, direta e indiretamente, fizeram e fazem parte desta produção e que neste momento leem esta Tese. Meu muito obrigada! Vocês fazem parte desta história, por isso são os(as) primeiros(as) a compartilharem este vislumbre devaneio.

Cuidar das subjetividades nos processos de atenção às pessoas em sofrimento é favorecer a irrupção das forças criativas que permitem a reinvenção de si e do mundo; é favorecer, portanto, a irrupção da própria subjetividade na cena do cuidado. Cuidar das subjetividades nos processos de gestão do trabalho e de formação dos trabalhadores é promover condições para que estes possam “criar cuidados”.

(TEIXEIRA, 2013)

RESUMO

SANTOS, Sara Giubilei. **Cuidado da saúde mental na atenção básica: cartografia de uma gestão**. 2017. 212 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

A intenção desta cartografia advém de meu cotidiano de cuidar em enfermagem na atenção básica (AB), que possibilita perceber as conexões que ocorrem com os múltiplos atores sociais (gestor, profissionais, sujeitos e coletivos) para pensar, fazer e viver o cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico na AB. Cuidado esse que às vezes se perde, outras não; às vezes é produtivo, outras não; às vezes simplesmente não ocorre. Desta forma, o objetivo desta Tese é acompanhar a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na AB. O referencial teórico escolhido é a esquizoanálise, por possibilitar deflagrar processos de produção de diferença na gestão do cuidado a partir das falas e práticas dos sujeitos participantes da pesquisa. O método escolhido é a cartografia, por possibilitar apresentar a vida que pulsa em seus movimentos, como uma onda de diversas intensidades, acompanhando a dimensão processual da subjetividade. Diante disso, trata-se de uma pesquisa-intervenção, por possibilitar a produção de mapas de sentidos, sinais, afetos e cuidados, por meio dos diversos instrumentos cartográficos. Para esta pesquisa, são utilizados os seguintes instrumentos: entrevista com gestores; Fluxograma Analisador, com profissionais de uma equipe da Estratégia Saúde da Família; e entrevista com um sujeito em sofrimento psíquico acompanhado na AB. Além destes, o diário de campo também é instrumento de registro das cenas do cotidiano dos participantes. Ao acompanhar a gestão do cuidado nessas três dimensões, apresento os planos que gestores, profissionais e sujeitos transitam para dar sentido e significado ao cuidado com as possibilidades de invenções ou não nas formas de cuidar e fazer saúde. Assim, é possível revelar: o cuidado no modo de pensar e fazer dos gestores e profissionais de saúde; as construções coletivas pelos dispositivos do Fórum, do Apoio Matricial e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; a integralidade das ações produzidas pelos profissionais de saúde ao sujeito do caso traçador; e a articulação entre as redes de saúde e sociais que a protagonista do fluxograma constrói para o seu cuidado e produção de vida. Apresento, ainda, a gestão do cuidado produzida a partir de casos complexos, “sujeitos-pipocas”, em que os profissionais tentam pensar as possibilidades para as ações de cuidados e produzem novas formas para atender às necessidades dos sujeitos, sendo uma incessante criação, de modo que ocorre uma diversidade de: conexões com outros serviços de saúde e sociais; encontros com outros profissionais, gestores, sujeitos e coletivos; e saberes. A gestão muda conforme a necessidade, o encontro, os acontecimentos da vida dos sujeitos, profissionais e gestores, revelando ainda que os profissionais de saúde e gestores no cotidiano do cuidar parecem oferecer espaços para desenvolver o instituinte ao trabalho burocrático, sistemático, e protocolar quando convocados pelo “sujeito-pipoca” que estoura, fazendo um barulho na equipe de saúde e criando vetores de intensidade de reações e ações na gestão do cuidado.

Palavras-chave: Saúde da Família. Saúde Mental. Cartografia. Enfermagem.

ABSTRACT

SANTOS, Sara Giubilei. **Mental health care in basic care: mapping a management process.** 2017. 212 p. Dissertation (Doctoral Dissertation in Nursing) – School of Nursing - University of Paulo, São Paulo, 2017.

The intention to conduct this cartography comes from my daily nursing care in basic care (BC), which enables me to perceive the connections that occur among multiple social players (manager, professionals, subjects and groups), to think, to do and to live the care to the subject in psychic suffering in BC. Care that sometimes is lost, other times not; sometimes it is productive, other times not, and sometimes it simply does not occur at all. Therefore, the purpose of this dissertation is to follow the care management to a subject in psychological distress in BC. Schizoanalysis is the theoretical framework chosen as it enables the development of processes of production that may make a difference in care management based on the speeches and practices of the subjects participating in the research project. The chosen method is cartography because it allows presenting life that pulsates in its movements as a wave of several intensities, accompanying the procedural dimension of subjectivity. For these reasons, this is an interventionist study, allowing the production of maps of senses, signs, affections and care through various cartographic instruments. Hence, the following instruments are used: interviews with managers; flow chart analyzer with professionals from a Family Health Strategy team and interviews with a subject in psychic suffering followed-up at a BC unit. In addition, the field diary is also an instrument for recording the daily scenes of participants. By following the care management in these three dimensions, I present the areas where managers, professionals and subjects transit to give sense and meaning to care with the possibilities or not of inventions to care and do health. Thus, it is possible to reveal: how managers and health professionals see care; collective constructions by means of the Forum, Matrix Support and the Family Health Support Group; the entirety of actions produced by health professionals to the subject of the tracer case, and the articulation between health and social networks that the protagonist of the flowchart constructs for his/her care and life production. I also present care management produced from complex cases, "test subjects", with whom professionals try to think of possibilities for care actions and produce new ways to meet their needs. Accordingly, this is an endless creative process due to the diversity of connections with other health and social services, meetings with other professionals, managers, subjects and groups and different knowledge. Management changes according to the needs, encounters and life events of subjects, professionals and managers. It also reveals that health professionals and managers in daily care seem to offer spaces to acquaint the caregiver with bureaucratic, systematic and protocol work when summoned by the "test subject" that cries out thus causing an uproar in the health team and creating vectors of intensity of reactions and actions in care management.

Keywords: Family Health. Mental health. Cartography. Nursing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
AM	Apoio Matricial
AMA	Atendimento Médico Ambulatorial
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
Cecco	Centro de Convivência e Cooperativa
CER	Centro Especializado em Reabilitação
Conaco	Conselho de Acompanhamento
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
EQ	Exame de Qualificação
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fapesp	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LSM	Liga de Saúde Mental
Mare	Ministério da Administração e Reforma do Estado
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OS	Organização Social
PDRAE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PFS	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Siab	Sistema de Assistência da Atenção Básica
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UA	Unidade de Apoio
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 NAVEGAR DA PESQUISADORA.....	10
2 TRAÇANDO OS RUMOS PARA O NAVEGAR DA PESQUISA... 20	
2.1 Encontro da SM na AB: Pistas dos Mapas.....	26
2.2 Gestão do Cuidado: Micropolítica do Processo de Trabalho na Produção do Rizoma do Cuidado.....	38
2.3 Objetivo.....	43
3 NAVEGAR METODOLÓGICO	44
3.1 Rizoma e os Instrumentos de Produção de Dados.....	48
3.2 Análise Cartográfica.....	55
3.3 Terra à Vista: Contexto da Pesquisa	57
3.4 Aspectos Éticos	59
3.5 Atracando no Porto: Sujeitos Envolvidos	59
3.5.1 Movimento 1	61
3.5.2 Movimento 2	63
3.5.3 Movimento 3	66
4 MAPAS.....	68
4.1 Mapa Pensar na Gestão do Cuidado: “Caminhar sob as Águas desse Momento”.....	68
4.1.1 Analisadores.....	72
4.1.2 Dispositivos	88
4.2 Mapa Pensar e Fazer a Gestão do Cuidado: Produzindo Ruídos e Revelando a Subjetividade.....	103
4.2.1 Ruídos da gestão do cuidado a sujeitos em sofrimento psíquico na AB.....	111
4.2.2 Conhecendo Rosa: Fluxograma Analisador	123
4.3 Mapa Viver a Gestão do Cuidado: Descobrindo a Bailarina	145
5 NAVEGAR PARA ALÉM DA PESQUISA: VISLUMBRE DEVANEIO	167
REFERÊNCIAS	186
ANEXOS.....	197

1 NAVEGAR DA PESQUISADORA

*Numa folha qualquer
Eu desenho um navio
Com alguns bons amigos
Bebendo de bem com a vida.
(TOQUINHO, 1983)*

Apresento os movimentos e sinais internos e externos do navegar da pesquisadora na pesquisa, no trabalho e na vida que desafiaram a investigação e teorização acerca da gestão do cuidado a sujeitos em sofrimento psíquico na atenção básica.

Nestas folhas desenhei um possível navio para navegar nos mares da saúde mental (SM) na atenção básica (AB). Com bons amigos como Lívia Giubilei Santos, Karen Roberta Steagall Bigatto, Rosimeire Angela de Queiroz Soares, Pamela Lamarca Pigozi, pesquisadoras do Grupo de Pesquisa, e, principalmente Ana Lúcia, após as escolhas de autores, todas juntas bebemos nestas fontes e, como a capitã e navegante deste navio, tracei os rumos para a produção desta tese.

Naveguei pelos mares, às vezes conhecidos, às vezes desconhecidos, às vezes tranquilos, às vezes agitados e tempestuosos, da produção de dados. Navegar é “[...] enfrentar os desafios da existência [...]” (NASCIMENTO, 2014, p.1). É lançar-se ao inesperado, ao novo, ao que está por vir. Fazendo romper com o que achamos comum, convidando-nos a enfrentar novos e outros desafios da existência.

Na presente cartografia, narro como cheguei até um porto, onde atracamos, e lá convidei novos sujeitos (gestores, profissionais de saúde e um sujeito em sofrimento psíquico) para completar o navegar da produção dos dados, o que culminou nos mapas da gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na atenção básica.

Porém, ao final desta cartografia, quando pensei que havia encontrado algo, ao ter chegado a um porto e ter navegado com os sujeitos participantes da pesquisa, fui jogada novamente em alto-mar, pois, como a própria cartografia – referencial metodológico que será apresentado no Capítulo 3 – propõe, tive pistas sobre a “dimensão processual da realidade” (KASTRUP; PASSOS, 2014, p.17). Essas pistas

surgiram ao construir conjuntamente com os sujeitos da pesquisa um certo conhecimento sobre esta realidade (KASTRUP; PASSOS, 2014).

Desta forma, para navegar nas folhas deste navio, trago as primeiras viagens que culminaram nesta arriscada e desafiadora produção.

Minha trajetória acadêmica na Enfermagem inicia-se em 2005 com o ingresso na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Foram quatro anos engajada em projetos, cursos, iniciações científicas, eventos científicos, grupos de pesquisa, ligas acadêmicas e intercâmbio em um país da América do Sul, o Chile.

Essas conexões, linhas e redes possibilitaram compreender e olhar o indivíduo e o coletivo tendo por base o cuidado das subjetividades. Isto quer dizer facilitar ao outro um cuidado baseado no diálogo, no silêncio, na valorização do relacionamento, possibilitando melhor expressão e representação da pessoa a ser cuidada para elaboração dinâmica, com o sujeito e o coletivo, de propostas de cuidar.

O marco primordial na graduação que determinou minha disposição para uma prática de cuidar que abrangesse, além do sofrimento, uma construção conjunta e vibrante de cuidados foi iniciada em 2007 no Grupo de Pesquisas da Subjetividade em Saúde, coordenado pelas professoras Dra. Ana Lúcia Machado e Dra. Luciana de Almeida Colvero, do qual faço parte até hoje. Grupo de Pesquisa que no navegar desta Tese será lembrado, porque foi um espaço de discussão teórica e metodológica.

Ainda durante a graduação, das reflexões provenientes desse Grupo de Pesquisa com leituras e conversas com autores, como Suely Rolnik, Gilles Deleuze, Michel Foucault, Joel Birman, Peter Paul Pelbart e outros, elaborei, em parceria com Karen, um projeto de iniciação científica, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp): *A música entoando a saúde mental por via da subjetividade* (BIGATTO; SANTOS, 2008).

Durante a produção deste projeto, pude perceber:

A vivência dos profissionais com música e sua determinação em amparar os sujeitos de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS em suas experiências musicais representava um respeito às subjetividades em questão no momento. Amparavam os usuários em seus momentos de crise, suas dissonâncias, seus desacertos, suas faltas, suas buscas, suas angústias. (SPOLLE; MACHADO; BIGATTO; SANTOS, 2013, p. 165).

Sujeitos em sofrimento psíquico necessitam de um cuidado singular, em respeito às diferenças, para a “[...] construção e reconstrução de sua autonomia, reinserção social e familiar”, promovendo a reabilitação psicossocial (SPOLLE; MACHADO; BIGATTO; SANTOS, 2013, p.162). Ao construir ou potencializar espaços para preservar histórias de vida e relações interpessoais, nos serviços de saúde, os profissionais têm a possibilidade de romper com mecanismos que podem perpetuar a marginalização dessas pessoas (MACHADO; COLVERO; RODOLPHO, 2013). Assim, ao reconhecê-los como cidadãos e trabalhar na lógica da reabilitação psicossocial associada a outros fatores da rede social e familiar, é possível produzir subjetividades.

Esse novo agenciamento¹ possibilitou trabalhar dilemas éticos, conflitos profissionais e pessoais com base numa dada visão do que é subjetivo, fazendo-me deparar com o universo da produção de subjetividades das pessoas que buscam quaisquer cuidados à saúde.

Apreendi e compreendi que o enfoque do cuidar em SM não é a cura, mas a produção de vida, de sentido para a pessoa, possível pela utilização de espaços coletivos de convivência, na adaptação dos recursos institucionais, pela valorização da solidariedade, pela construção da rede de cuidados em saúde e intersetoriais e na aproximação das necessidades do sujeito e de suas características (MACHADO; COLVERO, 2009).

Relembro as primeiras navegações que culminaram nesta Tese, as reflexões com as professoras coordenadoras do Grupo de Pesquisa, após estágio curricular em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com equipe de saúde mental, e o meu encantamento com a atuação da enfermagem nesse ambiente cheio de riscos, desafios, enfrentamentos, novidades e sofrimentos, o que resultou na criação da

¹ Agenciamento “é precisamente este crescimento das dimensões numa multiplicidade que muda necessariamente de natureza à medida que ela aumenta suas conexões” (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 24).

Liga Acadêmica de Saúde Mental na Atenção Básica (LSM), colocada em prática durante o ano de 2008.

O projeto foi desenvolvido e implantado por mim e pela já citada companheira de navegação, Karen. O agenciamento dessa nova experiência acadêmica acoplou novos devires ao meu olhar e à vivência como trabalhadora de saúde e pesquisadora.

A implicação no cuidado das subjetividades permite “afetar e ser afetado” (SOUZA, 2007, p. 26), permitindo encontros que reconheçam os sentidos e sinais que os sujeitos dão aos seus projetos de saúde e vida, os quais, às vezes, “[...] não coincidem com as dimensões técnicas, científicas e planejadas do cuidado que nós” trabalhadores, técnicos de saúde e pesquisadores, “conhecemos e praticamos” (COLVERO et al., 2013, p. 116).

A intenção de cartografar a gestão do cuidado a sujeitos em sofrimento psíquico na AB, além de estar intimamente relacionada à vivência na graduação, advém de meu cotidiano de cuidar em enfermagem.

Minha entrada no Doutorado está também relacionada à passagem de enfermeira assistencial concursada de um município pequeno para o mundo de sinais, afetamentos e aprisionamento do Município de São Paulo, ao assumir o trabalho como enfermeira assistencial numa Organização Social (OS) de Saúde. Processo de desterritorialização² que levou à necessidade de novas formas de estar, compreender e andar na vida. Processo doloroso como profissional, pesquisadora e sujeito.

Em vários momentos me senti aprisionada numa prática protocolar e instituída, diante de tantos agenciamentos que “[...] capturam o trabalho vivo, ou seja, retiram a liberdade do trabalhador e aprisionam seus atos assistenciais e de cuidado em um padrão previamente concebido” (FRANCO; MERHY, 2013, p.245). Exemplifico: no serviço de saúde em que exerço minhas atividades, existem três protocolos, o da OS, o do município e o ministerial. É um conflito sobre quais protocolos seguir diante da necessidade do sujeito. Tentava mesclar meu agir diante

² Conceito que Deleuze e Guattari (2011) relacionam as possibilidades infinitas de realidade que a multiplicidade possibilita, de tornar-se e refazer-se à medida que novos devires surgem. “As multiplicidades se definem pelo fora: pela linha abstrata, linha de fuga ou de desterritorialização segundo a qual elas mudam de natureza ao se conectarem às outras” (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p.25).

do outro conforme o encontro sinalizava. Às vezes utilizava um ou outro protocolo e às vezes nenhum, só permitindo que o sujeito que demandava um cuidado expressasse e demonstrasse quais rumos e sentidos poderíamos construir juntos naquele encontro. Fazia isso com base nas leituras e discussões que tinha sobre as possibilidades de trabalhar em saúde na ação direta com pessoas, acreditando na produção de subjetividades que pode vibrar em “ato” (MERHY, 1997, p. 74).

Peres, Borsonello e Peres (2000, p. 39) revelam que a subjetividade não é somente a produção do sujeito, “[...] mas do mundo como um todo [...]”. Pode ser dominada pelas formas de poder e saber das culturas, ciências, tecnologias e arte, pelos dispositivos³ do mundo contemporâneo. Mas, há possibilidades de novas formas de produção de subjetividades “[...] novas formas de se compor com a vida, novas alternativas de reapropriação existencial e de auto-valorização”, tornando a vida “mais pulsátil e vibrante” (PERES; BORSONELLO; PERES, 2000, p. 40).

Compreendo isso no campo da saúde no sentido de reconhecer no momento do encontro com o sujeito o dispositivo que pode compor a produção do cuidado, para potencializá-lo a produzir de forma vibrante o cuidado.

Em relação ao cuidado em saúde mental na AB, exemplifico com o dispositivo do apoio matricial (AM), que é utilizado para o compartilhamento e a corresponsabilização entre serviços. Este pode produzir um cuidado biomédico, pautado na doença, mas também pode produzir um cuidado de reconhecimento do outro e valorização. Não se trata de um ou outro e sim de um e outro. Isto vai depender da forma como o profissional utiliza o “poder” e “saber” desse dispositivo, o que pode trazer capturas ou pode tornar aquele encontro profissional e sujeito produtor de “subjetividade” por atualizar o cuidado, produzindo potência e possibilitando a produção da “diferença” (DELEUZE, 1989, p.155-161).

Diante disto, tive momentos de afastamento e aproximação com o Doutorado, como uma onda. Por ser um sujeito implicado na pesquisa, por investigar meu campo de atuação profissional, o encantamento vinha, depois sumia.

³ Segundo Deleuze (1989, p.155) é “(...)uma espécie de novelo ou meada, um conjunto multilinear. É composto por linhas de natureza diferente e essas linhas do dispositivo não abarcam nem delimitam sistemas homogêneos por sua própria conta (o objeto, o sujeito, a linguagem), mas seguem direções diferentes, formam processos sempre em desequilíbrio, e essas linhas tanto se aproximam como se afastam uma das outras”.

Questionamentos antes realizados desapareciam e outros surgiam. Movimentos difíceis como profissional e pesquisadora.

Uma música de Caetano Veloso, “Oração ao tempo” (1979), retrata bem os vários momentos que a pesquisadora vivenciou com a produção da Tese, um trecho em particular:

És um senhor tão bonito
Quanto a cara do meu filho
Tempo Tempo Tempo Tempo
Vou te fazer um pedido
Tempo Tempo Tempo Tempo
Compositor de destinos
Tambor de todos os ritmos
Tempo Tempo Tempo Tempo
Entro num acordo contigo
Tempo Tempo Tempo Tempo
Por seres tão inventivo
E pareceres contínuo

Esse é o tempo da Tese, onde a vida não parou. Alguns momentos solicitando paciência da orientadora, paciência da pesquisadora, paciência da mulher, paciência da enfermeira, paciência da filha, paciência do marido, paciência da família... Diante de tantos tempos: da orientadora, da pesquisadora, da enfermeira, da mulher, da esposa, da mãe e do tempo de um sujeito social e político.

Tempos que às vezes aceleravam e pediam passagem, tempos que consumiam e às vezes sumiam, não esperando o tempo que estava ali instalado para ser vivido. Várias vezes recusei muitos tempos. Pensei um tempo que iria me perder diante de todos eles, cair fora, sair correndo, entrar em sofrimento, virar um “sujeito-pipoca”⁴.... mas, com paciência e às vezes impaciência mesmo, fui me recusando, tentando criar o meu tempo, afinal, eu sei que a vida é inventiva e contínua. E posso dizer que consegui, ao final do segundo tempo, iniciar alguma compreensão do meu tempo de produção da Tese e de certos tempos de minha vida. Tempos que foram necessários, pois me constituem como sujeito e fazem com que os movimentos não cessem; arrisco a dizer que sigo aprendendo a respeitar os meus tempos e não perder a raridade e a beleza da vida e de seus movimentos contínuos.

⁴ Trata-se de um neologismo criado pela pesquisadora a partir de uma fala do sujeito participante. Será mais bem apresentado no decorrer desta Tese.

Em alguns momentos precisei entrar em acordo, fazer pedidos para dar continuidade à pesquisa, pois a vida não parava. A vida solicitava atenção como enfermeira que vivenciava as capturas das instituições e das formas de trabalhar das OS e das políticas públicas municipais, causando atravessamentos na composição desta Tese, como pode ser visto no Capítulo 4.

As OS no cenário brasileiro são fruto do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), proposto pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), do governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), que culminou na Medida Provisória 1.591, de 7 de outubro de 1997, que criou as OS, “estabelecimentos públicos em pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, sob a forma de fundações ou associação civil” (MERHY; BUENO, 1998, p.5), com o objetivo de desenvolver um novo modelo de gestão, por meio de contratos de gestão (BARBOSA; ELIAS, 2010).

O texto “*Organizações Sociais: autonomia de quem e para que?*” alerta que as OS, por atuarem por repasse financeiro de contratos de gestão e de controle, poderão fortalecer o

(...) modelo de atenção hierarquizado a partir do clínico geral, reforçando-se uma ótica exclusiva dos problemas de saúde, e desprezando-se a necessária interdisciplinariedade e multiprofissionalidade da produção dos atos de saúde, e mesmo o aproveitamento desta base assistencial do clínico geral para construir um sistema mais horizontalizado. (MERHY; BUENO, 1998, p. 10)

A intenção desta Tese não é realizar uma discussão teórica sobre as OS na gestão do cuidado, mas apresentar como é atravessado o cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico na AB, conforme foi revelado nas falas dos sujeitos participantes.

O exercício como enfermeira na Administração Direta permitia atuar política e socialmente em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo suas diretrizes e seus princípios com a participação popular, ao construir rodas de conversas com a comunidade da área adstrita da UBS da Família para pensar e fazer a assistência de saúde, a organização do serviço e do processo de trabalho. Porém, atuar numa OS trouxe impactos e sofrimento profissional e pessoal; demorei a compreender como agir ao produzir o cuidado.

O pensar, o fazer e o ser enfermeiro eram predominantes, devendo o sujeito político e social do ser enfermeiro estar num outro tempo de atuação, agindo com a comunidade, porém não tão diretamente como numa Administração Direta. Havia limites na liberdade profissional de organizar o processo de trabalho e o serviço de saúde segundo as necessidades do sujeito e coletivos. Nas OS, a organização do serviço e do processo de trabalho parece priorizar os impactos nos indicadores de produção e qualidade, em relação a outros indicadores qualitativos.

Ceccim e Merhy (2009, p. 532) revelam que os profissionais de saúde no cotidiano do cuidar nos serviços de saúde podem estar submetidos a capturas na “ordem profissional” ou nas “condições de trabalho” ao atuarem como reféns “de políticas de atenção (modelos assistenciais), tal como vigentes em sua corporação profissional ou nos sistemas e serviços de saúde”.

Não desejo com essa reflexão construir uma verdade absoluta, menos ainda passar a ideia de dualismo, do bom e mau, sobre a forma de administração dos serviços públicos de saúde, pois os dois campos de atuação apresentam dificuldades, facilidades, potências e capturas pelos modelos assistenciais e forma de gestão.

Arrisco esse pensamento por ser um sujeito que deseja produzir conhecimento em um campo de pesquisa no qual sou trabalhadora de saúde, pois a “[...] conformação do trabalhador como sujeito epistêmico está marcada pressupostamente pelo seu lugar como sujeito militante implicado” (MERHY, 2004a, p.6).

Como sujeito implicado, a todo o momento, sou levada a uma análise do modo de agir no campo da saúde. Às vezes me remetendo a uma (res)significação de sentidos do objeto de pesquisa, a gestão do cuidado a sujeitos em sofrimento psíquico na AB, sendo levada a uma reflexão sobre mim mesmo e sobre outros atores sociais (profissionais, gestores, sujeito e coletivos).

Assim, meu encantamento veio com a LSM e da experiência prática no cotidiano do cuidado da saúde mental na atenção básica. Mudanças constantes ocorrem na AB e na SM: políticas, das práticas em saúde, sociais, gerenciais, na construção de metas de produção e qualidade, dentre outras. Diante disso, o

objetivo foi sendo refinado no encontro da pesquisadora com o universo profissional de encantamentos e distanciamentos do sujeito implicado.

A noção de implicação, trabalhada pelos analistas institucionais, não se resume a uma questão de vontade, de decisão consciente do pesquisador. Ela inclui uma análise do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que ocupa o pesquisador, daquele que ele busca ocupar e do que lhe é designado ocupar, enquanto especialista, com os riscos que isto implica. (PASSOS; BARROS, 2000, p. 73)

O local escolhido para a produção desta cartografia ocorreu pela possibilidade proveniente da experiência prática do cuidar. Coloquei em análise as escolhas profissionais que realizava para pensar e fazer a gestão. Assim, fui levada a um repensar constante dos encontros produzidos entre a profissional e o sujeito, a pesquisadora e a profissional, a pesquisadora e o sujeito, pesquisadora e o coletivo e a profissional e o coletivo.

A efetivação da escolha ocorreu em minha primeira aproximação com o Fórum de Saúde Mental, dispositivo que será apresentado no decorrer desta Tese. Parecia naquele momento possibilitar o novo, o diferente, na gestão do cuidado. Decidi apostar no *Cuidado da saúde mental na atenção básica: cartografia de uma gestão* na Região de Saúde, onde exerço minhas atividades profissionais.

O Fórum de Saúde Mental vinha com uma proposta de construção coletiva ao colocar os atores sociais (gerentes, profissionais de saúde, coordenadores) a pensar e fazer a gestão no campo da saúde mental através do diálogo, da interação intersetorial dos casos que afligiam a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Casos nos quais os profissionais de saúde estavam com dificuldade de produzir um cuidado singular e produtor de autonomia e vida ao sujeito em sofrimento.

A construção do objeto e objetivo deu-se nesse universo. E o projeto para a apresentação no Exame de Qualificação (EQ) estava pronto. No EQ, os agenciamentos produzidos me colocaram a (re)pensar a definição da gestão do cuidado, proposta que esta Tese tenta apresentar como um “rizoma” (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 15).

Um período de silêncio deu-se neste navegar, a licença-maternidade. Um novo tempo estava nascendo e com ele novas cobranças, mudanças, alegrias e angústias. O tempo possibilitou refinar as leituras, realizar as escolhas dos

instrumentos cartográficos e preparar a pesquisadora para a produção dos dados *in loco*. Porém, além de surgirem novos significados, a profissional e pesquisadora, e agora mãe, outros desafios foram brotando, alguns fáceis outros difíceis.

Mas, ao navegar nas leituras, compreendi como lidar com os desafios por meio das tecnologias relacionais, de interação, da ordem da micropolítica do trabalho em saúde que possibilitam uma resistência à

[...] macropolítica do gerenciamento, da protocolização, da corporativização ou das racionalidades [...]. A micropolítica não é local/individual, é força instituinte, transversalidade de processos e projetos, luta contra-hegemônica e ante-hegemônica. (CECCIM; MERHY, 2009, p. 533)

Assim, questionamentos surgiram e me fizeram pensar sobre como seria se os profissionais de saúde e gestores construíssem um tempo para ouvir, ver, sentir a vida dos sujeitos em sofrimento, mesmo quando atravessados e capturados por processos que impeçam o pulsar do mundo diante de tantos tempos que estão solicitando passagem? Tempos que às vezes permitem perceber o inventivo que pede o seu tempo de escuta, acolhimento e produção de vida.

Finalizando este primeiro tempo de navegação, o navegar da pesquisadora, indico cinco grandes conceitos escolhidos para esta Tese: saúde mental na atenção básica, gestão do cuidado, rizoma, implicação e subjetividade. Cada um desses conceitos será apresentado e trabalhado ao longo dos próximos capítulos.

2 TRAÇANDO OS RUMOS PARA O NAVEGAR DA PESQUISA

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm 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. (PESSOA, 2011)

Neste capítulo serão apresentados conceitos, termos e autores traçados para o navegar deste navio, auxiliando nos rumos percorridos para a produção de dados.

No final do capítulo anterior, indiquei os cinco grandes conceitos desta Tese. Agora apresento conceitos decorrentes deles, a saber: subjetividade em saúde, cuidado em saúde, tecnologias de saúde. Com essas noções será possível detalhar a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na AB, bem como o rizoma.

Durante o processo da Tese, escolhi a questão do navegar e alguns elementos, e um deles é o vento. O vento é que dá força, movimento e vida ao navio.

Ao navegar por mares abertos, estamos sujeitos a bons ventos, ventos fracos e ruins, e a quase nenhum vento, o que às vezes nos deixa à deriva. Mas, com tempo, novos ventos podem surgir e, ao posicionar as velas de acordo com aquele vento, criamos potência novamente. Ao navegar pelos mares da gestão do cuidado a sujeitos em sofrimento psíquico na AB, tive sorte de encontrar bons ventos que potencializaram a viagem, mas também tive ventos ruins e fracos. Porém, com tranquilidade, fui aprendendo a posicionar as velas na posição correta para captar qualquer tipo de vento para acompanhar a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na AB.

Arrisco a relacionar o vento ao pensar da pesquisadora. Mas ao mesmo tempo tive dúvida se, ao colocar o vento nessa forma de controlar as velas, ele não seria algo cartesiano, algo oposto do plano traçado para esta pesquisa. Assim, esclareço que deixei o vento e o pensamento livres e soltos, tentando possibilitar a diferença na gestão do cuidado.

Alguns pensamentos foram produtivos, criaram potência neste navegar. Outros não foram tão produtivos assim. Com a insistência, persistência,

aprendizagem e os devires da pesquisadora, as velas foram sendo reposicionadas para captar todas as reflexões, as ações, as reações, as ideias, às vezes, ilusões dos pensamentos bons, ruins ou quase nenhum pensar para produzir esta Tese.

Brito (2012, p. 6) esclarece que o mais importante para pensar uma subjetividade é pensá-la “[...] descentrada, múltipla, nômade, que dialoga com a superfície e não com o fundamento”. Assim, esta Tese traça seus rumos com certa multiplicidade de conceitos, termos, autores para conversar com a vida, as forças, os fluxos e a singularidade dos sujeitos participantes que compõem a produção dos mapas da gestão do cuidado. Não há intenção de construir verdades absolutas e fundamentos definitivos.

Uma multiplicidade não tem nem sujeito nem objeto, mas somente determinações, grandezas, dimensões que não podem crescer sem que mude de natureza (as leis de combinação crescem então com a multiplicidade). (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p.23)

O meu pensar da prática no plano de cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico no cotidiano de cuidar em saúde possibilitava perceber as conexões que ocorriam com os múltiplos atores sociais (gestor, profissionais, sujeitos e coletivos) na produção do cuidado. Cuidado esse que às vezes se perdia outras não; às vezes era produtivo outras não; às vezes simplesmente não ocorria.

O cuidado em saúde mental envolve um agir além do campo biológico e médico, implica ações e agentes diversos, um conjunto de multiplicidades que não param de crescer. Envolve dimensões legislativas, sociais, políticas, culturais e individuais (SARACENO, 1995). Para construir e gerir o cuidado, há uma multiplicidade de encontros, saberes, alianças, de ligas, ações e reações. Aposta-se, aqui, nessa construção da gestão.

Reflexões constantes do processo de trabalho promovem essa “produção desejante” (BAREMBLITT, 2010). Produção no sentido de geração do novo, de “[...] processa tudo que existe – natural, técnica, subjetivo e socialmente” produzido (BAREMBLITT, 2012, p. 187). E desejo, em seu sentido esquizoanalítico, de ser “[...] essencial e imanentemente produtivo [...]”, porque funciona ao acaso, sendo gerado do processo de invenção, de reflexão, de acontecimentos diários (BAREMBLITT, 2012, p. 161).

Durante minha vivência nestes sete anos na Enfermagem, as inquietações cresciam a cada prática diante de um sujeito em sofrimento psíquico na atenção básica. E, como pesquisadora e profissional da saúde, meu olhar no cotidiano de cuidar ficava apreensivo para processos que produziam subjetividade em saúde, provocando um incessante pensar sobre a prática. Tentava produzir algo novo ao processar todas as coisas que faziam dar algum sentido para o cuidado. Podendo ser: um encontro com um sujeito, com um profissional ou com um gestor; ouvir uma música que remetia a algum cuidado ou alguém; uma imagem que lembrava alguém ou algo; um livro que produziu um novo movimento, um novo agir no cotidiano de cuidado.

Para isso, o referencial metodológico – que será mais bem detalhado no Capítulo 3 – escolhido, permitindo o acesso e a produção da multiplicidade, é a cartografia, possibilitando uma “produção desejante” (BAREMBLITT, 2010), como descreve Passos, Kastrup e Tedesco (2014, p. 11):

Colocar lado a lado pesquisador e pesquisado, sujeito e objeto, sujeito e sujeito, pesquisa e mundo considerando a força de interpelação e perturbação que esta atitude inclusiva provoca. Fazer de tal lateralidade menos um antagonismo do que a agonística que nos anima e força a pensar.

A produção desta tese foi um processo de colocar a pesquisadora e a profissional lado a lado, os colegas de trabalho como sujeitos da pesquisa, o ambiente de trabalho e a prática como objetivos de pesquisa, com intenção de acompanhar “uma determinada realidade social e organizacional dos discursos e práticas dos sujeitos” participantes da pesquisa (L’ABBATE, 2012, p. 198), supondo que é possível revelar algo que poderá retornar ao ambiente de trabalho como forma de “intervenção”, podendo trazer mudanças na interação dos próprios participantes da pesquisa e do serviço de saúde pesquisado (FRANCO; MERHY, 2013, p. 159). Desta forma, trata-se de uma pesquisa-intervenção, que será detalhada no Capítulo 3.

Parece que a gestão do cuidado nesta pesquisa é produzida a partir de casos complexos, “sujeitos-pipocas”, em que os profissionais tentam pensar as possibilidades para as ações de cuidados, utilizando uma diversidade de: conexões com outros serviços de saúde e sociais; encontros com outros profissionais,

gestores, sujeitos e coletivos; e saberes. Gestão que muda conforme a necessidade, o encontro, os acontecimentos da vida dos sujeitos, profissionais e gestores.

Nesse sentido, o cuidado se compõe de “[...] multiplicidades compostas de singularidades absolutas, o que quer dizer que [...]” cada ator social (usuário, familiar, profissional, gestor) é “infinitamente diferente” um do outro, com suas intenções, saberes, ações e funções dentro da gestão do cuidado (BAREMBLITT, 2010, p. 93). Assim, o cuidado vai sendo produzido numa incessante rede de conexões sem um eixo central, atravessada por sentidos e sinais e sensações dos múltiplos atores, produzindo subjetividades (BAREMBLITT, 2010).

Pelbart (2000, p. 37) descreve o que é da ordem da subjetividade:

Mas é preciso insistir: a subjetividade não é algo abstrato, trata-se da vida, mais precisamente, das formas de vida, das maneiras de sentir, de amar, de perceber, de imaginar, de sonhar, de fazer, mas também de habitar, de vestir-se, de se embelezar, de fluir, etc.

Assim, devemos priorizar a pessoa, não o sofrimento no momento do pensar, fazer e viver o cuidado. O cuidado pode estar orientado para a produção do subjetivo, na tentativa de preservar as formas de viver e estar na vida, a história, as relações interpessoais e as potencialidades do sujeito a ser cuidado. Isto poderá possibilitar ao sujeito uma (res)significação de seu sofrimento, de sua dor e de suas angústias.

Ayres (2004, p. 74) compartilha uma ideia de pluralidade de saberes para potencializar as intervenções no campo da saúde, sendo o cuidado produto de uma “[...] interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade”.

O cuidado é produto da relação entre os sujeitos e os trabalhadores de saúde, em que há o arranjo dos saberes, das políticas e do serviço de saúde para a produção das ações em saúde. Diante disso o cuidado pode considerar e produzir “o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem-sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência” (AYRES, 2004, p.85).

O cuidado em saúde está em constante movimento, é produção contínua. Inicia-se essa produção quando profissional e usuário se encontram, operando um sobre o outro. Criando-se intersubjetividade (MERHY, 1997). Encontro marcado por multiplicidades, em que ocorrem trocas de afetos e sentidos e sentimentos e sinais que mobilizam ações nas distintas e imanentes dimensões da gestão do cuidado com intuito de produzir autonomia, vida e felicidade (CECILIO, 2011).

Para esta Tese, compreendo que os gestores, os serviços de saúde e os profissionais de saúde podem construir pontes na rede de saúde e social na comunidade em que se inserem. Podem incorporar em suas ações os saberes, as experiências, o modo de vida e saúde das pessoas e da comunidade, respeitando a autonomia, a singularidade e a vida das pessoas e dos coletivos que demandam algum tipo de cuidado em saúde mental.

Colvero e Machado (2003, p. 54) acrescentam que se o cuidar em saúde fica restrito exclusivamente ao sinal orgânico, em detrimento de “[...] outros sinais emitidos e captados na relação, há um pseudo-cuidado, há uma inobservância para a inclusão do sujeito na ação de cuidar [...]”, há uma “[...] supremacia da técnica em detrimento da relação [...]”.

Desta forma, os profissionais de saúde e gestores podem compreender que não devemos significar o outro como objeto no encontro, mas como sujeito de ação e reação e troca e limitação e gestos e aromas e sentidos. Permitindo que o cuidado se desenvolva num fluxo conectivo de reações de repulsa, aproximação, intensidades, atravessamentos e devires na diversidade dos atores sociais envolvidos no processo de cuidar, em que subjetividade é produzida e produz-se.

Na produção coletiva dos dados desta Tese, durante a construção do Fluxograma Analisador pela equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), as ações de cuidado foram construídas em alguns momentos na produção do subjetivo, conforme a pesquisadora pode captar. Os profissionais podem ter possibilitado um (re)posicionamento sobre o sofrimento psíquico de Rosa, a protagonista do caso. Eles permitiram certa ação subjetiva, reconhecendo Rosa como um sujeito de ação e reação aos encontros, de trocas e limitações em sua vida, e de aromas e sentidos.

Outro rumo para acompanhar a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico é a compreensão de alguns conceitos dos quais Merhy (1997) faz uso de uma parte dos estudos de Marx para apresentar o processo de trabalho em saúde. O autor chama de “trabalho vivo” o que vai sendo construído “em ato”, operando constantemente em processo e em relações entre os atores sociais (MERHY, 1997, p. 98-99). E de “trabalho morto” os instrumentos materiais que fazem parte do processo, que são resultado de um trabalho humano anterior, em que não há necessidade de uma relação para sua produção no momento do uso, a exemplo dos equipamentos de saúde (MERHY, 1997, p. 99).

Ressalta, ainda, que o “trabalho vivo”, a “criatividade”, o inusitado, a “potência do trabalhador” podem provocar e construir “fissuras nos processos instituídos”, burocrático, protocolar e nos fluxos estabelecidos pelo “trabalho morto” (MERHY, 1997, p. 77- 111).

A compreensão das tecnologias em saúde é necessária na produção de dados desta Tese. Possibilita à pesquisadora revelar como os profissionais de saúde realizam suas ações na tentativa de um cuidado integral e de produção de subjetividades. Como aprofunda Merhy (2002, p. 49):

[...] o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção [...].

O autor distingue três tecnologias: dura, sendo os instrumentos de trabalho e as ferramentas; a leve-dura, relacionada ao conhecimento e aos saberes dos profissionais de saúde e como este organizará o pensar para o seu fazer sobre o sujeito; e a leve, um processo relacional, em que há um encontro de sujeitos, criando-se “intersubjetividades”. Acrescenta que somente a “conformação adequada da relação entre os três tipos que pode produzir qualidade no sistema”. Qualidade na assistência no sentido da produção subjetiva do cuidado ao reconhecer o outro no encontro profissional-sujeito, valorizando sua autonomia, cidadania e seu modo de caminhar na vida (MERHY, 2013, p. 68-73).

Acredito, então, que o processo de cuidar se desenvolve com o outro a partir de sua singularidade. Cada encontro do profissional com o sujeito pode se compor em possibilidades para construções de novas formas de ser e estar na vida, indo muito além do saber tecnológico, científico e estruturado. No cuidado em saúde estão agregadas questões subliminares, subjetivas, particulares do modo como o sujeito faz e produz saúde (MACHADO; COLVERO; RODOLPHO, 2013). Uma diversidade e variedade de conexões vão se estabelecendo nos encontros, produzindo possibilidades para sanar o sofrimento do sujeito.

A gestão do cuidado a sujeitos em sofrimento psíquico na atenção básica, objeto desta Tese, ocorre “em ato” (MERHY, 2013), sendo produzida nos encontros e nas conexões entre os atores sociais, produzindo novas formas para atender às demandas dos sujeitos, sendo uma incessante criação. Os profissionais de saúde e gestores no cotidiano do cuidar parecem oferecer espaços para desenvolver o instituinte ao trabalho sistemático e protocolar quando convocados pelo “sujeito-pipoca” que estoura, fazendo um barulho na equipe de saúde e criando vetores de intensidade de reações e ações na gestão do seu caso, como poderá ser visto no Capítulo 4.

Desta forma, esses rumos teóricos e metodológicos possibilitaram apresentar pistas das intensidades surgidas das ações e reações dos sujeitos pesquisados no encontro com a pesquisadora, nos encontros e desencontros dos profissionais de saúde com os sujeitos em sofrimento psíquico, nas limitações e possibilidades na composição do plano de cuidado ao sujeito em sofrimento e nas construções e desconstruções do plano de cuidados para o sujeito em sofrimento psíquico. E, por fim, narrar uma trajetória de vida e de cuidado de um sujeito em sofrimento psíquico e seu bailar pela vida, suas ações e reações, encontros e desencontros e conexões na gestão do seu caso.

2.1 Encontro da SM na AB: Pistas dos Mapas

Na sequência serão apresentados dados conceituais, históricos e bibliográficos que possibilitam a verticalidade do objeto de pesquisa – a gestão do cuidado a sujeitos em sofrimento psíquico na atenção básica. Os sujeitos ao longo da pesquisa citaram conceitos, usaram expressões, noções e palavras que

compõem um grande campo da gestão deste cuidado. Com o estudo da cartografia e dos gestos atencionais, fiquei atenta ao que era dito e então esses escritos foram construídos com base nas referências indicadas por eles. Posteriormente, algumas questões aqui apresentadas serão detalhadas no Capítulo 4.

O SUS, criado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de Lei Orgânica da Saúde, traz a saúde como direito de todos e dever do Estado e estabelece, no seu artigo 7º, que “[...] as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal” (BRASIL, 1990). Obedece ainda a alguns princípios: acesso universal público e gratuito às ações e aos serviços de saúde; integralidade da assistência, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; equidade das ofertas, sem preconceitos ou privilégios; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; e controle social das ações (BRASIL, 1990).

Durante a produção final da Tese, a escrita, o Brasil passa por uma “crise econômica”, que compõe quais rumos o SUS tomaria a partir de 2016; situação que culmina com o *impeachment* da Presidente Dilma Rousseff, em agosto de 2016. O vice, Michel Temer, assume interinamente, gerando mudanças, inquietações, lutas e debates na sociedade e entre os defensores do SUS como política pública universal de atenção à saúde (LEITÃO, 2016).

Um dos debates, no 7º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, intitulado “Sociedade, subjetividade e saúde: desafios do SUS em tempos de crise democrática” e iniciado por Gastão Wagner, trouxe como proposta construir um “[...] projeto local de ocupar para cuidar, ocupar para funcionar: não para paralisar instituições e sim para cuidar e fazer funcionar” (REIS, 2016, p.1).

Gastão convoca os coletivos que lutam pelos diversos segmentos da sociedade, educação, trabalho, moradia, transporte e reforma urbana, a uma única luta, contra propostas de reforma financeira que “mata gente, adoece, precisamos imediatamente investigar e denunciar todos os malefícios decorrentes do corte de gastos em saúde, educação e políticas sociais porque austeridade faz mal à saúde!” (REIS, 2016, p.1).

A proposta financeira citada por Gastão é a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 55/2016, que foi aprovada em 1º de dezembro de 2016, em primeiro turno, no Senado. O texto-base da emenda constitucional proposta pelo presidente interino, Michel Temer, tem como alicerce central o estabelecimento de um novo teto para o gasto público, que prevê um limite anual de despesas nos três poderes ao longo de 20 anos nos setores de saúde, educação, assistência social e previdência social (ALVARENGA; LAPORTA, 2016).

Segundo a revista *Carta Capital*, o novo regime fiscal afeta as áreas de saúde e educação, porque “[...] terão como pisos os valores mínimos do ano anterior, reajustados só pela inflação [...]” e conclui: “[...] o valor mínimo destinado à educação e saúde cairá como proporção das receitas de impostos e também em relação ao PIB, com grave prejuízo para a população de menor renda” (DRUMMOND, 2016).

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO, 2016) publicou em 5 de outubro de 2016 uma carta aberta contra a emenda e em defesa do SUS, dos direitos sociais e da democracia, esclarecendo que a proposta do governo Temer impõe cortes nos setores, mas não se propõe a controlar “[...] os gastos orçamentários com juros e com outras despesas financeiras”. Diante disso, convoca os movimentos sociais a lutarem contra a aprovação dessa emenda que agrava o investimento e os gastos públicos com a saúde, educação, saneamento básico.

É válida essa parada no navegar da pesquisa, porque, ao pensar a gestão do cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, as políticas públicas e a gestão da saúde em seus diversos níveis de administração são atravessadas por esses momentos difíceis que a sociedade brasileira vive, ao exigir que os movimentos sociais, políticos, de professores, de universitários e universidades se ergam em defesa do SUS, da manutenção dos direitos sociais, educacionais e de saúde, construídos com as lutas sociais travadas há tempos no Brasil. Diante disso, hoje vivemos possíveis capturas por emendas constitucionais, necessitando de uma luta dos coletivos para fazer funcionar nossos direitos que podem ser desrespeitados.

Retomando o navegar histórico, político e social do encontro da SM na AB, os participantes da pesquisa, gestores e profissionais de saúde trouxeram a RAS como

estratégia para superar a fragmentação da atenção pelo compartilhamento de ações e do cuidado, podendo qualificar a gestão.

A RAS é definida como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 4). Essas formações desenvolvidas de forma horizontal, pelas conexões entre os chamados “pontos de atenção”, têm o objetivo de integrar as ações e os serviços a partir das necessidades de saúde individual e coletiva. Propõem uma atenção contínua e integral “[...] pelo cuidado multiprofissional e pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos” (BRASIL, 2010, p. 4).

As redes, portanto, rompem com a ideia de unicidade – ou seja, de uma direção, um sujeito, uma diretriz etc. – articulam-se à noção de multiplicidade, o que pressupõe suportar diversas lógicas e operar sobre lógicas determinadas por representações simbólicas e por subjetividades que determinam as singularidades dos sujeitos. (CARVALHO; FRANCO, 2015, p. 865)

As conexões estabelecidas entre os pontos de atenção podem estar permeadas de multiplicidades dos atores sociais (gestores, profissionais, sujeitos e coletivos) nos encontros possíveis na RAS, possibilitando a produção e valorização da diferença no cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico.

No meu exercício profissional como enfermeira na ESF percebo a dificuldade de assumir estes papéis: comunicação, ordenação e coordenação do cuidado. É um exercício sobre quais dos tempos vão prevalecer no meu tempo como enfermeira: o tempo do gerente; o da supervisão técnica de saúde; o do usuário; o do serviço; o tempo para tentar coordenar um cuidado; para realizar uma comunicação em rede; e o tempo que leva para estruturar a rede de cuidados a um sujeito.

Foi possível perceber direta e indiretamente durante todo o percurso da produção de dados desta Tese que a ponte a ser estabelecida entre serviços e profissionais gera aflições. Exemplifico aqui apenas com algumas pistas que serão trabalhadas nos mapas. Havia aflição na necessidade de identificar o lugar que o sujeito devia ocupar na rede pela intensidade do sofrimento ou pelos níveis de

atenção, conforme será revelado de forma detalhada no Mapa Pensar e Fazer a Gestão do Cuidado (item 4.2).

A Política Nacional da Atenção Básica caracteriza-se como a porta de entrada preferencial para o SUS, atuando no âmbito individual e coletivo, com ações: de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção de saúde. Espera-se que as ações desenvolvidas no âmbito da AB desenvolvam-se com o mais alto grau de “descentralização” e “capilaridade”, devendo ser o contato preferencial dos usuários e centro de comunicação da RAS. Utiliza-se de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior prevalência e frequência no território (BRASIL, 2012).

A política do SUS, após o desenvolvimento da AB, apresentou um progresso indiscutível, em especial nos anos 90 com a ESF, atendendo ao compromisso da integralidade da atenção à saúde ao investir na promoção da saúde e na prevenção de doenças, alcançando resultados importantes para a saúde coletiva (BRASIL, 2005).

Porém, Pires e Göttems (2009, p. 295) descrevem os avanços possíveis e retrocessos existentes da ESF como estratégia de consolidação do SUS. Iniciam a discussão com as ambiguidades na construção e na gestão do SUS, a exemplo dos estímulos que ora visibilizam “inovações na forma de gerir o cuidado em saúde”, ora reproduzem “enfoques restritivos dos programas de saúde pública, centrados na epidemiologia das doenças de massas”. Segundo as autoras, algumas influências que produzem essa ambiguidade são resquícios do controle de epidemias do sanitarismo, da vigilância em saúde e da mercantilização da saúde como “políticas públicas de cunho neoliberal” para interesses econômicos.

Os gestores e profissionais de saúde sujeitos desta pesquisa trouxeram como esses atravessamentos dificultam e geram tensão na gestão do cuidado, o que será discutido no Capítulo 4.

Já em relação à Reforma Psiquiátrica, apoiada pela Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2011) que vem sendo implementada, com a tendência da reversão do modelo hospitalar para uma ampliação significativa da rede extra-hospitalar de base comunitária, encontrou no SUS as condições para seu desenvolvimento,

possibilitando a gestão da SM no território por meio de uma rede integrada com a comunidade, podendo otimizar os recursos existentes (PASQUALE; PEREIRA, 2000).

Essas mudanças no modelo de atenção à saúde mental propõem que o cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico seja realizado em serviços acessíveis, inventivos, criativos e flexíveis, atendendo às demandas individuais e coletivas (MACHADO; COLVERO; RODOLPHO, 2013), e que as ações de saúde estejam orientadas a “[...] preservar a subjetividade da pessoa, sua história de vida e suas relações interpessoais” (SILVA et al., 2004, p.149).

As mudanças propostas no campo da atenção em saúde mental são um trabalho constante e exigem ações políticas, sociais e civis para inovar a forma de conceber o outro na comunidade.

Nós não queremos cidades sem diferentes [...] senão que queremos fazer a reabilitação psicossocial de maneira tal que haja cidades onde os diferentes possam estar. Ou seja, não cremos em cidades sem diferentes, mas nos diferentes na cidade. Então, a reabilitação é essencialmente um projeto que se refere à transformação da cidade, não à transformação dos pacientes. Não são pacientes que têm que mudar, é a cidade que tem que mudar. (SARACENO, 1998, p. 11)

Assim, há uma necessidade de trazer transformações sociais de inclusão dos sujeitos em sofrimento psíquico na comunidade, não realizando distinção destes, pois são cidadãos, respeitando as diferenças.

Dalmolin (2006, p. 40) alerta que a organização da atenção em saúde mental é diversificada porque o

[...] modelo pautado na reforma psiquiátrica requer colocar questões como as do lugar social do sujeito em sofrimento psíquico, suas potencialidades e possibilidades, sua autonomia diante da vida e sua diferença, no centro de nossas discussões, enquanto trabalhadores de saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica, além de exigir uma mudança na assistência em saúde mental, produziu uma reorganização dos serviços de saúde, do processo de trabalho e das ações em saúde ao incluir na comunidade o cuidado. Produziu, ainda, nos coletivos uma necessidade de ressignificação social do sofrimento como doença e de seu espaço de tratamento asilar.

Os profissionais, os gestores, os familiares e a comunidade necessitaram (re)pensar o cuidado e o fazer das práticas em saúde e sociais para promover a inclusão social, a autonomia e a cidadania do sujeito em sofrimento, privilegiando ações intersetoriais, multiprofissionais e mudanças sociais para um novo modo de conceber a saúde mental.

Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), com a Portaria 336 (BRASIL, 2002), são criados como dispositivos para a transição do modelo de atenção à saúde mental. Representam o articulador central das ações no território, ao coordenar e ordenar a RAS mental, e promovem ações como: o cuidado integral ao sujeito em sofrimento psíquico; a supervisão e capacitação das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental; além de contribuir na construção de modos de produzir saúde e vida pautadas na não institucionalização do sujeito em sofrimento psíquico (BRASIL, 2002).

O Caps apresenta a possibilidade de promover um cuidado integral ao sujeito em sofrimento psíquico com o objetivo de

[...] desenvolvimento de projetos de vida, de produção social, além da promoção da melhoria da qualidade de vida dos sujeitos. Entre algumas de suas missões estão a tecer laços para além dos serviços de saúde e de manter aquecidas suas relações com a cultura local. (SOUZA; RIVERA, 2010, p. 124)

As ações em saúde mental estão pautadas num cuidado produtor de subjetividades com o reconhecimento do outro como sujeito de ação, de construção de projetos de vida e saúde, com a promoção da cidadania, autonomia e o fortalecimento de vínculos sociais para a sua inclusão na comunidade, respeitando as diferenças.

Vale uma parada neste navegar para compreender como está o cenário atual do sofrimento psíquico. Um estudo epidemiológico de base populacional realizado em 2012 na Região Metropolitana de São Paulo avaliou que 29,6% participantes da pesquisa apresentaram algum sofrimento mental nos 12 meses anteriores à pesquisa, prevalência mais alta entre os países pesquisados (ANDRADE et al. 2012). Os transtornos de ansiedade foram os mais comuns, afetando 19,9% dos entrevistados. Em seguida, aparecem transtornos de comportamento (11%),

transtornos de controle de impulso (4,3%) e abuso de substâncias (3,6%) (ANDRADE et al. 2012).

Identificou ainda que São Paulo teve a mais alta proporção de casos de transtornos mentais considerados graves (10%), bem acima do estimado em outros 14 países avaliados, a exemplo dos Estados Unidos (5,7%) e da Nova Zelândia (4,7%) (ANDRADE et al. 2012).

O estudo de Andrade et al. (2012) vai ao encontro do que os profissionais de saúde e gestores, sujeitos participantes da produção desta Tese, evidenciaram sobre o aumento da demanda de saúde mental em uma região de São Paulo e a falta de profissionais no campo da saúde mental para atender a população, causando dificuldades na gestão dos casos – situação que será apresentada e detalhada no Mapa Pensar na Gestão do Cuidado (item 4.1) e no Mapa Pensar e Fazer a Gestão do Cuidado (item 4.2).

O Ministério da Saúde descreve que as manifestações mais comuns do sofrimento psíquico na AB fazem parte de uma única síndrome clínica com três grupos ou dimensões de sintomas que se combinam: tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos (somatização) (BRASIL, 2013, p.91).

Já em relação aos transtornos mentais graves e persistentes, esquizofrenia e psicoses afetivas, “(...) a AB desempenha importante papel no diagnóstico precoce, no início rápido do tratamento, na manutenção do tratamento farmacológico dos quadros estáveis e na reabilitação psicossocial” (BRASIL, 2013, p. 98). Relembrando que, mesmo os usuários acompanhados por serviços especializados da RAS, devem continuar seu acompanhamento pela rede básica de saúde. O Caps realiza o tratamento e a reabilitação dos sujeitos com transtorno mental severo e persistente (BRASIL, 2002).

Os gestores que foram sujeitos desta pesquisa – que originou o Mapa Pensar na Gestão do Cuidado – identificam e descrevem os sinais e sintomas apresentados anteriormente para revelar o lugar que o sujeito em sofrimento psíquico deve ocupar na RAS. Esse lugar do sujeito é identificado conforme a intensidade do sofrimento captada no encontro do profissional de saúde com o sujeito, produzindo aflições aos profissionais; algo que parece estar relacionado pela atuação pautada no modelo

biomédico de alguns profissionais, situação que será aprofundada e discutida no decorrer do Mapa Pensar e Fazer a Gestão do Cuidado.

Numa revisão bibliográfica, Gryscek e Pinto (2015, p. 3257) revelam que os profissionais de saúde da ESF identificam uma importante demanda de SM, mas não se sentem aptos a desenvolver ações no campo da saúde mental, por crerem que suas práticas não envolvam tais atos. Os autores compreendem que isso seja “manutenção do modelo biomédico e positivista na formação e atuação destes profissionais”, o que dificulta que atualizem suas práticas e atuem em SM.

Chiaverini (2011) relaciona algumas ações realizadas pelos profissionais da AB, sendo: proporcionar ao sujeito um espaço para pensar/refletir, exercer boa comunicação, exercitar a empatia, lembrar-se de escutar o que o sujeito precisa dizer, acolher o sujeito e suas queixas como legítimas, oferecer ajuda e suporte na medida certa, reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

Como trabalhadora da saúde e pesquisadora, intervenções como as relacionadas acima ocorrem diariamente na AB, quando ocorrem ações que envolvam acolher o outro em respeito às suas singularidades e particularidades. Porém, parece que essas, às vezes, são desvalorizadas pelos múltiplos atores envolvidos no processo de cuidar. As ações que envolvem as tecnologias leve-duras e duras ganham reconhecimento e valorização em detrimento das leves.

Assim, diante das prevalências e dos ruídos dos sujeitos participantes desta Tese, é preciso, portanto, qualificar a AB para o atendimento adequado de tais sofrimentos, respeitando a diferença. O encontro entre a SM com a AB parece tornar possíveis a construção e a gestão do cuidado na comunidade, podendo produzir o cuidado integral além do enfoque no sofrimento, porque estão agregadas outras questões pessoais, sociais, políticas, econômicas, culturais, etc., que podem gerar ou agravar o sofrimento.

Porém, Hirdes (2009, p. 303-304) alerta que, apesar das mudanças na forma de cuidar do sujeito em sofrimento psíquico, com a inclusão deste na família e na comunidade, exigindo a necessidade de reformulação das formas de cuidar, ainda há necessidade de uma atualização na formação profissional para uma compreensão além da doença, do modelo biomédico, possível com a inclusão de diversas tecnologias do âmbito relacional e com a “corresponsabilização” pelo outro. Acrescenta, ainda, que, para haver mudanças no modelo de atenção do SUS, o

encontro da SM na AB requer uma “[...] construção recíproca e responsável de uma teoria, de uma prática e de uma ética, mediante o estabelecimento de um acordo político”.

Compreendo isto no sentido de criar ou fortalecer os espaços existentes de discussões e reflexões coletivas, estimulando todos os atores sociais (profissionais, gestores, sujeitos e coletivos) a participar ativamente: da construção corresponsável das práticas do SUS; das construções teóricas sobre o agir em saúde e na organização dos serviços de saúde e do processo de trabalho; da (re)estruturação da RAS; do estabelecimento das metas de produção e produtividade; dentre outras questões que envolvam o trabalho em saúde em todos os seus níveis de gestão.

Reforço, esses espaços existem no cotidiano do cuidado da ESF, a exemplo: no encontro profissional e sujeito que demanda um cuidado; na reunião de equipe; nas consultas compartilhadas da ESF com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf) ou Caps; nos grupos comunitários, etc. Basta acrescentar a esses espaços discussões coletivas sobre a organização do cuidado, das práticas e do serviço para exercer uma gestão do cuidado de respeito às singularidades e produtora de subjetividades.

Neste momento trago neste navegar os dispositivos que os sujeitos da pesquisa que gerou essa Tese trouxeram como facilitadores para desenvolver a gestão da SM na AB, permitindo discussões, construções e reflexões coletivas. Compreendo como dispositivo as estratégias que são capazes de fazer ver e falar dos equipamentos de saúde (DELEUZE, 1989).

O Ministério da Saúde, mediante a Portaria GM 154, de 24 de janeiro de 2008, criou os Nasf, com o objetivo de ampliar a abrangência e a resolutividade das ações da AB (BRASIL, 2008). Fato trazido pelos sujeitos da pesquisa como elemento importante para as ações em SM na AB, produzindo cuidados subjetivos e produtores de vida.

Os Nasfs são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Não se constituem como serviços com unidade física independente, devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de AB. Compartilham diferentes saberes e práticas nos territórios sob a responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) à(s) qual(is) o Nasf está vinculado (BRASIL, 2013).

O Nasf se integra à AB com a finalidade de ampliação do olhar dos profissionais de saúde para questões subjetivas no processo de cuidar já que estas transpassam quaisquer problemas de saúde, devendo ser abordadas em todo processo de cuidar (MACHADO; COLVERO; RODOLPHO, 2013).

Para ser utilizado como dispositivo de fortalecimento do encontro da SM na AB, seu processo de trabalho deve desenvolver-se “[...] através da criação de espaços coletivos de discussão e planejamento com as equipes de referência” (HIRDES; SCARPARO, 2015, p. 386). Atua por meio: do atendimento compartilhado; de ações específicas com o sujeito e a família; de ações coletivas e intersetoriais no território de abrangência; e de ações conjuntas com a ESF (HIRDES; SCARPARO, 2015). Estratégias que os profissionais e sujeito em sofrimento psíquico trouxeram na produção de dados desta Tese.

O outro dispositivo que foi trazido pelos profissionais e gestores participantes da presente pesquisa é o apoio matricial (AM), que se configura como um “[...] suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações”, apresentando as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe (ANJOS et al., 2013).

Betolli e Lavrador (2012, p. 144) identificaram o AM como um dispositivo que possibilita a “[...] criação de um espaço para refletir e construir um cuidado em saúde mental interligado com a vida”, levando as equipes de ESF a produzir um cuidado inusitado, mesmo sendo capturadas pelo “[...] instituído e tendo dificuldades de atuar fora das regras e dos protocolos”.

Na pesquisa que culminou nesta Tese, os profissionais de saúde da equipe de ESF indicaram algumas dificuldades para exercer ações inovadoras na gestão do cuidado. Uma delas é o que chamam de “sujeito-pipoca”, nome curioso, que provocou em mim um estranhamento e outro pensar. Esse “sujeito-pipoca” é percebido como produtor de movimento nos profissionais, por escapar dos cuidados planejados e previstos (instituídos). Essa rica discussão será apresentada e detalhada no Mapa Pensar e Fazer a Gestão do Cuidado.

Hirdes e Scarparo (2015) descrevem algumas dificuldades do encontro da SM na AB pelo AM, apresentam as questões profissionais de falta de reconhecimento de ações de SM no âmbito da AB, falta de disponibilidade e cultura das profissões para ações em SM, o enfoque curativo do modelo biomédico nas ações em saúde e a resistência de alguns profissionais e especialistas em modificar suas práticas em saúde. No âmbito da gestão revelam a necessidade dos gestores reconhecerem e valorizarem o AM para planejar, avaliar e realizar a gestão, bem como realizar um dimensionamento de pessoal para cobrir as necessidades de SM dos serviços da AB e por fim estimular as ações descentralizadas pelos Nasfs.

Os gestores apresentam um papel importante no estímulo e apoio aos profissionais de saúde para o fortalecimento de um novo modelo de cuidados em SM na AB, fortalecendo o uso de dispositivos de reflexão e construções coletivas para o pensar e fazer o cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico.

Outro dispositivo revelado nesta Tese é o Fórum de Saúde Mental, estratégia utilizada para construções coletivas, que procura promover reflexão e problematização dos processos de trabalho e fluxos de atendimento, por meio de troca de saberes e experiências. Um dispositivo que possibilita o encontro entre profissionais e os gestores para pensar e fazer a gestão, do qual participam também equipamentos de outras instâncias como educação e assistência social. No Mapa Pensar na Gestão do Cuidado, revelaremos suas potencialidades e dificuldades para a produção de um cuidado subjetivo.

Entendo que o cuidar em saúde mental na AB exige uma atenção às subjetividades, em que o desejo do sujeito, suas escolhas e seu modo de viver e adoecer sejam considerados, com a preocupação de dar voz e passagem aos significados de seu modo de existir, uma vez que a saúde mental é concebida “como um certo modo de posicionamento subjetivo e sociocultural dos indivíduos na conjuntura conflitiva particular que os atravessa e pela qual são atravessados” (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 19).

A protagonista do caso traçador, que culminou na produção do Mapa Viver a Gestão do Cuidado desta Tese (item 4.3), demonstra como o plano de cuidados é construído quando ela se torna um “sujeito-pipoca” provocando os profissionais a (re)pensar e fazer um novo cuidado. Ela solicita voz e espaço para a produção do

seu cuidado, em que parece que algumas ações em saúde puderam ser produtoras de subjetividades e outras não. Mas a protagonista foi além dos planos construídos pela equipe, procurou em sua rede social a construção de pontes para a (res)significação de seu sofrimento – discussão interessante que será apresentada mais adiante.

Carvalho e Franco (2015, p. 880), numa cartografia sobre a rede de cuidados, perceberam a necessidade de outra forma de pensar o cuidado em saúde mental, na perspectiva de

[...] criar espaços de maior entendimento das singularidades que se expressam no usuário e procurar atendê-lo nisso, o que é possível a partir de cuidados centrados em tecnologias mais relacionais, de abordagens acolhedoras e da escuta das subjetividades [...].

Como enfermeira e pesquisadora para a produção desta Tese, identifico o uso não adequado dos espaços coletivos e de encontro dos serviços de saúde para um acolher em respeito às singularidades, porque às vezes os profissionais ficam presos a ações protocolares e ao tempo de atendimento, deixando de lado os sinais, gestos e o sentir dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Diante disso, existe a necessidade dos encontros serem potencializados e estimulados para o envolvimento do outro que demanda um cuidado e a reflexão conjunta dos atores sociais sobre as práticas de SM na AB. Ou seja, ao reconhecer e valorizar o outro no encontro, existe a possibilidade, junto a outros fatores sociais e individuais, de produção de subjetividades.

Assim, compartilho com Teixeira (2013, p.12) que “[...] cuidar das subjetividades nos processos de gestão do trabalho e de formação dos trabalhadores é promover condições para que possam ‘criar cuidados’”.

2.2 Gestão do Cuidado: Micropolítica do Processo de Trabalho na Produção do Rizoma do Cuidado

Ao aprofundar leituras, estudos e participação nas disciplinas, fui apresentada a autores que ajudaram a refinar meu objeto de pesquisa. Neste subitem apresento a definição de gestão do cuidado construída para esta Tese e sua micropolítica na produção do rizoma. Os autores aqui utilizados para a compreensão sobre a gestão

do cuidado foram: Merhy (2013), Franco (2006), Pires e Göttems (2009) e Cecilio (2009, 2011, 2012).

No *Dicionário da Língua Portuguesa* (DICIO, 2016), o termo gerir consiste em realizar diligências que conduzem a algo, envolve um conjunto de ações que produzem um efeito sobre um assunto, um projeto, as pessoas ou as instituições.

Ao conceituar a gestão do cuidado, pode-se entendê-la como o conjunto de ações em saúde que produzem um cuidado. Pensar na produção do cuidado remete ao ato de aprofundar numa reflexão sobre os encontros dos atores sociais (coletivos, familiares, sujeito, profissionais, gestores) e a micropolítica existente nessas relações.

Segundo Franco e Merhy (2013, p. 143), o trabalho em saúde dá-se no encontro do sujeito com o profissional de saúde; tendo uma natureza relacional, torna-se fundamental o olhar para a micropolítica do “trabalho vivo em ato”. Sendo um processo relacional de encontros entre o profissional e o sujeito, além das orientações tecnológicas, há toda a bagagem “subjetiva” que é própria do ser humano, portanto, operando também em uma “dimensão subjetiva”. O reconhecimento dessa subjetividade possibilita aprofundar a compreensão dos fenômenos que envolvem o trabalho na saúde e das ações em saúde.

Assim, na produção do cuidado, por mais que haja o predomínio de ações em saúde de caráter biomédico, os profissionais de saúde podem produzir um cuidado de potência e valorização do sujeito ao reconhecerem a existência do “[...] núcleo cuidador que opera a produção da saúde [...]” (MERHY, 2013, p.89).

Merhy (2013, p. 89), aprofundando na análise sobre o núcleo cuidador para além do encontro profissional e sujeito, reflete sobre o trabalho em saúde identificando que os profissionais e gestores devem ampliar essa dimensão para além desse encontro, para: o “modo de produzir e fazer a política”; a organização dos serviços e na relação dos profissionais com os “agentes institucionais”; e nos “processos de produção dos atos de saúde”.

Compreendo isso no sentido de que os profissionais de saúde e gestores devam estar atentos à forma como realizam a articulação com outros serviços de saúde, a RAS, outros atores sociais e as várias políticas públicas para pensar e fazer a gestão do cuidado. Respeitando e valorizando o sujeito em sofrimento

psíquico e os coletivos no momento do encontro e, além deste, produzindo cuidados possíveis de diferença. Afinal, “[...] somos portadores de uma energia criativa [...]” (BAREMBLITT, 2010, p. 16).

Cecilio (2009, p. 547) acredita que na “micropolítica se produz o cuidado”, sendo os sujeitos o centro das organizações de saúde. E essa micropolítica nas organizações de saúde forma uma “rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada ‘realidade organizacional’”, podendo tornar-se um objeto para estudo e intervenções (CECILIO, 2011, p. 593).

A subjetividade opera em redes na micropolítica do processo de trabalho, formando-se nas relações entre os atores sociais e em linhas de conexão (fluxos-conectivos) (FRANCO, 2006), em fluxos abertos como o rizoma (DELEUZE; GUATTARI, 2011).

O trabalho vivo, como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, possibilita a formação de uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. (FRANCO; MERHY, 2012, p.160)

A ação metodológica desta pesquisa foi mapear como o trabalho opera em um rizoma de conexões, encontros, multiplicidades e heterogeneidades para o cuidado do sujeito em sofrimento psíquico. Fiz essa opção, pois acredito que o mapeamento é salutar para a compreensão acerca da produção do cuidado inovador que estimule as possibilidades de produção de subjetividades. Assim, a proposta foi acompanhar a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na atenção básica.

Pires e Göttems (2009, p. 298), em reflexão sobre o melhor referencial teórico-metodológico para analisar a autonomia no processo de trabalho da ESF, apontam

[...] a gestão do cuidado no processo de trabalho em saúde é entendida como a forma com que o cuidar se revela e se organiza na interação propiciada entre sujeitos, podendo gerar interações e subversões potencialmente emancipatórias ou restritivas das múltiplas liberdades humanas.

A forma como os atores sociais se organizam e se relacionam para produzir o cuidado pode minimizar o sofrimento do outro, otimizar a necessidade de saúde e

promover um respeito à diferença ou restringir a vida, diminuindo a potência possível no encontro e nas conexões estabelecidos.

Compreendo a gestão do cuidado nesta Tese como um rizoma, no qual existem possibilidades, com outros fatores sociais e individuais, de produção de subjetividades. Essas possibilidades dependem do posicionamento dos atores sociais nos encontros possíveis, formando fluxos de conexões e intensidades para produzir, pensar e fazer o cuidado.

Durante a construção desta Tese pude acompanhar inúmeras situações relatadas que considerei como pistas dessas formas de se organizar, se relacionar e de criar ou não conexões que serão detalhadas nos mapas.

Profissionais e gestores, ao realizar conexões criativas, produzem devires na gestão do cuidado, proporcionando ao sujeito novas formas de estar e se posicionar na vida diante de seu sofrimento psíquico, podendo produzir subjetividades.

Exemplifico: Rosa, a protagonista do estudo de caso, observava como necessidade de saúde o tratamento para a coluna e não indicava como sofrimento a tristeza e o desânimo. Os profissionais que estabeleceram as conexões iniciais logo solicitaram exames de imagem para identificar os motivos das dores constantes. E, em vários momentos, Rosa foi encaminhada para serviços de especialidade e estimulada ao tratamento de sua tristeza e de seu desânimo, porém não dava a continuidade necessária; parece que não surgiu a intensidade suficiente para fazer um reposicionamento do seu sofrimento.

Rosa se posiciona diante dos encontros iniciais, produzindo com os profissionais a gestão do cuidado para si com enfoque nas tecnologias duras e leves. Quer dizer, ela indica aos profissionais o que quer e o que valoriza em termos de cuidados; porém, os profissionais que estabeleciam as conexões com Rosa continuavam a ofertar outras possibilidades. Quando ela provoca a equipe para que novas intensidades surgissem, afeta os trabalhadores diante do sofrimento psíquico por que passa.

A escolha dos sujeitos da pesquisa desta Tese (gestores, profissionais de saúde e sujeito em sofrimento psíquico) seguiu os rumos das múltiplas dimensões que compõem a gestão do cuidado propostas por Cecilio (2011).

O autor apresenta dispositivos representados em múltiplas dimensões imanentes e complementares entre si e dispostas em círculos concêntricos (CECILIO, 2009). No centro retrata a dimensão individual, seguida das dimensões familiares, profissionais, organizacionais, sistêmicas e societárias, respectivamente, atravessadas pelo eixo transversal das necessidades em saúde (CECILIO, 2009).

Cecilio (2009, p. 547; 2011, p. 592) enfatiza que ocorrem múltiplas conexões entre essas dimensões, formando uma “[...] complexa rede de atalhos, fluxos, pontos de contato [...]” e possibilidades, “[...] mais ou menos visíveis e/ou controladas pelos trabalhadores e gestores”, o que ele considera que se assemelhariam mais com “[...] um rizoma”, assim como esta Tese pretende apresentar.

De acordo com o autor citado, abaixo uma síntese dos atores sociais que compõem cada dimensão imanente da gestão do cuidado (CECILIO, 2011, p. 589-592, grifo nosso):

A **dimensão individual** é mais nuclear. O “cuidar de si”, no sentido de que cada um de nós pode ou tem a potência de produzir um modo singular de “andar a vida”, fazendo escolhas, “fazendo da vida uma obra de arte” [...].

A **dimensão familiar** da gestão do cuidado é aquela que assume importâncias diferentes em momentos diferentes da vida das pessoas. Trata-se de uma dimensão da gestão do cuidado localizada no mundo da vida, isto é, tem, como seus atores privilegiados: pessoas da família, os amigos e os vizinhos.

A **dimensão profissional** do cuidado é aquela que se dá no encontro entre profissionais e os usuários e nucleia o território da micropolítica em saúde [...]. Essa dimensão é regida por três elementos principais, que lhe conferem sua maior ou menor capacidade de produzir o bom cuidado: a) a competência técnica do profissional no seu núcleo profissional específico, ou seja, a capacidade que tem, por sua experiência e formação, de dar respostas para o(s) problema(s) vivido(s) pelo usuário; b) a postura ética do profissional, em particular, o modo com que se dispõe a mobilizar tudo o que sabe e tudo o que pode fazer, em suas condições reais de trabalho, para atender, da melhor forma possível, tais necessidades; c) não menos importante, a sua capacidade de construir vínculo com quem precisa de seus cuidados.

A **dimensão organizacional** do cuidado é aquela que se realiza nos serviços de saúde, marcada pela divisão técnica e social do trabalho [...].

Nela, assume centralidade a organização do processo de trabalho, em particular, a definição de fluxos e regras de atendimento e a adoção de dispositivos compartilhados por todos os profissionais, tais como: as agendas, protocolos únicos, reuniões de equipe, planejamento, avaliação etc.

A **dimensão sistêmica** da gestão do cuidado é aquela que trata de construir conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo “redes” ou “linhas” de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado.

Por fim, a **dimensão societária** da gestão do cuidado em saúde. Aqui estamos tratando de como, em cada sociedade, se produzem as políticas

públicas em geral, e a de saúde em particular, e como é pensado o papel do Estado, especialmente como formula e implementa suas estratégias para a garantia dos trabalhadores que implementarão as políticas sociais.

Pires e Göttems (2009) e Cecílio (2009) compartilham que há na gestão do cuidado estratégias gerenciais (direções/gerencias) e políticas públicas e institucionais que tentam capturar as ações de saúde dos profissionais. Trazem que as relações de poder podem estar presentes no cuidado, gerando tensão entre a “tutela” e a “libertação” dos sujeitos (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

Concordo com os autores sobre algumas práticas gerenciais que capturam o agir do profissional. Os profissionais de saúde, sujeitos participantes desta Tese, trouxeram alguns ruídos de seu processo de trabalho que produzem captura no encontro deles com os sujeitos que demandam um cuidado, algo que foi de encontro com minha prática profissional como enfermeira da ESF e que será detalhado no Mapa Pensar e Fazer a Gestão do Cuidado.

Na produção dos dados da presente pesquisa, alguns elementos gritam sobre essas práticas gerenciais que tentam homogeneizar o exercer dos profissionais de saúde. Um dos gestores, sujeito participante desta produção, traz as aflições sobre as práticas e produções diversificadas dos profissionais do Nasf, discussão rica que será trazida no Mapa Pensar na Gestão do Cuidado.

A partir desses apontamentos teórico-conceituais sobre gestão do cuidado e micropolítica, meus questionamentos iniciais acerca de como se dá o cuidado à pessoa em sofrimento mental na atenção básica e a proposta inicial de mapear a gestão do cuidado ganharam novos elementos e sentidos, que se aproximaram mais das inquietações internas da profissional/estudante/pesquisadora/sujeito.

2.3 Objetivo

Tendo em vista que há um conjunto de ações em SM acontecendo no cotidiano de cuidados da AB, esta pesquisa tem como objetivo **acompanhar a gestão do cuidado a um usuário em sofrimento psíquico na atenção básica.**

3 NAVEGAR METODOLÓGICO

*Navegar é preciso
Viver não é preciso*
(Os Argonautas, Caetano Veloso, 1969)

Neste capítulo, revelo o navegar metodológico a partir da construção legítima da minha prática e pela escolha do objeto de pesquisa. E, para trabalhar com eles a partir de uma investigação científica e da construção da pesquisa, fiz escolhas de um referencial teórico e metodológico.

Para navegar, são necessários precisão, um plano de navegação, instrumentos e uma rota para sabermos para onde estamos indo e por onde navegamos; porém, para viver, não. A vida é imprecisa, não temos controle das coisas, há uma diversidade de acontecimento e sujeitos que a compõe, não há necessidade de regras e planos bem-definidos.

Na tentativa de navegar com certa precisão sobre a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na AB, escolhi como referencial teórico-filosófico a esquizoanálise, método proposto por Gilles Deleuze e Félix Guattari, sendo uma das correntes da análise institucional (BAREMBLITT, 2012). Esse referencial vai ao encontro de estudos sobre a dimensão processual da subjetividade, tendo como referencial metodológico a cartografia. Trata-se da proposta de uma estratégia de pesquisa-intervenção de base qualitativa.

Deleuze e Guattari optam por demonstrar que é “possível viver de uma maneira libertária e criativa, de uma maneira brilhante, e de uma maneira heróica” (BARAMBLITT, 2010, p.11). A esquizoanálise é uma concepção da realidade em todas as suas superfícies e processos: natural, social, subjetiva e industrial-tecnológica. Mas também de uma realidade de outra ordem que se apresenta quase imperceptível, mas potente. Essa abordagem apresenta uma diversidade de dispositivos e de procedimentos que podem levar a inovações na gestão do cuidado (BAREMBLITT, 2012).

A esquizoanálise não é necessariamente uma ciência, uma teoria, uma disciplina, mas uma forma de pensar, estar e andar na vida, uma filosofia da diferença (BAREMBLITT, 2012). Exige um incessante processo de análise de

qualquer indivíduo, sujeito e coletivo em quaisquer momentos, lugares ou tempos, não sendo a produção do conhecimento legítima da ciência ou de um *experts* (GUIZARDI; LOPES; CUNHA, 2011; BAREMBLITT, 2010).

Diante disso, para acompanhar e deflagrar processos de produção de diferença na gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico a partir das falas e práticas dos sujeitos participantes do presente estudo, utilizou-se a esquizoanálise como referencial teórico, permitindo compreender que existe *n* formas de se estar e andar na vida (GUIZARDI; LOPES; CUNHA, 2011).

[...] é uma máquina fundamentalmente energética e intensiva, destinada a vibrar e fazer vibrar aqueles que dela se aproxima, a engajá-los em um movimento revolucionário e produtivo, que não passa exatamente pelas ideias nem pelas palavras, mas pelos afetos, por afetar e ser afetado. (BAREMBLITT, 2010, p. 15)

Trata-se, portanto, de uma pesquisa intervenção, ao permitir ao pesquisador e ao pesquisado um afetar e ser afetado, por poder produzir movimentos de autoanálise e autogestão em ambos, podendo levar a processos que produzam diferença, inovação, criatividade na gestão do cuidado a sujeitos em sofrimento psíquico na AB (BAREMBLITT, 2012).

Durante a produção de dados, reposicionamentos sempre foram necessários, pois se tratava do movimento da vida e da minha vida, demonstrando-se como o rizoma, um conjunto de forças, que trazem movimento, permeado de intensidades e conexões ora produtivas ora não, conexões que ocorriam por todos os lados, que mudavam conforme os acontecimentos, levando a outros e novos rumos neste navegar (DELEUZE; GUATTARI, 2011).

Assim, definindo e contextualizando o navegar metodológico, a proposta de uma estratégia de pesquisa-intervenção se encontra mais próxima dos movimentos da vida ou da normalidade do vivo, permitindo ao cartógrafo se deixar afetar pelas vivências nos lugares onde está circulando, atuando, observando, trabalhando (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009). Permite adentrar no universo da produção do cuidado no “trabalho vivo em ato”, que se apresenta dinâmico, em movimento contínuo nos fluxos conectivos estabelecidos entre os atores sociais (FRANCO; MERHY, 2013), bem como observar esses movimentos e a construção conjunta da subjetividade na gestão do cuidado.

A pesquisa-intervenção não é uma metodologia com “justificativas epistemológicas, mas sim de um dispositivo de intervenção no qual se afirma o ato político”, isto porque se acentua a todo o tempo o “[...] vínculo entre a gênese teórica e a gênese social dos conceitos” (RODRIGUES; SOUZA, 1987, p. 31).

A abordagem qualitativa tem como objeto os fenômenos humanos, permite trabalhar com o universo de significados, motivos, valores, atitudes, fenômenos que não podem ser reduzidos ou quantificados e que no âmbito desta pesquisa permitirá captar as subjetividades circulantes (MINAYO, 2006).

Através do método cartográfico buscamos acompanhar a gestão do cuidado sobre o qual gestores, trabalhadores de saúde e sujeito em sofrimento psíquico transitam, traçando os sentidos, as forças, as linhas e os significados que eles dão, com base nas vivências cotidianas, nos encontros e desencontros, e, por consequência, a produção de si mesmo como sujeitos (BARROS; KASTRUP, 2015).

Sendo tarefa do cartógrafo dar língua para os afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. O cartógrafo é, antes de tudo, um antropófago. (ROLNIK, 2014, p. 23)

A cartografia procura apresentar a vida que pulsa, nos seus movimentos, como uma onda de diversas intensidades. Intensidades que às vezes vibram para a alegria e satisfação e outras vezes não. Pensando sobre a presente Tese, arrisco apresentar os movimentos realizados pelos sujeitos da pesquisa na gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na AB, mapeando as forças e a intensidade, que ora possibilitam um cuidado de valorização do sujeito, ora não.

Assim, propõe-se a captar não apenas o momento, mas também o movimento com que se produz a gestão do cuidado, bem como a revelar as formas de expressão do trabalho, das tecnologias de saúde utilizadas, os encontros entre profissionais e sujeitos, profissionais e profissionais, profissionais e gestores, e os afetos que circulam entre os sujeitos e a pesquisadora e o objeto de pesquisa. Antes de tudo o cartógrafo é um sujeito implicado com o cuidado.

Os mapas produzidos demonstram a multiplicidade de linhas de força, ações, reações e pensares na gestão do cuidado, à medida que o “sujeito-pipoca” provoca os profissionais de saúde, levando-os a realizar atualizações de sua prática para

potencializar o modo de trabalhar dos profissionais e, em consequência, o modo de vida do sujeito. Porém, o contrário também foi possível com a permanência de um cuidado pautado no modelo biomédico e no uso de tecnologias duras e leve-duras para a construção da estratégia de cuidado ao sujeito em sofrimento, atuando processos de dominação não produzindo intensidades no encontro.

A determinação em utilizar o método da cartografia se mostra como alternativa válida na contemporaneidade interdisciplinar do mundo da saúde. É também poderosa ferramenta de investigação, “[...] exatamente para abarcar a complexidade, zona de indeterminação que a acompanha, colocando problemas, investigando o coletivo de forças em cada situação, esforçando-se para não se curvar aos dogmas reducionistas” (ROMAGNOLI, 2009, p. 169).

Esse método é correspondente com as atuais pesquisas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p. 47), que realiza cartografias para permitir olhar o modo como as vidas se produzem e “[...] perceber as linhas afetivas atuando juntos aos cenários de existências” das famílias atendidas na AB.

Numa revisão integrativa da cartografia na produção de pesquisas em Enfermagem no Brasil, produzida pelo Grupo de Pesquisa de Subjetividade de Saúde, do qual faço parte, evidenciou-se que os artigos científicos que usaram esse método têm tendência a acompanhar processos de produção do cuidado, especialmente nos campos investigativos da saúde coletiva e mental. Neles os dados foram construídos conjuntamente com os sujeitos pesquisados, criando reflexões para montagens de “novas potências no trabalho e subjetividades diferenciadas”, provocando a vibração da vida (PIGOZI et al., 2014, p. 75).

O método cartográfico é importante recurso à produção de pesquisas e à consequente produção do conhecimento, complexificando o olhar e o pensar sobre os fenômenos biopsicossociais, os sujeitos, as instituições e as políticas de saúde vigentes. A construção de mapas permite a captação da complexidade presente no campo e nos dados produzidos, que falam dos encontros entre profissionais, gestores, sujeitos, familiares e coletivos, possibilitando “(...) o mapeamento de paisagens psicossociais, o mergulho na geografia dos afetos, dos movimentos, das intensidades” (MARTINEZ; MACHADO; COLVERO, 2013, p. 205).

A intenção cartográfica esteve atenta à captação da realidade a ser estudada e procurando verificar, na medida do possível, a gestão do cuidado pelos sujeitos da pesquisa (gestores, profissionais de saúde e um sujeito em sofrimento psíquico) na atenção básica, trazendo os processos de produção de vida e saúde, a consistência de cuidados em formação, de subjetividades em construção.

3.1 Rizoma e os Instrumentos de Produção de Dados

Neste subitem são apresentados o rizoma e os instrumentos de produção de dados. Conforme dito anteriormente, a cartografia foi utilizada para acompanhar a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico pensando nas características do rizoma. O rizoma foi a rota traçada para apresentar esta cartografia, a fim de revelar quais forças, intensidades, capturas, rupturas e intensidades passam e são captadas pelos sujeitos da pesquisa, e se houve a possibilidade de produção do novo e de outras formas de cuidar do sujeito em sofrimento.

Para compreender as possibilidades do rizoma e, por fim, as possibilidades da gestão do cuidado, uma leitura minuciosa da introdução do livro *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia, Vol. 1*, fez-se necessária. Deleuze e Guattari (2011) enumeram seis características de um rizoma e o definem como um modelo de realização das multiplicidades cujo plano de composição são os “platôs”, zonas de intensidade contínua. A depender da conexão que se faz no seu plano de composição, permite passar ou não intensidades produzindo subjetividade.

1.º e 2.º Princípio de conexão e heterogeneidade: qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo [...] 3.º - Princípio de multiplicidade: é somente quando o múltiplo é efetivamente tratado como substantivo, multiplicidade, que não tem mais nenhuma relação com o uno como sujeito ou como objeto, como realidade natural ou espiritual, como imagem e mundo [...] 4.º Princípio de ruptura assignificante: um rizoma pode ser rompido, quebrado em um lugar qualquer, e também retoma segundo uma ou outra de suas linhas e segundo outras linhas [...] 5.º e 6.º. Princípio da cartografia e de decalcomania: um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo. (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 15-29)

Os princípios da conexão e da heterogeneidade são as possibilidades infinitas de conexões e encontros dos sujeitos com o mundo, pois um rizoma pode ser conectado a qualquer ponto em qualquer momento. Tais princípios nesta Tese parecem representar como os atores sociais na gestão do cuidado realizam

conexões com elementos heterogêneos para escapar das capturas e produzir um cuidado de reconhecimento do outro em suas reais necessidades.

A heterogeneidade, uma “cadeia semiótica de toda natureza” – sinais, signos e sentidos –, é conectada “a modos de codificação muito diversos” – biológica, política, econômicas, sociais (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 22). Nesse princípio, Franco (2006, p. 8) traz a heterogeneidade de arranjos que os sujeitos, profissionais e gestores realizam para a produção do cuidado: “[...] pressupõe capacidade de convivência, pactuação, manejo de conflitos e alta capacidade de auto-análise, pois é mais difícil e complexo lidar de forma produtiva com o diferente do que com o igual”.

Na gestão toda uma construção rizomática pode ser evidenciada entre os variados encontros e conexões entre os atores sociais para pensar e fazer o cuidado. Um arranjo entre as políticas, os protocolos, serviços de saúde, saberes profissionais e a rede de serviços é realizado para as ações dos gestores, profissionais e sujeitos, que podem ser permeadas de subjetividade.

Utilizando dessas definições iniciais, na prática cotidiana como enfermeira assistencial, percebo os encontros que sujeitos e profissionais realizam entre si e com outros serviços, podendo produzir cuidados diferenciados. Podendo produzir, pois, a depender da conexão que se estabeleça, da intensidade que ocorra e de tantos outros fatores e elementos sociais e individuais, pode haver transformações de mundo. Assim, podem ocorrer possibilidades do sujeito e do profissional que signifiquem novas e outras formas de produzir saúde e vida.

Exemplifico com Rosa, a protagonista do caso traçador, que, ao convocar os profissionais de saúde a um novo cuidado, produziu vetores de intensidade de diferentes reações, exigindo que novas ações e conexões fossem realizadas. Mobilizou os profissionais a utilizarem um novo dispositivo para o seu cuidado, no caso o AM, através da construção da ponte com o equipamento de saúde Caps, uma diversidade de pensar e agir foi convocada pela protagonista para o seu cuidado.

Carvalho e Franco (2015, p. 864) conectam o conceito do rizoma com a rede de cuidados em saúde mental:

[...] a rede rizomática propõe conexões entre todos os lados, que mudam de acordo com os novos acontecimentos em vez de ficarem presas a definições ou a modelos fechados. A construção de múltiplas entradas na rede de saúde mental faz com que o trabalhador e o usuário possam construir as suas conexões sustentadas nas suas próprias ações, definidas pelo trabalho e pelas subjetividades.

O múltiplo na composição da gestão do cuidado pode ser evidenciado quando se rompe com a ideia de uno, de um cuidado biológico, vertical, de doença – para um cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico que exige uma diversidade de conexões com elementos heterogêneos, pode gerar ações horizontais no território para pensar, fazer e agir na gestão.

No quarto princípio da ruptura a-significante, Deleuze e Guattari (2011, p. 24-26) explicam que um rizoma pode ser quebrado, rompido em qualquer lugar e também pode ser retomado neste lugar ou em outras linhas,

Faz-se uma ruptura, traça-se numa linha de fuga, mas corre-se sempre o risco de reencontrar nela organizações que reestratificam o conjunto, formações que dão novamente o poder a um significante, atribuições que reconstituem um sujeito.

O rizoma apresenta-se com movimento, comparável à vida, em que situações, encontros, diversidades de elementos interno ou externo, nos levam a novos significados, lugares, entendimentos e vivências. Exemplifico com o já citado caso de Rosa, que provoca os profissionais a repensar o seu plano de cuidados. Ao produzir intensidades nos profissionais de saúde, estes produzem pequenas rupturas no seu processo de trabalho ao exigir que novos elementos sejam acoplados para suas ações em saúde. Deste modo, a ruptura na gestão do cuidado nesta tese representa os diversos momentos que os atores sociais se conectam a um novo tipo de cuidado ou a um antigo ou mesmo não dão continuidade ao cuidado pensado ou já realizado.

Vale neste momento identificar algumas linhas de força que podem trazer rupturas ao rizoma ou não.

A transversalidade é uma interpenetração, entrelaçamento do molecular, o instituinte, no molar, o instituído. São “montagens, dispositivos ou agenciamentos heterogêneos inovadores, que escapam aos limites de estratos, territórios, códigos,

sobrecódigos” estouram linhas transversais de inovação e liberdade (BAREMBLITT, 2012, p. 197).

O Fórum de Saúde Mental pode produzir uma transversalidade ao instituído pelas políticas públicas de saúde sobre a intensidade do sofrimento psíquico, o lugar que o sujeito deve ocupar na rede, ao possibilitar os profissionais de saúde realizar uma reflexão de suas práticas em SM na AB. Essa é uma das pistas que serão aprofundadas no Mapa Pensar na Gestão do Cuidado.

Já o atravessamento é “[...] entrelaçamento, interpenetração e articulação de orientação conservadora [que] serve à exploração, dominação e mistificação” (BAREMBLITT, 2012, p. 152). Uma pista produzida nos mapas poderia ser relacionada a esse conceito, o estabelecimento de metas de produtividade para profissionais de saúde do Nasf, conforme foi revelado por um gestor que participou da produção de dados desta Tese. Ao instituir uma meta de produção, esta atravessa o exercer do profissional, podendo trazer capturas no modo de produzir o cuidado, conforme poderá ser visto no Mapa Pensar na Gestão do Cuidado.

Guizardi, Lopes e Cunha (2011, p. 210) aprofundam que

[...] o plano que constituímos para nos mover é sempre contraposto a infinitas outras composições que poderiam ser efetuadas. Este “fora”, que não pode ser abarcado no plano que constituímos, é chamado de virtual, de virtualidade, e não deve ser lido como uma oposição ao que é real, mas como uma possibilidade de diferenciação.

Diante disso, na gestão do cuidado haveria uma possibilidade de perceber a composição de diversas linhas de forças atuando uma sobre a outra e com a outra e com outras numa diversidade de associações para a produção de vida e saúde (DELEUZE; GUATTARI, 2011). Ou seja, conforme o encontro estabelecido, podemos produzir uma linha de força instituinte que permita o sujeito acessar o “virtual”, gerando o novo, possibilitando uma produção de um cuidado inovador de (res)significação de sua dor e sofrimento (GUIZARDI; LOPES; CUNHA, 2011). Pistas que pudemos talvez perceber, mas que estão associadas a outros elementos que compõem a vida de Rosa, quando esta procura, no meio social, potência para compreender seu sofrimento psíquico – discussão que será apresentada no Mapa Viver a Gestão do Cuidado.

Nesta Tese, ao pensar a gestão do cuidado como um rizoma, acompanhamos a composição de linhas de força, sentidos, signos que os sujeitos participantes da pesquisa produziram ao pensar, fazer e agir na gestão do cuidado.

O cuidado não é permanente, mas sim mutável, instável, com possibilidade de ser outra coisa e de se mover para outro local, podendo produzir potência e não um caos na gestão, porque é processual, construído constantemente pelos atores sociais que o compõem e suas relações sociais, políticas, internas, entre outras. Diante disso, captamos alguns dos seus sinais durante uma certa manifestação e construção subjetiva dos sujeitos da pesquisa.

Isso vem ao encontro de algumas pistas dos mapas, que demonstraram as construções coletivas e constantes das propostas de cuidados e da rede, a partir da provocação do “sujeito-pipoca”, produzindo vetores de intensidade nos profissionais de saúde e reações em cadeia constantes na gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico.

Betolli e Lavrador (2012, p. 138) acreditam que as mudanças no modelo assistencial não sejam necessariamente de grandes mudanças estruturais, “(...) mas, sim, na criação de novos fluxos, capazes de promoverem uma descaptura ao instituído”.

Assim, compartilho com as autoras que, quando falamos de possíveis rupturas, pensamos em processos que produzam potência para inovar a gestão. Ou seja, produzam o desenvolvimento de novos fluxos de assistência, novas formas de incluir o outro no cuidado, novos modos de produzir e pensar o cuidado, novos modos do sujeito em sofrimento andar e caminhar na vida escapando do instituído pelo processo de trabalho, serviço de saúde, políticas públicas, questões sociais e individuais.

Os instrumentos para a produção dos dados, pensando a gestão do cuidado como rizoma, foram: entrevista semiestruturada com os gestores e com um sujeito em sofrimento psíquico escolhido por uma equipe de saúde da família; a construção do Fluxograma Analisador com a equipe de saúde da família que acompanha o sujeito entrevistado; e o diário de campo. Ao possibilitar a construção dos mapas que “[...] libertam e aprisionam a potência [...]” produzida na gestão do cuidado, o rizoma representa uma cartografia da gestão (CECILIO, 2011, p. 592).

A entrevista é considerada um instrumento importante de coleta de dados para ciências sociais, porque possibilita uma “[...] fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos”, e favorece a transmissão das representações de grupos específicos (MINAYO, 2006, p. 109-110).

A utilização da entrevista semiestruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e compreensão de sua totalidade [...]”, pois ao mesmo tempo em que valoriza a presença atuante do investigador oferece ao informante o alcance de “[...] liberdade e espontaneidade [...]” necessárias para valorizar a investigação (TRIVINOS, 1987, p. 152).

Para a cartografia, a entrevista, além de possibilitar acompanhar processos, “[...] pode intervir, provocando mudanças, catalisando instantes de passagem, esses acontecimento disruptivos que nos interessam conhecer” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2014, p.93).

Foi utilizado um gravador no momento das entrevistas com os gestores e com o caso traçador, e durante a construção do Fluxograma Analisador, com a intenção de manter a fidedignidade dos discursos e o olhar da pesquisadora envolvido nos sinais, signos e sentidos dos sujeitos participantes da pesquisa.

O Fluxograma Analisador é um instrumento que pretende apreender cinco ações que são representadas graficamente por três diferentes símbolos: a elipse como entrada e saída do processo de produção de serviços; o losango indica momentos de decisão para a continuidade do trabalho; e o retângulo, o momento de intervenção, de ação sobre o processo (FRANCO; MERHY, 2013, p.291) (Figura 1).

Figura 1 – Exemplo de Fluxograma Analisador

Fonte: FRANCO, TB. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise e serviço de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de luz (MG). p. 161-197. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 161-98.

Trata-se de uma representação gráfica do processo de trabalho, construído a partir de um caso traçador, com o maior detalhamento possível cuja intenção é captar os aspectos da micropolítica da organização do trabalho e da produção de serviço, apresentando as relações ali estabelecidas entre os profissionais de saúde e sujeito para a produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2013). O objetivo principal é disparar uma coletivização da gestão dos processos de trabalhos.

O Fluxograma Analisador foi realizado na UBS Jardim e as entrevistas com os gestores, no local onde exerciam suas atividades laborais. Já a entrevista com o caso traçador também foi realizada na UBS Jardim por escolha da participante.

Esse é um compromisso da pesquisa-intervenção, construído em conjunto entre a pesquisadora-cartógrafa, o sujeito em sofrimento psíquico, os profissionais da saúde e os gestores.

Já o diário de campo foi um instrumento para a pesquisadora ver, ouvir e falar sobre o campo de pesquisa – a gestão do cuidado da SM na AB. As anotações ocorreram dentro do carro, em frente dos locais utilizados para a produção de dados, a UBS Jardim e a Supervisão Técnica de Saúde. Porém, na maioria das vezes, ocorreram produções em diferentes momentos na vida da pesquisadora e que foram também escritas nesse diário de campo: durante uma conversa com uma colega de trabalho, um despertar na madrugada, uma ida ao cinema, ao parque e à praia; durante o horário de trabalho no encontro da enfermeira com um sujeito que demandava um cuidado. Ricas e inusitadas, permitiram acessar o novo naquela produção de dados, demonstrando a processualidade da vida e dos tempos que compuseram essa produção cartográfica.

A pesquisadora registrou as nuances das expressões dos sujeitos envolvidos e das impressões que teve e observou, o que não pode ser mostrado na gravação. Porém, a pesquisadora utilizou-se de um dispositivo para a discussão, o Grupo de Pesquisa da Subjetividade em Saúde, do qual faço parte. Nele apresentava as anotações, impressões, sentimentos e sinais sobre o encontro com os diversos sujeitos da pesquisa. Uma rica produção foi possível por essa aproximação da pesquisadora com o Grupo de Pesquisa e compõe a produção dos mapas.

A produção de dados culminou na narrativa dos mapas, que puderam orientar e captar os movimentos de produção de subjetividade na gestão do cuidado. Foi

uma produção de sentidos e de diferentes. O papel da pesquisadora se une ao papel dos participantes e ao da enfermeira, pois a construção dos mapas diante das cenas e dos afetos que circularam é coletivo.

Foram construídos três grandes mapas, já citados no decorrer desta Tese, com os sentidos, as intensidades, os temas, os ruídos, os afetos, as angústias, a saúde, as buscas e outros aspectos que foram surgindo desta cartografia que nunca termina.

3.2 Análise Cartográfica

A leitura do material produzido pelos instrumentos escolhidos para a produção de dados com os sujeitos participantes da pesquisa e do instrumento da pesquisadora (diário de campo) culminou numa análise e discussão guiadas pelos “gestos atencionais” e nas discussões com o Grupo de Pesquisa (KASTRUP, 2009).

Kastrup (2009) indica quatro gestos atencionais do cartógrafo, trazendo como eixo prático a concentração sem focalização. “Concentração como uma sintonia fina com o problema, onde se procura evitar as interferências relacionadas a saberes, representações e experiências anteriores” (MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013).

As variantes dos gestos atencionais são: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento (KASTRUP, 2009, p. 18-21, grifo nosso).

O **rastreio** é um gesto de varredura do campo. Pode-se dizer que a atenção que rastreia visa uma espécie de meta ou alvo móvel.

O **toque** é sentido como uma rápida sensação, um pequeno vislumbre, que aciona em primeira mão o processo de seleção.

O gesto de **pouso** indica que a percepção, seja ela visual, auditiva ou outra, realiza uma parada e o campo se fecha, numa espécie de zoom. Um novo território se forma, o campo de observação se reconfigura.

[...] o **reconhecimento atento** tem como característica nos reconduzir ao objeto para destacar seus contornos singulares [...]. De modo geral o fenômeno do reconhecimento é entendido como uma espécie de ponto de interseção entre a percepção e a memória. O presente vira passado, o conhecimento, reconhecimento.

O dinamismo dos gestos atencionais proporciona a produção de um conhecimento que surge pela presença do cartógrafo, “mas não por ele, pois não há agente da invenção” (KASTRUP, 2009, p. 21).

Como qualquer pesquisa, a cartografia também tem seu rigor. A validação cartográfica se dá quando “[...] validamos uma pesquisa avaliando sua atitude interessada pela dimensão genética e processual da realidade investigada” e para isso usamos três diretrizes: o acesso à experiência, consistência e produção dos efeitos (PASSOS; KASTRUP, 2014, p. 205).

O acesso à experiência ocorre quando o pesquisador permite que elementos diversos e distintos do campo de estudo atravessem o objeto de estudo, os dispositivos, a análise de dados, a “criação teórico-conceitual”, a política da narrativa (PASSOS; KASTRUP, 2014, p. 208). A consistência cartográfica diz respeito ao acompanhamento dos processos singulares de “produção de realidades de si e do mundo” (PASSOS; KASTRUP, 2014, p. 226). Ou seja, se a pesquisadora abarcou o “plano de consistência” dos sujeitos envolvidos na pesquisa, na sua composição e articulação com a gestão do cuidado a um sujeito psíquico na atenção básica, reconhecendo e avaliando os “agenciamentos” na produção de dados (PASSOS; KASTRUP, 2014, p. 226).

E, por fim, a produção de efeitos que inclui a avaliação da intervenção nos três níveis: da “autoavaliação”, da “avaliação dos participantes” e da “avaliação dos pares” (PASSOS; KASTRUP, 2014, p. 206).

A validação pode ter ocorrido nesta Tese. Durante toda a produção da pesquisa houve o acesso ao plano coletivo de forças, ao acessar, esbarrar, entrevistar, conversar com os sujeitos participantes, colegas de trabalho, colegas de pesquisa, orientadora e outros sinais e encontros surgidos para a construção desta Tese. Por exemplo, para a construção teórico-conceitual dos rumos da pesquisa, foram utilizadas as pistas dadas pelos sujeitos participantes da pesquisa e captadas pela pesquisadora.

A consistência pode estar mais evidente no Mapa Pensar e Fazer a Gestão do Cuidado, quando os sujeitos desta etapa da pesquisa foram realizando análise no plano de composição da gestão do cuidado da SM na AB ao trazer as modificações no modo de cuidar do caso traçador ao longo do tempo no serviço, construção possível pelo Fluxograma Analisador, podendo evidenciar que “[...] as linhas penetram as formas e que as formas são apenas arranjos de linhas de forças” (PASSOS; EIRADO, 2015, p. 109).

As produções de efeitos foram compondo toda a produção de dados; a todo o momento, a pesquisadora necessitava se (re)posicionar diante de seu objeto e objetivo. Uma incessante (re)produção da pesquisadora e enfermeira que investigava o seu campo de trabalho, não existindo uma neutralidade. Mas estes são, a princípio, perceptíveis. Existem efeitos invisíveis e efeitos a médio e longo prazo que às vezes não vamos perceber, nem saber deles, mas eles existem e existirão.

Diante disso, almejo, com esta pesquisa-intervenção, colaborar na gestão de um cuidado das subjetividades em saúde que possibilite aos gestores e profissionais de saúde refletir e se posicionar sobre o cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico na AB, ao criar reflexões conjuntamente com os sujeitos pesquisados e na própria pesquisadora, o que possibilitou e possibilitará construções de novas potências no trabalho e subjetividades diferenciadas provocando a produção da vida e de si mesmos.

3.3 Terra à Vista: Contexto da Pesquisa

A região de saúde escolhida para o desenvolvimento da presente pesquisa é consequência do contexto social e de trabalho da pesquisadora, onde exerço minha profissão de enfermeira da ESF.

A produção de dados apresentou três movimentos, com distintos participantes que compõem algumas dimensões da gestão do cuidado. Um movimento foi a narrativa de vida de um sujeito em sofrimento psíquico escolhido por uma equipe de saúde da família; outro, os profissionais de saúde que prestavam cuidado a esse sujeito em sofrimento psíquico; por fim, a gerente da UBS da qual os profissionais faziam parte e dois gestores da Supervisão Técnica de Saúde à qual o serviço pertence. Essa Supervisão Técnica será nomeada de **X** e, por questões éticas, não será exposta a região do estudo, para que não sejam identificados os participantes da pesquisa, principalmente os gestores. Tal Supervisão de Saúde pertence a uma Coordenadoria Regional de Saúde e integra o sistema de referência e contrarreferência dos equipamentos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade de São Paulo.

A análise institucional desenvolve o conceito de implicação, para falar do envolvimento do pesquisador com o seu trabalho. René Lourau (2004, p. 82) afirma que o conceito de implicação visa a pôr fim à suposta neutralidade de um cientificismo ultrapassado e que o importante é “um novo espírito científico”, cujo observador já está implicado no campo da observação, em que “[...] sua intervenção modifica o objeto de estudo, transformando-o”.

Outra questão que favoreceu estar nessa Supervisão de Saúde denominada de **X** é a criação de um novo dispositivo de articulação da RAS, principalmente da saúde mental com a atenção básica.

No mês de maio de 2013, ocorreu o primeiro encontro do Fórum de Saúde Mental na região, com a participação dos atores sociais das UBS, Nasf, Caps, hospital geral e outras instâncias de saúde e sociais. Trata-se de um espaço para construções coletivas e conversas intersetoriais, no qual a pesquisadora estava presente como representante da UBS em que estava alocada. Não há participação dos sujeitos e coletivos, somente de profissionais de saúde e de outras áreas e seus respectivos gestores.

A intenção desse dispositivo é promover: um AM às equipes de saúde da família por meio da discussão em rede de casos ditos complexos, dos “sujeitos-pipocas”, que a RAS tem dificuldade de desenvolver um cuidado ampliado e integral; a construção da rede e pontes entre serviços; a discussão de casos e temas de interesse dos participantes; a orientação profissional e organização aos serviços.

Foi uma experiência diferente que, a princípio, para a pesquisadora e profissional, pareceu produzir transversalidade na gestão do cuidado na região do estudo, mas que no decorrer da produção de dados trouxe outros sentidos e sinais – essa discussão será aprofundada nos mapas.

A proposta desta Tese, de adentrar no encontro da saúde mental na atenção básica, que é imenso, parte de focar em um caso traçador de uma equipe de ESF de uma UBS.

3.4 Aspectos Éticos

A realização deste estudo ocorreu em conformidade com as orientações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, levando em conta os princípios éticos exigidos para a realização de pesquisa com seres humanos, conforme os passos descritos a seguir:

- O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), aprovado em agosto de 2014, e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SMS de São Paulo, que o aprovou em setembro de 2014 (Anexos A e B); a coleta de dados só teve início após sua aprovação;
- Após a aprovação do CEP-SMS, os sujeitos da pesquisa foram consultados quanto ao seu desejo, ou não, de participar do estudo, após esclarecimentos necessários. Foi e será assegurado o sigilo de suas identidades na divulgação dos resultados; esclareceu-se que a recusa ou a retirada do consentimento de participar poderia ser feita a qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa, sem nenhum prejuízo para o profissional. O consentimento dos participantes foi feito por escrito, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexos C, D e E).

Os custos deste projeto foram bancados pela pesquisadora, ou seja, compra de livros, material de papelaria e transporte.

3.5 Atracando no Porto: Sujeitos Envolvidos

Neste item realizo a caracterização dos sujeitos envolvidos e trago os movimentos da pesquisa ao atracar no porto e possibilitar a produção dos mapas. Movimentos pensados e construídos a partir das múltiplas dimensões da gestão do cuidado propostas por Cecilio (2011).

Ao atracar no porto, realizei o convite para outros sujeitos comporem o navegar da pesquisa e da pesquisadora. Ao aceitar o convite, embarcaram no navio e retornamos ao alto-mar para navegar na gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na AB.

Kastrup (2008, p. 466) descreve que a cartografia como método “[...] não equivale a um conjunto de regras prontas para serem aplicadas, mas exige uma construção *ad hoc*, que requer a habitação do território investigado e a implicação do pesquisador no trabalho de campo”.

Como pesquisadora, naveguei nos significados e sentidos e sinais que os sujeitos da pesquisa manifestaram ao pensar, fazer e viver a gestão do cuidado, podendo captar os movimentos, gestos, palavras, expressões, falas emanadas de cada sujeito participante da pesquisa (gestores, profissionais de saúde e sujeito em sofrimento psíquico), bem como criar a condição para a diferença. Dispensei atenção nas diferenças que puderam ser produzidas, nas conversas que circularam nos instante, que puderam aparecer, mas que não estavam dadas *a priori*.

Dessa maneira, prossegui o processo de produção dos dados com uma imersão no campo investigado, capturando sua estrutura, o ambiente que estava inserido, suas rotinas, seus caminhos, suas produções, no que dizem respeito ao recorte proposto para esta pesquisa: a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na atenção básica.

Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram: 3 gestores, 7 profissionais de saúde e 1 sujeito em sofrimento psíquico, num total de 11 participantes, todas mulheres. Identificou-se como importante realizar uma caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa (Quadros 1 e 2). Assim, foi construído um instrumento, denominado *caracterização do sujeito da pesquisa* (Anexos F e G) para apreender alguns dados sobre: a formação profissional, o tempo de formação profissional, as especializações, o cargo atual, a experiência anterior e há quanto tempo está na atual função. Vale ressaltar que os nomes são fictícios, a fim de preservar o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa.

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos

Sujeito	Idade	Função/Experiência	Tempo na função	Formação	Especialização
Maria	54 anos	Interlocutora da Saúde mental na Supervisão Técnica de Saúde X. Primeira experiência na gestão em 2001, desde então, refere que foi aprendendo, caminhando e vê que ainda tem muito a aprender.	12 anos	Psicologia	Especialização em Saúde Pública

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos

Sujeito	Idade	Função/Experiência	Tempo na função	Formação	Especialização
Isabel	33 anos	Interlocutora da Atenção básica na Supervisão Técnica de Saúde X. Experiência na gestão de uma UBS de ESF, Caps Álcool e Drogas e em uma UBS Tradicional.	2 anos	Enfermagem	Aprimoramento em Gestão
Paola	35 anos	Gerente da UBS Jardim. Experiência como apoiadora institucional da AB na região da grande São Paulo e de Interlocutora de Rede.	3 anos	Fonoaudiologia	Especialização em Saúde Mental Infantil e Distúrbio de Aprendizagem e em Gestão de Saúde

Fonte: Elaboração própria.

A seguir, os sujeitos participantes da equipe Palmeira da UBS Jardim.

Quadro 2 – Caracterização dos sujeitos participantes da equipe Palmeira (UBS Jardim)

Sujeito	Idade	Cargo	Tempo no cargo na unidade	Formação/Especialização
Cinthia	34 anos	Enfermeira	9 anos	Especialização em Enfermagem em Cardiologia
Cleide	46 anos	Auxiliar de enfermagem	13 anos	Formação em Enfermagem; Especialização em Saúde Coletiva
Margarida	51 anos	Agente comunitária de saúde	17 anos	Técnico de Enfermagem
Cássia	38 anos	Agente comunitária de saúde	3 anos e 3 meses	Ensino Médio Completo
Sheila	36 anos	Agente comunitária de saúde	2 anos	Técnico de Massagem
Iris	33 anos	Agente comunitária de saúde	3 meses	Ensino Médio Completo
Marta	42 anos	Agente comunitária de saúde	5 anos	Ensino Médio Completo

Fonte: Elaboração própria.

3.5.1 Movimento 1

O primeiro movimento da pesquisa ocorreu com minha aproximação com os gestores. O primeiro contato ocorreu com Maria, a Interlocutora da SM da Supervisão Técnica de Saúde X do presente estudo.

Conhecemo-nos no primeiro encontro do Fórum de Saúde Mental, quando fiz o convite para cartografar a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na atenção básica naquela região. Um convite bem aceito e recebido com grande carinho, atenção e várias expectativas. Diante disso, comecei a construir o objetivo da pesquisa, os instrumentos cartográficos de produção de dados e os procedimentos metodológicos.

Após a aprovação nos Comitês de Ética, entrega e assinatura dos TCLEs aos sujeitos participantes desse primeiro movimento, ao atracar ao porto, realizei as entrevistas semiestruturadas (Anexos F) com os gestores, sendo: Isabel, a Interlocutora da AB; Maria, a Interlocutora da SM; e Paola, a gerente da UBS Palmeira, o que culminou no intenso Mapa Pensar na Gestão do Cuidado.

As entrevistas propuseram acompanhar as forças, as linhas, instituições, os movimentos que atravessam o fazer dos gestores, sobre a dimensão sistemática e organizacional da gestão do cuidado.

Neste momento vale uma pequena descrição da Supervisão Técnica de Saúde X.

A Supervisão Saúde tem uma população de aproximadamente 368.134 mil habitantes (IBGE, 2010), o que representa cerca de 7% da população de São Paulo. Nessa supervisão, há dois distritos administrativos, Y e Z, que contam com os seguintes equipamentos de saúde:

- ✓ 1 Atendimento Médico Ambulatorial (AMA)
- ✓ 1 Pronto-Atendimento
- ✓ 1 Rede Hora Certa
- ✓ 3 Caps – Álcool e Drogas, Infantil e Adulto
- ✓ 2 Cecco
- ✓ 1 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)
- ✓ 15 UBS (11 com ESF e 4 UBS Tradicionais)
- ✓ 1 Residência Terapêutica
- ✓ 2 Centros Especializados em Reabilitação (CER)
- ✓ 1 Hospital Geral

No total, são 56 equipes de ESF distribuídas em 11 UBS. Contam, também, com oito equipes de Nasf, sendo que duas equipes compartilham duas UBS, como explica Isabel:

A gente tá dentro da portaria com o número de equipes. Então a gente... nas unidades menores que a gente compartilha... então o Nasf 1 compartilha com o Jarinu e o NASF 2 com a UBS Campos e com a UBS Sarapuí.

No distrito administrativo Y, o qual pertence à UBS Jardim, há uma cobertura de 100% da população com a ESF. Já no distrito Z, a cobertura é baixa, uma vez que conta com 4 UBS tradicionais somente para atender ao maior contingente populacional da Supervisão Técnica de Saúde X do Município de São Paulo, como conta Isabel:

O distrito Z é bem populoso, então é onde a gente tem sediado as 4 Tradicionais com população muito grande. Então é um lado que ainda está carente de assistência. A gente tem planejamento de ampliação de equipes né, mas não temos o prazo, né! A gente vai ter uma melhora muito grande na UBS Celso, né. Porque o Celso não vai ter ESF, mas vai ter ACS. Então eu vou ter 40 ACS. E é uma UBS tradicional que nós temos a maior população e maior vulnerabilidade.

Diante disso, esta cartografia acompanhou um pequeno território do Município de São Paulo para revelar a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico, mas que se apresentou com grandes pistas, sinais e sentidos dos sujeitos participantes da pesquisa.

3.5.2 Movimento 2

O segundo movimento ocorreu com minha aproximação na UBS Jardim, escolhida por Isabel e Maria, para ser o objeto de estudo da dimensão profissional da gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico, a partir da construção do Fluxograma Analisador, que culminou no Mapa Pensar e Fazer a Gestão do Cuidado.

A UBS foi escolhida pelas já citadas gestoras, porque o espaço físico acolhia a Unidade de Apoio, um equipamento da RAS que realiza atendimento ambulatorial no campo da saúde mental, que conta com um psicólogo e um psiquiatra.

A UBS Jardim é uma casa grande, térrea, com boa estrutura e bem cuidada. É arborizada e tem um estacionamento grande para os profissionais que ali trabalham.

Está localizada numa rua tranquila e arborizada, possui um jardim pequeno na entrada e uma placa grande fixada na parede superior escrita “Unidade Básica de Saúde Jardim”, em tons azul, verde e branco. Os muros e paredes externos apresentam pintura nova, em verde e branco. Internamente, as paredes são brancas e em alguns setores, como a recepção e os corredores, têm quadros informativos azuis e brancos com orientações sobre os fluxos de atendimento e panfletos informativos.

Ao entrar na UBS, há uma recepção grande e arejada e logo os sujeitos são recebidos na porta por um profissional (orientador de fluxo) que escuta a solicitação e de acordo com a necessidade os encaminha até os setores existentes na UBS Jardim, sendo: sala de vacina, sala de acolhimento, sala de curativo, sala de papanicolau, regulação para agendamento de encaminhamentos, consultórios médicos e de enfermagem, recepção, sala da gerente, sala dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cozinha e banheiros masculino, feminino e de deficiente físico.

A entrada pela UBS Jardim para atendimento pode ocorrer das seguintes formas: encaminhamentos externos de outros serviços de saúde da rede de atenção solicitando agendamento de consulta ou visita domiciliária; demanda espontânea com agendamento de consulta na recepção da UBS ou passagem pela equipe de acolhimento; e pela reunião de equipe com a discussão de casos e agendamento de consulta ou visita domiciliária.

A equipe de acolhimento fica disposta para atender às demandas espontâneas não agendadas que necessitam de escuta qualificada de sua necessidade de saúde. A equipe é composta por enfermeiro e médico, que acolhem os casos após escuta qualificada do auxiliar de enfermagem, que direciona para qual atendimento o sujeito terá, do enfermeiro ou do médico, dependendo da necessidade apresentada. No momento do acolhimento, ocorre uma escuta qualificada dos profissionais e, caso necessite de acompanhamento programático, o sujeito é encaminhando novamente à recepção para agendamento de consulta

médica ou de enfermagem, conforme sua área de abrangência e sua equipe de referência.

Minha primeira aproximação com a UBS Jardim ocorreu por intermédio da Paola, em dia e horário marcados para a realização da entrevista semiestruturada para a produção do movimento 1 desta Tese, e para a construção, com ela, do cronograma de ações para a produção do Fluxograma Analisador e escolha da equipe que iria compor essa produção.

No total, são quatro equipes na UBS Jardim, cada uma com: uma enfermeira, um médico, cinco ACS e dois auxiliares de enfermagem. Como dito anteriormente, a UBS Jardim conta com uma equipe de Nasf, que frequenta a unidade às terças e quintas-feiras e que contém um educador físico, uma fisioterapeuta, um psicólogo e uma assistente social.

A equipe Palmeira, que produziu o Fluxograma Analisador, foi definida pela Paola, como será visto no Mapa Pensar e Fazer a Gestão do Cuidado. No mesmo dia da escolha da equipe Palmeira, agendei meu retorno à UBS, para conhecer a responsável Cinthia e ter com ela e os outros membros da equipe (ACS, auxiliares de enfermagem e médico) uma conversa sobre as intencionalidades da presente Tese, para que eles não tivessem dúvidas da minha entrada naquele universo. E também construir com eles o cronograma de ações e entregar o TCLE para as assinaturas dos sujeitos participantes desse segundo movimento ao atracar no porto.

No primeiro encontro com a equipe Palmeira, apresentei-me e expliquei o objeto, o objetivo e os movimentos da pesquisa. Realizamos acordos sobre como seria minha participação na equipe e sobre os critérios de escolha do caso traçador para a construção do Fluxograma Analisador; por fim, construímos um cronograma de ações, com data de retorno. Desta forma, agendamos um segundo encontro com a melhor data para os sujeitos da pesquisa.

Neste segundo encontro, após a entrega à pesquisadora dos TCLE assinados, construímos o Fluxograma Analisador com o intuito de desvelar a gestão do cuidado, a micropolítica do processo de trabalho e os processos subjetivos produzidos pelos profissionais da saúde. Foi realizado um debate com os

participantes sobre as ações, os fluxos, as relações, sensações, inovações, ocorridas ao longo do acompanhamento do caso traçador escolhido por elas.

Porém, algumas recomendações foram realizadas para a “escolha” do sujeito a ser investigado, o caso traçador: ser um sujeito em sofrimento psíquico, com exceção do álcool e outras drogas; ser pessoa adulta, independentemente de sexo, condição social, econômica, cultural; não apresentar comprometimento cognitivo; e estar em acompanhamento pela equipe.

Relembrando, o intuito desta pesquisa é cartografar a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na atenção básica, acompanhando as ações já realizadas e as que estão para serem desenvolvidas com o sujeito em sofrimento psíquico em seu território adstrito.

A funcionalidade e a dinâmica da aplicação do Fluxograma foram detalhadamente discutidas antes de sua realização com os participantes. Estavam presentes: uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários. O tempo de realização da atividade não foi predeterminado, mas sim acordado com a equipe que havia escolhido uma tarde tranquila de uma sexta-feira de verão para realizar a construção do Fluxograma, deixando aquela produção fluir conforme o esgotamento de informações.

A reunião foi tranquila, a equipe demonstrou-se acolhedora e envolvida na produção do Fluxograma, como será visto no já citado Mapa.

3.5.3 Movimento 3

Neste movimento, realizo a aproximação com o sujeito do caso traçador, escolhido pela equipe para a construção do Fluxograma Analisador. Construí com o sujeito uma narrativa de sua vida por meio de uma entrevista semiestruturada (Anexo G), que culminou no Mapa Viver a Gestão do Cuidado.

Foi realizada somente uma entrevista com o sujeito do caso traçador, o que contemplou o objetivo proposto, não havendo a necessidade de repetir a aplicação do instrumento. Somado a isto, toda a efetivação dessa atividade foi acordada com o sujeito da pesquisa, respeitando a ética e o sigilo do entrevistado para a aplicação dessa técnica de pesquisa.

A entrevista teve a intenção de captar com o sujeito seu acompanhamento na rede, necessidades, aflições, angústias, esclarecimentos, relações, apoios, fluxos conectivos. O instrumento é norteado por questões básicas relacionadas com o objetivo do trabalho, a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na atenção básica, que foram aprofundadas conforme o andamento da entrevista.

Ressaltamos que foi solicitada a colaboração da equipe de saúde que acompanha o sujeito no serviço, para acompanhar a abordagem do sujeito a fim de que a aproximação fosse realizada no tempo necessário, com respeito e cautela. Esse acompanhamento foi realizado a distância, por meio de discussões comigo sobre o andamento das conversas e entrevista com o sujeito.

Assim finalizo a descrição dos sujeitos e do movimento para entrar nos mapas produzidos na navegação desta pesquisa.

4 MAPAS

4.1 Mapa Pensar na Gestão do Cuidado: “Caminhar sob as Águas desse Momento”

A ponte não é de concreto, não é de ferro
Não é de cimento
A ponte é até onde vai o meu pensamento
A ponte não é para ir nem pra voltar
A ponte é somente pra atravessar
Caminhar sobre as águas desse momento.
(LENINE; QUEIROGA, 1997)

Neste subtítulo, descrevo o navegar dos gestores nas ações e algumas formas de pensar sobre as águas da gestão do cuidado a sujeitos em sofrimento psíquico na AB. O Mapa é produto do acompanhar da pesquisadora sobre os movimentos e as linhas de forças que compõem essa gestão. Ao final, serão apresentadas as pistas da dimensão organizacional e sistêmica da gestão do cuidado reveladas pelos sujeitos participantes nesse primeiro movimento na região de saúde do presente estudo.

Ele revela análise cartográfica da produção de dados com os gestores realizada pelos gestos atencionais e das discussões com o Grupo de Pesquisa das entrevistas semiestruturadas e do diário de campo. No total, foram três entrevistas: uma com Maria (interlocutora da Saúde Mental), uma com Isabel (interlocutora da Atenção Básica) e uma com Paola (gerente da UBS Jardim). As participantes assinaram o TCLE e concordaram com o uso do gravador no momento do encontro.

A duração das entrevistas foi em média de 2 horas com Isabel e Paola, e com Maria, cerca de 3 horas e 30 minutos. Apresentaram movimentos instituídos, percorrendo os fluxos de assistência, os protocolos municipais e os equipamentos de saúde que compõem a RAS.

As entrevistas com Isabel e Paola ocorreram em espaços reservados e livres de interferências, ambas utilizaram salas afastadas dos movimentos diários dos locais de trabalho. Isabel exercia sua atividade profissional na Supervisão Técnica de Saúde da Região de Saúde do estudo, já Paola estava alocada como gerente na UBS Jardim. Isabel já me conhecia das reuniões de território que ocorriam bimestralmente nas UBS, para justificativas das metas de produção. Momento

chamado pelas interlocutoras do Conaco (Conselho de Acompanhamento) – apresentado no decorrer desta escrita.

Conheci Paola devido à pesquisa, como já dito, e a escolha da UBS se deu numa reunião com Maria e Isabel. Paola me recebeu com carinho e atenção, e a entrevista ocorreu tranquilamente.

O sujeito da pesquisa com quem mais tinha contato era Maria, por sempre realizar as interlocuções necessárias com os profissionais e gestores quando a pesquisa exigia essa primeira aproximação. Uma pessoa muito receptiva, calma e sorridente. Foi a primeira personagem desta Tese que recebeu o convite de cartografar a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na atenção básica.

Maria, em uma primeira reunião para explicar a presente pesquisa, começou a apresentar as necessidades da região no campo da saúde mental, solicitando ajuda da pesquisadora para pensar e desenvolver linhas de cuidado, participação em cursos, reuniões gerenciais para educações continuadas. Logo, expliquei as intencionalidades da pesquisa, com seus objetivos e produção de dados, mas que ao término da produção da Tese poderíamos retomar aquela conversa; tranquilamente, entendeu a situação e a solicitação, deixando uma abertura para posteriormente navegar além da pesquisa.

A entrevista com Maria ocorreu num dia chuvoso e frio, na mesa de trabalho dela, no meio do dia a dia corrido dos interlocutores da Supervisão Técnica de Saúde. Várias interrupções ocorreram durante a entrevista, várias paradas no gravador, várias pausas da pesquisadora. Uma entrevista cansativa e exaustiva, mas rica em detalhes dos fluxos assistências, dos dispositivos utilizados para o encontro da SM na AB e das ações desenvolvidas no campo da SM.

As entrevistas com as gestoras ocorreram entre os meses de maio e setembro de 2015. Foram quatro meses para aproximações, apresentações e agendamentos das entrevistas. Meses de suspiros, tensão e expectativas...

No contexto da produção de dados, o Município de São Paulo passava por um momento de tensão com o “Chamamento” (SMS, 2014). Um processo de desconstruções e reconstruções das Regiões de Saúde, desencadeado pela SMS para a (re)contratualização de regimes de gestão para a saúde de forma indireta

através das OS. Os profissionais de saúde e gestores estavam tensos, inseguros e com expectativas para as definições dos contratos de gestão estabelecidos entre as OS e a SMS, que definiriam novas metas de produção e de qualidade dos serviços de saúde, o quantitativo de serviços de saúde e profissionais por Regiões de Saúde e o repasse de verba municipal para as OS, entre outros.

Trata-se de contexto apresentado e vivido pela pesquisadora. No período das entrevistas, exercia meu trabalho como enfermeira na OS da Região de Saúde do presente estudo. Sentia e vivia a tensão e as expectativas que os novos contratos de gestão provocavam, podendo trazer: demissões ou contratações dos trabalhadores; facilidades ou dificuldades no processo de trabalho com estabelecimento de metas de produção; melhorias ou pioras na assistência à saúde com metas de qualidade. Esses indicadores de produção e qualidade foram apresentados também pelas entrevistadas e podem ser analisadores importantes da gestão, produzindo orientação e outras vezes desorientação do trabalho – movimento que compõe o navegar deste capítulo.

Assim, no período das entrevistas, o Chamamento provocava afetos, conflitos e sofrimentos aos profissionais de saúde e gestores locais, pela necessidade de novos sentidos diante de um novo navegar ainda desconhecido, duvidoso. Isso pode levar à busca de novas formas de produzir saúde que poderiam capturar ou trazer potência na gestão do cuidado.

A construção deste Mapa apresentou uma escrita difícil, pois o processo de produção de dados com os sujeitos da pesquisa foi abstruso. Abstruso, uma palavra que pode parecer incomum ao leitor, mas que traz o significado de algo que se apresenta obscuro, oculto, que não se consegue compreender ao certo, porque algo está encoberto. Sua escolha é pela sua natureza de obstrução e oclusão; muitas vezes as entrevistas não ocorriam ou não fluíam, porque algo parecia estar oculto, encoberto, não deixando um fluir mais leve, como em outras produções.

O Mapa é o produto desse processo, em que agendamentos não ocorriam; entrevistas apresentavam um enfoque normativo de fluxos de assistência; questões relativas a processos de trabalho e fluxos de atendimento entrelaçados com políticas públicas municipais que ora facilitavam, ora não. O processo das entrevistas

transitava entre o instituído e instituinte, muitas vezes movimentos instituídos prevaleciam em relação a processos inusitados.

O que houve no momento do encontro? Será que os gestores estavam envolvidos em processos burocráticos, sistemáticos e protocolares que impediram afetamentos entre os sujeitos e a pesquisadora? Será que a pesquisadora não permitiu ser afetada? Questionamentos surgiram não com o objetivo de respondê-los, mas pensá-los e construí-los, porque os movimentos não cessam na cartografia, são produzidos a cada encontro, a cada releitura das entrevistas e em cada encontro da pesquisadora com seus sujeitos da pesquisa.

Foi nomeado de Pensar na Gestão do Cuidado, porque “[...] a construção das conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo a ‘rede’ ou ‘linhas’ de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado”, ocorre com os gestores locais que utilizam o pensar a partir das ações dos sujeitos, profissionais de saúde e políticas públicas para sua produção (CECILIO, 2011, p. 591).

Na análise cartográfica, três elementos surgiram como possíveis analisadores das entrevistas com os gestores e do diário de campo. Barembliitt (2012, p. 148) traz o conceito de analisador como um dispositivo construído, inventado pelo pesquisador para revelar as linhas de forças, contradições, movimentos, influências e outros reveladores de particularidades e de arranjos dos “segmentos organizativos” das instituições⁵.

O primeiro analisador revela a forma de organização do pensar e fazer dos gestores e profissionais no cotidiano de cuidados aos sujeitos em sofrimento psíquico na atenção básica por meio da intensidade do sofrimento; outro analisador apresenta a reabilitação e recuperação dos sujeitos em sofrimento psíquico; e, por fim, discute-se a produtividade. Vale ressaltar que os analisadores foram nomeados pela pesquisadora com as falas dos sujeitos da pesquisa.

Além desses analisadores, dois dispositivos foram apresentados pelos gestores para pensar, fazer e produzir a gestão na Região de Saúde do estudo: o Apoio Matricial (AM) e o Fórum de Saúde Mental (Fórum).

⁵ Barembliitt (2012, p.176) define instituição como organizações e estabelecimentos que regulam as atividades humanas, utilizando de “princípios-fundamentos”, “normas” ou hábitos que “exercem uma função regulamentadora”. Afirmo ser difícil determinar sua origem.

Para apresentar a produção de dados, inicio com a descrição dos analisadores e, em seguida, dos dispositivos (Quadro 3).

Quadro 3 – Analisadores e dispositivos da produção de dados

Analisadores	Dispositivos
Intensidade do sofrimento psíquico: o lugar do sujeito	Apoio matricial
Reabilitação e recuperação: o não lugar	Fórum de Saúde Mental
Produtividade	

Fonte: Elaboração própria.

4.1.1 Analisadores

4.1.1.1 Intensidade do sofrimento psíquico: o lugar do sujeito

Os sujeitos da pesquisa apresentaram a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na AB, utilizando a definição proposta pela já citada Portaria 4.279 da RAS (BRASIL, 2010). Isabel descreve a RAS e esclarece que

[...] procura trabalhar com a RAS, então usando todos os equipamentos... Então, na ESF, na Atenção Básica... a gente tem as ESF, o apoio do Nasf e a gente também tem as Unidades de Apoio em Saúde Mental, temos os Caps Álcool e Drogas, Caps Adulto e Infantil, o Fórum de Saúde Mental e outros [...].

Os gestores do presente estudo procuram estabelecer arranjos organizativos de ações e serviços que integrem toda a rede, garantindo a integralidade do cuidado e a comunicação com todos os pontos de atenção da RAS (BRASIL, 2010).

A porta de entrada na Região de Saúde, segundo Maria, é possível “*por todos os locais, seja UBS, seja o próprio Cecco, seja a emergência, seja o próprio Caps*”, mas acredita que “*a inclusão dela no serviço vai depender do agravo, da intensidade. Se for um caso agudo ou caso grave*”. E conclui: “*O Caps é sempre de alta complexidade. De alta a média complexidade. Casos de baixa complexidade a AB pode resolver*”. Nas entrevistas com Isabel e Paola, há também referência da intensidade do sofrimento psíquico, determinando o local de assistência do sujeito.

Sujeitos em sofrimento psíquico são acolhidos em todos os serviços de saúde que compõem a RAS; porém, a inclusão deste no serviço vai depender da intensidade do sofrimento, conforme o estabelecido pela Portaria 336, de 19 de

fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), que direciona o modelo assistencial de saúde mental, orientando que o Caps realize prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial. Os gestores parecem que relacionam essa organização assistencial a conceitos de complexidade alta, média e baixa e grave e agudo.

Maria exemplifica os sofrimentos psíquicos e sua inclusão nos serviços que compõem a RAS:

Às vezes a pessoa que tem uma perturbação do sono, tá ansiosa, tá irritada, tá entristecida a ponto às vezes de se instalar um desânimo, uma falta de motivação; isso pode ser trabalhado junto com as equipes de Nasf, junto com os profissionais da Atenção Básica, às vezes com a prática corporal. A gente tem, né, a Medicina Tradicional Chinesa e as Práticas Integrativas, né, que é um alongamento, uma caminhada, né. Isso ajuda muito nos casos leves, porque a pessoa passa a frequentar um grupo, né. Ou seja, ela responde a uma necessidade de socialização que muitas vezes um transtorno desse impede, né... ela tá entristecida... ela vai ficar sozinha, ela tá ansiosa ela... não consegue parar... ela não consegue se concentrar, né... ela tá com o sono perturbado, ela não consegue lidar com isso, acha que é a medicação... De repente essa integração num grupo com alguma prática corporal, prática física, ajuda muito... Então, a questão é você colocar cada quadro num lugar adequado.

A fala acima traz algumas manifestações como ansiedade, nervosismo, insônia, desânimo, tristeza e dificuldade de socialização para caracterizar o sofrimento. E descreve como ações desenvolvidas no âmbito da AB: a “Prática Integrativa”, a “Medicina Tradicional Chinesa”, o “alongamento”, a “caminhada”, “prática corporal”, “frequentar um grupo” e “pode ser trabalhado junto com as equipes de Nasf” e da “AB”. Na tentativa de ajuda aos “casos leves”.

Os sintomas descritos representam a maioria dos casos de sofrimento psíquico que a AB atende, são classificados como sofrimento mental comum em que há a combinação de sintomas de tristeza e desânimo; ansiedade e sintomas físicos (BRASIL, 2013).

Frosi e Tesser (2015, p. 3156-3158) identificam que as “[...] intervenções pelo o corpo” propiciadas pelas práticas corporais, integrativas e complementares são as principais atividades de socialização e inclusão para as ações de cuidados a um sujeito em sofrimento psíquico na AB. Mas alertam que se esses dispositivos não forem explorados com sua potência para ampliação e diversificação do cuidado para

além de ações farmacológicas, da doença e do corpo, poderá “deslegitimar o campo da escuta e da subjetividade”.

Uma referência importante na fala de Maria é a participação do Nasf como dispositivo do AM e compartilhamento das ações nos casos de saúde mental. Dispositivo que traz potência no cuidado aos sujeitos em sofrimento e que será abordado no decorrer deste mapa.

A sintomatologia, o sofrimento e as ações em SM na AB apresentados por Maria retratam uma gestão pensada como um rizoma que é produto da diversidade de profissionais que podem realizar conexões com o sujeito em sofrimento psíquico e das diferentes ações que podem ser desencadeadas e realizadas de forma horizontal no território onde o sujeito vive, podendo possibilitar um cuidado singular.

Porém, algo traz incômodo à pesquisadora na fala de Maria: a referência de “colocar cada quadro num lugar adequado”. Indago: qual o melhor “lugar” para colocar o sujeito em sofrimento psíquico? No Caps, na UBS, na sua casa, na sua família, na comunidade? Ou em todos os lugares independentemente do seu “quadro”? O que é “quadro”? O sujeito sendo relacionado a um objeto. Objeto que o profissional coloca “num lugar” que considere adequado! E quando o próprio sujeito vai opinar sobre onde quer seu acompanhamento? Qual seu querer sobre a gestão do seu cuidado?

Na tentativa de encontrar pistas a algumas das perguntas, Paola parece trazer algumas explicações sobre outros serviços que compõem a RAS e os fluxos de assistência estabelecidos na região:

A Unidade de Apoio fica com os casos, ou que já passaram pelo Caps e estão estáveis, e precisam de uma ponte antes de serem referenciados para a Unidade Básica... ou para aqueles casos que a Unidade Básica entende que precisam de uma assistência específica da Unidade de Saúde Mental, mas que não seriam tão graves para estarem no Caps... Então, ficamos com os casos de complexidade média, onde as equipes nucleares já discutiram com o Nasf e localmente entenderam que precisam de um olhar de um profissional da saúde mental, mas que não seja um cuidado para a proposta Caps.

A ponte poderia ser a resposta para alguma das perguntas sobre o colocar “cada quadro num lugar adequado”? Mas o que é a ponte? Lenine, em sua música A Ponte, define ponte até onde vai o nosso pensamento, que ela é para atravessar. A ponte estabelecida entre os serviços que compõem a RAS vai colocando os sujeitos

nos lugares que ele deve ocupar? Serve para os sujeitos atravessarem de um serviço a outro, segundo as definições de intensidade do sofrimento psíquico? Mas e se o sujeito parar no meio da ponte? E se ele cai ou pula? Existe ponte entre uma diretriz e outra? E entre os trabalhadores e gestores, e os sujeitos e os gestores? A ponte passa por cima de quem ou do quê? Atravessa o quê ou quem? Liga as redes?

Lavrador e Ribeiro (2015, p. 95), ao produzir uma cartografia das forças que atravessam o processo da Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil, evidenciam “[...] linhas biomédicas segmentares, de codificação, que produzem segmentos binários, de identidades, o normal e patológico, o são e o doente, o corporal e o mental, o severo e o moderado”, na definição do quadro clínico assistido pelos Caps.

Na presente tese, há indícios que também são evidenciadas linhas de força do modelo biomédico para pensar a gestão do cuidado a partir da intensidade do sofrimento captada na conexão dos profissionais com o sujeito em sofrimento psíquico, determinando a ponte, a travessia que o sujeito deve realizar entre os serviços que compõem a RAS e quais ações desencadear a ele.

Para dar continuidade à construção deste Mapa, faz-se necessário trazer alguns outros conceitos provenientes da esquizoanálise. Deleuze e Parnet (1998) descrevem uma dinâmica do social composta de linhas de diferentes naturezas. A primeira linha é da segmentaridade dura, molar, que determina uma ordem e organização, produzindo escolhas sucessivas no campo social: “[...] todas as espécies de segmentos bem determinados, em todas as espécies de direções, que nos recortam em todos os sentidos, pacotes de linhas segmentarizadas” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 101). Podem ser linhas binárias que homogeneízam, não possibilitam mudança, formam segmentos como: masculino-feminino, criança-adolescente, público-privado, saúde-doença. Ou podem ser linear: os “[...] segmentos se encontram homogeneizados, retificados em si mesmo e em relação aos outros [...]” (MATUMOTO, 2003, p. 17).

A segunda linha é de segmentaridade flexível, moleculares que “[...] traçam pequenas modificações, fazem desvios, delineiam quedas ou impulsos [...]. Uma profissão é um segmento duro, mas o que é que se passe lá embaixo, que conexões, que atrações e repulsões que não coincidem com os segmentos [...]”

(DELEUZE; PARNET, 1998, p. 101). Linhas que possibilitam conexões que fazem circular intensidades, correspondendo ao “instituinte-organizante”, em que subjetividades são produzidas e produzem-se (BAREMBLITT, 2012, p. 182).

A terceira linha, de fuga, é abstrata como se “[...] levasse, através dos segmentos, mas também através de nossos limiares, em direção de uma destinação desconhecida, não previsível, não preexistente [...]” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 101). Não possui território, produz desterritorialização pela sua ação desejante de produções micropolíticas, mas se tem o risco de nela produzir organização e reestruturar o plano social (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 146). Os autores alertam que as outras linhas poderiam derivar desta, mas as três “são imanentes, tomadas umas nas outras”, sendo um emaranhado, de modo que não se pode classificá-las de forma dual, de bem ou mal (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 102).

Tomando emprestado o conceito apresentado acima, a gestão do cuidado demonstra-se atravessada pelas linhas de “segmentaridade dura” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 101), algo que parece indicar nas falas das gestoras um enquadramento do sujeito em sofrimento psíquico dentro da RAS, ao utilizar dos segmentos binários severo-persistentes, comum-severos, propostos pela Política de SM na AB (BRASIL, 2013).

Faz-se necessário um aprofundamento sobre como ocorre a identificação da intensidade do sofrimento psíquico que determina qual lugar o sujeito deve ocupar na RAS, na fala de Maria algo parece esclarecer:

Os profissionais tem esta... é... é essa competência... essa habilidade de poder entender qual caso que deveria ter uma atenção mais intensiva né... Aquele que pode é... é... sendo encaminhado para uma outra alternativa de cuidado... Mas assim... tem os... os documentos, textos que orientam os tipos de transtorno, né... que indicam... As discussões do Fórum ajudam bastante, né, para pensar... olha esse caso não deveria estar na Atenção Básica, deveria estar no Caps... este caso não pode estar esperando vaga precisa de um atendimento imediato, né... Então, a discussão tanto com o Caps que faz um Apoio Matricial como o próprio Nasf ajuda bastante... Ajuda muito.

A definição da intensidade do sofrimento é determinada na habilidade do profissional “poder entender” a necessidade do sujeito em sofrimento psíquico no momento do encontro, segundo Maria.

Descreve que essa habilidade profissional é composta pelas diretrizes e pelos documentos norteadores que direcionam os serviços de saúde, linhas duras. Mas, também, identifica que age o saber do profissional e sua competência técnica de ver e agir diante da necessidade captada, linhas flexíveis cujas ações podem depender das tecnologias disponíveis no serviço, das condições de trabalho, do processo de trabalho do serviço, etc.

Essas construções, segundo Maria, ocorrem no momento do encontro do profissional com o sujeito em sofrimento psíquico, e nos encontros profissional-profissional e profissional-gestor que a RAS possibilita pelo AM e o Fórum. Esses encontros podem ser exemplos de linhas de segmentaridade flexível do funcionamento da assistência ao sujeito em sofrimento psíquico, em que o molecular poderia ser possível, podendo produzir subjetividade e gerar linhas de fuga ao instituído.

Cecilio (2011, p. 511) apresenta a dimensão profissional da gestão do cuidado com três componentes que compõem a micropolítica, sendo: a “competência técnica”, em que ocorre o uso do saber profissional para dar resposta às necessidades de saúde captadas pelo profissional no encontro com o sujeito; a “postura ética”, a disponibilização do profissional em acessar tudo o que sabe e tem disponível em sua condição de trabalho para sanar da melhor forma a necessidade de saúde; e a “capacidade de estabelecer vínculos”.

Parece que os gestores identificam a dimensão profissional da gestão do cuidado, valorizando-a para a definição da ponte, em que o exercício da micropolítica possibilita ao profissional de saúde ter liberdade no seu pensar, no seu agir e nas ações propostas ao sujeito, a depender de como articula os componentes da técnica, ética e do vínculo no encontro. Identificam também outros dispositivos para pensar e fazer a gestão, possibilitando que as práticas no campo da saúde mental possam ser atualizadas pelas construções coletivas ofertadas pelo AM e as discussões no Fórum.

Nesta Tese, a intensidade do sofrimento determina o lugar que o sujeito em sofrimento deve ocupar na RAS. Essa determinação ocorre no encontro entre profissional e sujeito, em que os trabalhadores devem lidar com as demandas que surgem no serviço, atender à necessidade do sujeito em sofrimento psíquico e

construir a ponte que ele deve atravessar na RAS para garantir a integralidade de sua assistência (LAVRADOR; RIBEIRO, 2015).

Lavrador e Ribeiro (2015, p. 97) afirmam que o desafio dos atores sociais é lidar com a multiplicidade de linhas na SM, porque

[...] existem linhas molares, segmentares, que codificam a loucura e sobrecodificam-na, definem seus nomes, seus territórios e seus circuitos. Existem, também, linhas moleculares, de fuga, que a levam para outros territórios e outros circuitos, que transcodificam os discursos e as práticas sobre a loucura.

No encontro do sujeito em sofrimento com os profissionais, há um atravessamento de linhas de força molares das diretrizes, dos protocolos e fluxos de assistência. Mas se o profissional reconhecer a existência dessas linhas e no encontro com o sujeito privilegiar as linhas moleculares podem produzir linhas de fuga ao instituído no processo de trabalho em saúde, no serviço de saúde e na vida e no navegar do sujeito, podendo produzir diferenças e a construção conjunta de projetos vivos de cuidados.

Isabel traz uma fala que complementa como os profissionais tentam lidar com essas multiplicidades de forças que compõem a gestão do cuidado.

[...] porque o paciente ele tá no Caps, mas ele continua sendo da Unidade, né. Procurar fazer o tratamento e o acompanhamento em conjunto, né. Essa é a orientação que a gente dá, né. E a gente também tem a retaguarda Hospitalar. O Caps hoje tem uma relação muito tranquila com o Hospital. Os pacientes são encaminhados para internação, então aí, né, o Caps tem essa ponte com o Hospital também né.

A ponte poderia ser a travessia de um sujeito em sofrimento psíquico de um serviço a outro, pensando num cuidado, ponte construída pela intensidade do sofrimento do sujeito e sua estabilidade do quadro. Os gestores parecem que estimulam o acompanhamento conjunto e compartilhado no tratamento do sofrimento, podendo possibilitar uma diversidade de pensares e variedade de ações para minimizar as forças molares que atravessam o cuidado.

Os gestores apresentam a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico com maior ênfase nas linhas molares através dos saberes profissionais, dos protocolos, fluxos e das diretrizes assistenciais para caracterizar o cuidado em SM na AB que parece ser determinada pela intensidade do sofrimento psíquico,

apresentando um caráter sintomático e de estabilização do “quadro” (Maria). Mas também apresentam os espaços que possibilitam rupturas por linhas flexíveis, às vezes de fuga, ao possibilitar encontros e conexões na rede pelo AM e Fórum. Encontros que podem ser marcados por subjetividades ao se produzir na relação entre profissional-gestores, profissional-profissional e profissional-sujeitos.

4.1.1.2 Recuperação e reabilitação: um não lugar

No decorrer do navegar, um vento é captado pela pesquisadora, e os sujeitos participantes da pesquisa, ao pensar como se estabelece a gestão do cuidado da SM na AB, tentam esclarecer:

A proposta é essa mesmo... Não institucionalizar. A própria Política de Desinstitucionalização, a Reforma Psiquiátrica, ela vem com esse propósito com que o Caps seja um, um, balizador, sei lá... Não sei se existe essa palavra. Mas que ele consiga pôr na estabilidade o sujeito para que ele retome a tua vida, com família, sem família, que ele consiga estar fora da instituição, né. Com uma condição de autonomia possível para tocar a vida dele. Por isso tem o Cecco, né. Tem a Atenção Básica. (MARIA)

Mas quando ele se estabilizou, tá medicado, já passou por um acompanhamento pelo Caps, está conseguindo retomar tua rotina, tá refazendo teus caminhos, né, seja na família, seja no trabalho, no social, aí então já é um momento de que o Caps pode encaminhar para a Rede, para a Atenção Básica, para o acompanhamento para que ele não fique solto, mas que ele já não precisa mais do Caps, por conta dessa é... é... recuperação... Essa reabilitação dele, né. (MARIA)

A gestão segue a proposta da Reforma Psiquiátrica da desinstitucionalização, não realizando a internação dos sujeitos em sofrimento psíquico em leitos hospitalares, utilizando equipamentos substitutivos para o acompanhamento no campo da saúde mental, exemplo: Caps, o Cecco, a AB.

Segundo os gestores, o processo de estabilidade do sujeito em sofrimento psíquico está relacionado ao fato de ele conseguir retomar seus caminhos na vida, na família, na sociedade, resgatando sua autonomia e cidadania, que ocorre nos equipamentos substitutos ao hospital, em especial no Caps. Segundo Maria, o processo de reabilitação é possível na RAS quando o sujeito em sofrimento “estabilizou” e “está medicado”, “refazendo seus caminhos”, retomando sua “rotina”.

O significado de balizador representa para a Região de Saúde o equilíbrio entre a proposta da Reforma Psiquiátrica da desinstitucionalização e a demanda de saúde mental da região, determinando como os sujeitos em sofrimento psíquico caminham e são atendidos na RAS. O equipamento de saúde Caps, segundo Maria, é identificado como um “balizador” que “consegue pôr na estabilidade” o sujeito, realizando uma “recuperação” deste. Para ela, o processo de reabilitação da RAS, por sua vez, promove um acompanhamento desse sujeito para não deixá-lo “solto na rede”.

Souza e Rivera (2010, p.125) alertam para a necessidade de o Caps ir além do tratamento, do acompanhamento, e cuidar bem do sujeito em sofrimento psíquico, de modo que é necessário definir-se como um “projeto político-social” “para promover uma articulação social e intersetorial”, ocupando os espaços no território para produzir uma “transformação social e cultural” na sociedade.

Merhy (2004b, p. 1), numa discussão sobre o Caps como dispositivo alternativo e substituto do modelo biomédico, revela que em alguns momentos este é incapaz de tal transição tecnológica por estar atravessado pelos “interesses econômicos e corporativos predominantes na sociedade, e não com o mundo das necessidades de saúde dos indivíduos e coletivos”.

Na produção deste Mapa, algumas falas das gestoras remeteram a pesquisadora a uma sensação de aflição, ansiedade e angústia pelo não lugar do sujeito. Parecem, a princípio, privilegiar práticas biomédicas para estabilização e recuperação do sujeito em sofrimento psíquico, desencadeando o conjunto de ações para o lugar que o sujeito deve ocupar na rede e no cuidado.

Mas o que seria o sujeito solto na rede? Seria ele construindo por si só o seu cuidado ou ele abandonado pela assistência por não estar em nenhum lugar de cuidado? São questões surgidas durante a produção de dados no Grupo de Pesquisa levando a pesquisadora a outros mares neste navegar.

Não se pretende nesta cartografia realizar uma construção sobre as práticas do Caps na região de saúde do presente estudo. Mas vale trazer outros elementos para apresentar como os dispositivos que compõem a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico estão operando com dificuldade a produção de vida e saúde aos sujeitos.

O conceito de desinstitucionalização abrange não somente a desconstrução do manicômio, mas também seus saberes e estratégias, mediante uma assistência pautada na noção de existência-sofrimento do paciente e sua relação com o corpo social. A complexidade desse conceito remete a um problema ético e de cidadania, enquanto noção básica do processo de reabilitação psicossocial. A ética surge como princípio norteador das ações de combate à exclusão, à violência e ao estigma do doente mental. A cidadania, por sua vez, compreende o processo que envolve a luta pelos direitos civis, políticos e sociais. (JORGE et al., 2006, p.735)

A desinstitucionalização vai além do estabelecimento de estratégias e construções de rede de atenção à saúde mental com serviços substitutos ao modelo hospitalocêntrico. Prevê ações de reabilitação psicossocial de mudança do contexto social e político na assistência aos sujeitos em sofrimento psíquico.

Segundo Maria, a reabilitação envolve práticas assistenciais que desenvolvem ações de socialização do sujeito em sofrimento psíquico, com a inclusão em grupos e em práticas complementares e integrativas, e a normalização da condição do estado de sofrimento psíquico. Porém, a reabilitação psicossocial é muito mais ampla, trata-se de um

[...] conjunto de estratégias capazes de resgatar a singularidade, a subjetividade e o respeito à pessoa com sofrimento psíquico, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida. Cabe à equipe de saúde mental compreender o indivíduo em sua integralidade, para tanto, é necessário construir um novo paradigma de saúde/doença mental que busque o desenvolvimento de uma relação saudável. (JORGE et al., 2006, p. 734)

Maria tenta esclarecer a reabilitação psicossocial:

[...] quem entra no Caps vai ter um trabalho, um projeto pensado na permanência dele, no acompanhamento dele no Caps, tendo a alta, assim... Ele estando melhor, ele vai para a rede. E aí mantém o cuidado. Ele pode na rede, por exemplo, tá... tá sendo incluído num Grupo de Oficina, de Prática Corporal semanal. Pode acontecer.

O conceito de reabilitação psicossocial, segundo Benedetto Saraceno (1998), é um exercício de cidadania e apresenta três vértices: moradia (habitar), a rede social e o trabalho.

O habitar é a apropriação sobre o espaço no qual se vive. A rede social é a participação nas trocas de identidades sociais ou a invenção de lugares, nos quais essas trocas sejam possíveis. E, o trabalho é visto como fundamental para promover a articulação do campo dos interesses, das necessidades e dos desejos. (ANASTÁCIO; FURTADO, 2012, p.74)

Na fala de Maria, a compreensão de reabilitação não abarca os componentes propostos, como o exercício da cidadania e a inclusão social; fica pautada na socialização e recuperação do sujeito e de seu sofrimento.

As linhas de modelo biomédico parecem ter predominância em relação a outras tecnologias de saúde e vão definindo o tempo e a permanência dos sujeitos em sofrimento psíquico nos serviços. Durante a permanência do sujeito é proposto um “trabalho” e um “projeto” para o “acompanhamento dele” no serviço. Mas, quando a intensidade do sofrimento psíquico melhora, ele tem “alta”. E a ponte é estabelecida para outro ponto de atenção da rede, na intenção de realizar a reabilitação, segundo Maria, “que pode acontecer”.

Frosi e Tesser (2015) indicam em seus estudos a necessidade de desenvolver pontes entre as ofertas de cuidado e a singularidade do sujeito em sofrimento psíquico. Pontes criadas pela possibilidade de ações em saúde e oferta de serviços que promovam a reabilitação pela “[...] abordagem centrada na pessoa, com valorização da indissociabilidade entre físico e psíquico, e uma compreensão da dinâmica familiar e social” (FROSI; TESSER, 2015, p. 3158), possibilitando um cuidado articulado e intersetorial de reconhecimento do outro pela sua singularidade.

Fluxos assistenciais vão sendo apresentados durante as entrevistas:

*Então, da Emergência, ele pode voltar para o Caps... a gente não indica o caminho Emergência-Atenção Básica. É Emergência-Caps. Justamente para poder dar essa garantia de que ele tá em condição de fazer um acompanhamento mais, e, e... menos intensivo na Atenção Básica. Então o Caps vai garantir isso. Se ele tiver, após esse surto... ele tiver essa condição, ele volta para a Atenção Básica. Se não ele fica no Caps.
(MARIA)*

Os gestores identificam a estabilidade do sujeito em levar a um estado de normalidade, e, segundo Maria, o Caps apresenta papel central na articulação da rede e no apoio à construção da gestão. Há indícios de que o sujeito não tem o lugar para ficar nem um lugar para ele reabilitar, somente recuperar.

4.1.1.3 Produtividade

Esse analisador, evidenciado nas falas de Isabel e Cinthia, poderia diminuir a potência dos encontros e das conexões, reduzindo a multiplicidade e heterogeneidade na produção do rizoma da gestão do cuidado.

A diminuição da potência dos encontros e das conexões pode ser evidenciada nas falas das gestoras, ao estabelecerem indicadores de resultados, de processos e de qualidade com enfoque na doença. Os indicadores de resultados são produzidos com a avaliação do Sistema de Assistência da Atenção Básica (Siab), que contém dados epidemiológicos das equipes de ESF; os de processos, que indicam os cumprimentos de metas de consultas, visitas domiciliares e grupos educativos pelas equipes de ESF; e de qualidade, que evidenciam o número de crianças com menos de 1 ano que estão com vacina em atraso e outras demandas de acompanhamento das vulnerabilidades.

Isabel explica como são organizados os encontros dos gestores com os profissionais de saúde, chamados pelos gestores do Conaco:

A gente faz um mês com os gerentes e um mês com as equipes. Aí, a gente senta com as equipes e discute os indicadores... e sempre participam os representantes do Nasf e aí apresenta a produção do Nasf e discute como está o fluxo da Unidade...

A gente utiliza os dados do Siab. Então, tanto os indicadores de produção... quantitativo [...]. Então, o acompanhamento das vulnerabilidades, dos menores de 1 ano, vacina, morbimortalidade também, como está a discussão dos óbitos também.

Os gestores criaram espaços de encontros com os profissionais da ESF e Nasf, *in loco*, no espaço onde exercem suas atividades, para a discussão de indicadores, dos fluxos de atendimento, dos indicadores de vulnerabilidade, morbimortalidade, óbitos, etc.

A organização dos serviços de saúde e do processo de trabalho na ESF parece ter a influência do “[...] sanitarismo da década de 30 [...]”, do controle das epidemias e endemias, e da organização e estruturação do serviço pelo perfil epidemiológico, o que poderia levar a um foco na doença do sujeito e fortalecer uma “[...] visão linear do processo saúde-doença [...]” que a maioria dos profissionais de

saúde apresenta pelas suas formações técnicas (PIRES; GÖTTEMS, 2009, p.295-296).

Cinthia esclarece que na prática o foco dos encontros dos gestores com os profissionais de saúde é a produtividade.

Aí é também utilizado para passar informes do território, de mudança de contrato. Mas o Conaco é um momento que a gente senta para ver as metas atingidas... aquela equipe da Estratégia Saúde da Família que não atingiu a meta, o que aconteceu? Esse profissional teve atestado que prejudicou... muitos cursos que ele precisou se ausentar que implicou na agenda de consulta, de visita ou de grupo. Então é feito esse balanço mensal e os indicadores de qualidade que são vacina, consulta de menor de um ano, gestante... se todas as visitas dos ACS foram realizadas... prioridade receberam 100% de visita... se não receberam, qual o motivo? O carro-chefe do Conaco é esse.

Parece que o encontro dos gestores com as equipes de ESF no território do cuidado apresenta-se como uma justificativa dos profissionais, à maneira de uma *prestação de contas*, dos motivos e porquês de as metas serem ou não atingidas. Linhas de segmentaridade dura parecem atravessar a micropolítica do trabalho em saúde *in loco*, em que o importante é acompanhar resultados, não os processos e a micropolítica existente.

Serão estratégias de controle? Indicadores propostos por quem, para o quê? Fluxo da unidade estabelecido por quem? Como os profissionais se sentem nesse encontro com os gestores? Equipe que não atingiu a meta, o que acontece? Quem estabeleceu as metas? Questões foram surgindo e outras análises com outros autores foram necessárias para revelar esse analisador.

Cecilio (2009, p. 551), em uma discussão sobre a gestão do cuidado, aponta que os profissionais de saúde são alvos constantes de estratégias gerenciais “[...] que buscam dar visibilidade, regulamentar, moldar, padronizar o encontro trabalhador- usuário para que critérios de eficácia e eficiência sejam alcançados”. Esse dispositivo dos gestores parece regulamentar e disciplinar o exercício profissional, produzindo uma micropolítica para homogeneizar e capturar a multiplicidade que compõe a produção do rizoma.

A saúde pública brasileira traz vestígios da vigilância em saúde como estratégia para organizar os serviços de atenção básica e também da política

neoliberal de controle de eficácia, eficiência e efetividade da qualidade da assistência à população (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

As exigências dos gestores aos profissionais da ESF vão muito além do nível local, porque existe uma linha hierárquica das outras instâncias governamentais que compõem a gestão do cuidado e que vão atravessando o pensar e o fazer dos gestores pelas políticas que cobram produção, participação, fluxos. Exemplifico: as OS são privilegiadas na gestão dos serviços públicos de saúde pela SMS de São Paulo e para isso se utilizam de contratos de gestão pautados em indicadores de produção e qualidade, produzindo reflexos nos serviços de saúde, processo de trabalho e na população pelas cobranças dos diretivos de produtividade dos contratos de gestão.

A busca por produtividade atravessa as mais altas esferas das hierarquias no campo da saúde pública e desce em cascata, demandando de diretores, de gerentes e, como consequência, de trabalhadores do cuidado, números, indicadores, metas. É evidente que esses elementos são fundamentais e não se faz gestão sem eles. No campo da saúde pública, são necessários para garantir acesso, equidade e formulação de políticas. Todavia, a questão que se coloca é que, em muitas situações, estes tomaram também o lugar da interação e das informações qualitativas sobre os processos de trabalho, que também devem ter seu lugar nos processos de gestão, assim como dispositivos institucionais para construir sentidos compartilhados para informações e indicadores. (FERREIRA et al. 2016, p. 198)

A cobrança por produtividade é algo que parece estar além dos gestores; mas, cabe no momento do encontro com o profissional, na micropolítica, o gestor conduzir o encontro para produzir linhas flexíveis, moleculares, ao instituído pelas políticas públicas, pelos saberes profissionais, pela organização do processo de trabalho e do serviço de saúde, na tentativa de minimizar “[...] os modos de produção, a precariedade da organização do trabalho [...]” e as possíveis “[...] capturas da subjetividade do trabalhador” (FERREIRA et al., 2016, p.197).

A produtividade exerce um movimento na gestão do cuidado, por criar um fluxo de cobranças nas diversas dimensões que compõem a gestão: o estado cobra os municípios, que cobram os gestores, que cobram os gerentes, que cobram a equipe de saúde, que cobra o profissional, que cobra a família, que cobra o sujeito, que cobra o profissional, que cobra do serviço atenção e cuidado.

E que cobrança é essa? De uma *performance* do profissional e gestor? De adesão do sujeito a um cuidado? De um volume de atendimento pelo profissional de saúde? De 100% de vacinas em dia nas crianças menores de 1 ano? De 100% de visitas domiciliares? De um número de consultas de crianças com menos de 1 ano e gestantes? Do lugar que o sujeito deve ocupar na rede? De quantos cursos o profissional realizou? De cobrar das instâncias mais recursos para a saúde?

Ampliando a questão com as gestoras, linhas de segmentaridade molares e da lógica “capitalista” (PIRES; GÖTTEMS, 2009, p.296) fizeram-se presentes no modo de trabalhar da equipe do Nasf. Isabel explica esse processo de inclusão de indicadores de processos:

Porque, assim, a gente ainda não tem uma diretriz da Secretaria quanto ao Nasf. Então, a gente não tem uma diretriz fechada, então isso acaba dificultando um pouco... Como a gente vai fazer a gestão de um profissional que não tem meta estabelecida? [...] Enquanto não vem essa diretriz, a gente começou a discutir localmente... Porque é muito difícil você fazer análise de produção do Nasf, né! Então, a gente fazia uma análise baseada numa série histórica. Até então era isso que era instituído... e a gente tem um sistema de informação próprio, mas não tinha um desenho. Então isso a gente vem discutindo com a Ana (Interlocutora do Nasf) há algum tempo, ela fez um projeto em conjunto com a gente para distribuir melhor a carga horária e está em fase de análise mesmo das Equipes. Então as equipes estão implantando, alguns estão indo bem, alguns profissionais apontam algumas dificuldades, outros não.... Assim, eu vejo que o Nasf, eles ficaram muito tempo sem agenda, né, então eles ficaram muito receosos no início, né. “Ai, meu Deus, eu vou ter que fazer tudo isso? E se eu não fizer?” Então a gente está tentando trabalhar isso com eles, né... que é para te dar uma diretriz, né... você vai ter tantas horas para destinar para fazer o seu serviço, tantas horas para... porque senão você não consegue, como você vai fazer a gestão do seu tempo? Se você não sabe o que você tem que fazer, né? Então, nessas 4 horas, eu tenho VD [Visita Domiciliária], então tenho que me planejar para fazer VD. Então nessas 3 horas eu tenho que fazer grupo, grupo compartilhado com o Nasf. Porque a gente via muita discrepância, muito profissional que fazia muito grupo compartilhado com a ESF e muito profissional que não fazia. Muito profissional que fazia atendimento individual, o que não é perfil de Nasf, né, não é o que está dentro do que a gente espera... E outros, não. Muitos grupos cheios e outros grupos vazios... Então a gente procurou sistematizar de certa forma, tentei sistematizar mais, assim... mas respeitando cada característica da equipe, perfil de cada profissional, e a característica do território.

A fala acima é relevadora, merece uma atenção especial da cartógrafa. Elementos de uma sociedade de dominação são apresentados, e questionamentos começam a surgir: por que a necessidade dos gestores em realizar a análise de produção do Nasf e sistematizar as ações do Nasf? Por que as equipes de Nasf produzem de forma diferente no território? Por que o diferente é visto como um

problema para os gestores? Como os profissionais se sentem com a instituição de metas de produção? Como isso reflete na gestão do cuidado? Isso reflete no sujeito em sofrimento psíquico? Como?

O diferente parece trazer incômodos, em razão de “muita discrepância”, havendo necessidade de uma nova “diretriz” e de “sistematizar” a assistência e a produção “do que era instituído”. E, na tentativa de permitir a diversidade e as singularidades dos trabalhadores e dos serviços de saúde, Isabel conta que tentou sistematizar “de certa forma” “[...] *mas respeitando cada característica da equipe, perfil de cada profissional, e a característica do território*”.

A intenção desta cartografia é acompanhar a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico; diante disso, algumas questões serão respondidas e outras não.

A fala de Isabel pode apresentar dispositivos de dominação (DELEUZE, 1989) com uso de técnicas para regulamentar e sistematizar as formas de trabalhar e produzir saúde e vida. Pretende-se criar uma normatização das ações, um vigiar de sua produção e o de estabelecer diretrizes para homogeneizar as práticas de saúde do Nasf. Parece que o diferente incomoda, devendo ser motivo de intervenção para um equilíbrio geral por uma diretriz.

Cecilio (2011, p. 596), em estudo sobre processos avaliativos das múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde, ressalta a necessidade de um equilíbrio entre avaliadores de externalidade (molares/duros) e internalidade (micropolítica/moleculares); “a dinâmica do ‘interno’ à micropolítica poderia ser totalmente capturada, esquadrihada e controlada por um olhar objetivo, ‘científico’, distanciado: a externalidade absoluta”. Exemplifica com os contratos de gestão que têm como “[...] potência não só revelar, mas também para formatar o território da micropolítica” (CECILIO, 2011, p. 594). Alerta que o desafio é “[...] inventar novos modos de avaliação que assumam, para valer, o protagonismo dos trabalhadores e usuários, no território nuclear da micropolítica” (CECILIO, 2011, p. 596).

O Nasf possui liberdade de produzir outras formas de cuidar e organizar o seu processo de trabalho, a partir da necessidade apresentada pela ESF e pelo sujeito em sofrimento psíquico, podendo produzir multiplicidade, heterogeneidade e rupturas na gestão do cuidado. No caso traçador, que será apresentado no decorrer

desta Tese, identifica-se que o Nasf possibilitou à protagonista do caso um cuidado subjetivo, de ressignificação de seu sofrimento físico e mental, enquanto a equipe ficou mais centrada no modelo biomédico.

Até aqui, neste mapa, foram apresentados os analisadores: intensidade do sofrimento psíquico; recuperação e reabilitação; e produtividade. Agora, serão apresentados os dispositivos do AM e do Fórum.

4.1.2 Dispositivos

4.1.2.1 Apoio Matricial

Um dispositivo captado nas entrevistas é o AM, apresentado como possibilidade de um cuidado singular e produtor de subjetividades na gestão do cuidado, incentivado pelas gestoras. O AM pode ser produzido nos locais onde há encontros entre os profissionais que trabalham com saúde mental e os profissionais das outras áreas de atenção da RAS. Segundo elas, ocorrem: no Fórum, no Caps, no Nasf, na Unidade de Apoio (UA) e na ESF.

Isabel tenta esclarecer o AM realizado pelo Nasf à ESF:

[...] há espaços de discussão destes casos, serem discutidos com o Nasf [...] as equipes de Nasf matriciarem bem as equipes de ESF... E procura ... identificação dos casos graves para encaminhamento para o Caps... Então identificarão rapidamente esses casos, para serem encaminhados para o Caps.

Acho que consegue, com apoio do Nasf... Foi um grande ganho, eu sou antiga da ESF, a gente tem aquela equipe de matriciamento e Unidade de Apoio lá longe... Na verdade não tinha o matriciamento, né! Na verdade era bem distante, né!... Eu acho que o Nasf propicia muito isso... Então você vê pelos casos, nas discussões que a Maria traz para gente... experiência exitosa de casos que o Nasf dá um suporte muito grande, que ajuda a manter os casos ali, bem controlados na AB... Deixar o paciente ali, porque ele é de origem dali... Então a gente tá tentando quebrar essa coisa, o paciente é da especialidade e leva para a especialidade.

A inserção do Nasf nas equipes de ESF trouxe ganhos para a gestão do cuidado da saúde mental na AB, como relembra Isabel. O Nasf foi criado em 2008 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar as ações e a resolutividade da AB (BRASIL, 2008). Atua em conjunto com as equipes de ESF, a partir das

demandas identificadas conjuntamente, e de forma integrada com a RAS. São exemplos de sua atuação:

[...] a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde. (BRASIL, 2012, p.70)

Na fala de Isabel, identifico algumas práticas de saúde mental no campo da AB, produzindo efeitos positivos na gestão que poderiam evitar a lógica do encaminhamento e da medicalização e proporcionar um cuidado integral e longitudinal.

Segundo Hirdes (2015, p.380), o AM possibilita ações descentralizadas em saúde mental no território, ao instaurar um cuidado em rede com apoio sistemático e horizontal dos profissionais de saúde mental, porém alerta que tensionamentos podem ocorrer

[...] à medida que o AM é utilizado como uma maneira de impedir o acesso aos serviços de atenção secundária, particularmente ao CAPS. As modalidades utilizadas com mais frequência são as discussões de projetos terapêuticos e os atendimentos conjuntos. Esses arranjos estão na dependência de como cada apoiador institui o seu modo de trabalhar.

Os profissionais podem estar atentos a esses atravessamentos para instaurar um cuidado de valorização do outro em todas as suas dimensões. Caso o profissional de saúde utilize o AM para pensar e fazer o cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico e institua em suas ações a definição do lugar que o sujeito deve ocupar na rede e a sua recuperação, poderá fortalecer as linhas duras, molares, do modelo biomédico.

Os gestores podem estimular a compreensão do AM como dispositivo de compartilhamento de casos e construções coletivas dos trabalhadores de saúde para inovar na produção de cuidados diferenciados, valorizando a produção subjetiva.

O atravessamento da falta de recursos humanos (RH) no campo da saúde mental gera tensões na gestão do cuidado, em que as demandas não conseguem

ser supridas, levando os serviços que compõem a RAS absorverem as demandas de saúde mental mesmo não tendo suporte clínico. Na tentativa de resolver a problemática que transpassa a governabilidades dos gestores, discussões nos Fórum de Saúde Mental são estimuladas. *“Você vê, não é discussão de caso, mas é organização de serviço, não é. A gente não discute caso, mas discute organização de serviço, então o Fórum também é um espaço para isso.”* (MARIA)

Os gestores também utilizam da estratégia de regulação das vagas médicas na tentativa de absorver as demandas; linhas de força do modelo biomédico parecem prevalecer neste processo, fortalecendo

[...] atenção para os sinais do corpo, classificando-os em sintomas, que produz o transtorno mental severo e persistente, que gera segmentaridades binárias mental/corporal, severo/moderado, persistente/leve – a linha da clínica biomédica. (LAVRADOR; RIBEIRO, 2015, p. 95)

Hirdes e Scarparo (2015) reconhecem que para se efetivar o encontro da SM na AB existe a necessidade de os gestores reconhecerem e valorizarem o AM para planejamento, gestão e avaliação da assistência dos sujeitos em sofrimento psíquico; pensarem e realizarem os dimensionamentos necessários de pessoal para cobrir as necessidades de SM dos serviços da AB; e, por fim, devem estimular de ações descentralizadas pelos Nasf.

Além do Nasf, do Fórum e do Caps, a UA também realiza matriciamento para a ESF; Paola conta como é essa experiência em sua UBS:

Unidade de Apoio também tem uma vez por mês uma reunião de matriciamento com os profissionais do território... É uma reunião aberta, que as pessoas podem vir para discutir casos... Se o profissional na Unidade Básica tem um caso que ele precise de apoio, não necessariamente ele quer encaminhar, mas ele quer discutir, ser matriciado, ele pode vir nessa reunião.

Às vezes o Caps tem algum caso... que está bem no Caps... que eles estão pensando em voltar para a Unidade Básica, mas eles acham que antes precisam de uma ponte com a Rede de Apoio. Então, a gente discute nessa reunião de matriciamento.

As reuniões de matriciamento na UA ocorrem para os equipamentos da rede. Reuniões para pensar sobre a melhor gestão do cuidado. Não necessariamente

para encaminhamento, mas para construção coletiva do cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico.

Os gestores procuram ofertar também AM no Caps, reservam horários nas agendas dos profissionais de saúde do Caps, bem como estimulam as equipes de ESF a utilizar os horários reservados do Caps para AM. Maria, Isabel e Paola explicam

[...] que o CAPS, principalmente o Infantil e o Adulto, eles têm disponibilizado o matriciamento como uma ferramenta de atenção, de organização, de apoio técnico. (MARIA)

Tem horário reservado, inclusive a gente reforçou isso no Fórum para as Unidades... tem um horário reservado na agenda do médico para ele fazer o matriciamento. Se a unidade chama, ele vai. (ISABEL)

Eles têm uma agenda, onde alguns horários ficam abertos para essa busca das Unidades. (MARIA)

Além do Fórum, cada equipamento de saúde mental, ele tem um horário de matriciamento... Então a Unidade de Apoio tem, o Caps Adulto tem, o Caps Infantil tem... Nós temos vários horários, e além desses horários, quando a gente precisa, eles vêm fazer matriciamento local... O Caps faz visita domiciliar com a gente... A Unidade de Apoio, quando precisa, também faz essa visita... Tem uma Rede... estruturada assim. (PAOLA)

O AM na visão dos gestores é um dispositivo para reflexão, organização e aprimoramento técnico para os profissionais da ESF. Mas entendem que esse espaço não está sendo utilizado como deveria. Paola identifica que na UA o matriciamento era utilizado para o encaminhamento. Na tentativa de trazer outras possibilidades para o dispositivo criou estratégias:

Esse espaço, eu acho, que nos últimos 6-7 meses melhorou... Antes às vezes... esse era um espaço que quase não vinha ninguém... A gente via muito a lógica do encaminhamento... Se fosse para o matriciamento ele era menos utilizado. Então, agora a gente tem algumas estratégias: a gente sempre manda um e-mail para todas as Unidades, lembrando que no dia tal, na data tal, vai ter essa reunião, quem tiver casos está aberto para vir trazer, vir aqui conversar... Ou qualquer tema que quiser vir ser matriciado pode estar vindo... e nos também sugerimos alguns casos.... E aí a gente percebe que quando são casos que a gente sugere as pessoas vêm... Casos nossos que estão aqui, que já foram encaminhados, que foram admitidos no serviço de saúde mental e precisam ser discutidos... a gente convida e aí vem o responsável pelo caso.

Paola utiliza estratégias para aumentar as conexões e os encontros dos profissionais na RAS. Oferece um espaço mensal que a princípio era pouco utilizado

e o potencializa. Pode-se tornar um produtor de subjetividades ao ser gerador de multiplicidades e de heterogeneidade devido às conexões possíveis no rizoma da gestão do cuidado.

Betolli e Lavrador (2012, p. 13), ao realizar uma cartografia sobre o AM e seus efeitos no processo de desinstitucionalização, acreditam que:

Através dos encontros de matriciamento, buscamos possibilitar aos profissionais envolvidos a criação de práticas que permitam que seus afetos circulem, inventando novos processos de trabalho, questionando os processos cristalizados. Quando pensamos na potência do AM como um disparador para a mudança do modelo assistencial, não estamos pensando em grandes mudanças estruturais, mas, sim, na criação de novos fluxos, capazes de promoverem uma descaputação do instituído.

O AM pode ser um dispositivo que possibilite linhas de fuga aos movimentos instituídos presentes na gestão do cuidado como o da intensidade do sofrimento psíquico, da produtividade e da reabilitação com enfoque na recuperação do sujeito em sofrimento psíquico. No encontro entre os profissionais-profissionais e profissionais-sujeitos no matriciamento há possibilidade de invenção de novas formas de trabalhar e agir no campo da saúde mental, podendo produzir subjetividades.

Maria tenta esclarecer quais linhas de forças dificultam os profissionais da ESF de utilizarem o dispositivo do AM disponíveis na RAS (Caps, UA, Fórum).

Porque, assim, para você fazer um apoio matricial, você tem que estabelecer uma organização. Você tem que estabelecer dia, você tem que ter a hora, você tem que ter a equipe da ESF matriciada... que vai ser matriciada disponibilizada né, pelo gerente... Os profissionais têm que estar organizados num horário qualquer possível para a Unidade para poder receber ou a equipe do Caps poder fazer a discussão, poder pensar num manejo... Poder às vezes fazer um atendimento compartilhado.

Porque, assim, o profissional para discutir nestes espaços que o Caps propõe tem que sair da Unidade. Muitas vezes não é só um profissional são mais membros da Equipe. Acho que isso acaba dificultando e meio que emperrando essa procura.

Então, assim, a Unidade (ESF) pede, e a Equipe (Caps) vai lá... e às vezes tem que esperar o médico atender... e o médico não está com a agenda bloqueada e organizada para receber a equipe.

Linhas de forças molares dificultam que as equipes de ESF utilizem o dispositivo do matriciamento. Linhas de segmentos relacionados a tempo, à agenda,

ao número de profissionais são necessárias para fazer a discussão. Há um reconhecimento pelas gestoras que essas linhas dificultam alguns dispositivos produtores de conexões, encontros e rupturas no instituído, porém não foi evidenciada estratégia para tentar minimizar esses entraves da gestão do cuidado.

Maria identifica que isso é um prejuízo para as equipes de ESF, porque reconhece o AM como possibilidade.

No caso do médico, o atendimento compartilhado é uma estratégia superimportante. Porque o médico vai poder compreender a forma de manejo com cada caso ou com aquele caso... Poder pensar em como lida com as questões da medicação isso dá mais elementos para ele fazer o atendimento na Unidade. Dá pra fazer o acompanhamento na Unidade, né... e na medida dessa dificuldade saber que pode receber esse apoio matricial.

Um serviço que poderia estar sendo potencializado por uma equipe que tem um saber diferenciado perde. Se ali perde, todo o território perde, cria um prejuízo também para o território, né.

Não é exatamente a alta, porque vai ter esse acompanhamento. Porque às vezes é um ajuste de dose... é uma renovação da receita que o clínico vai fazer baseado na indicação do especialista... Aí, assim... qualquer alteração do quadro, qualquer outra manifestação, o caso tem que ir para uma rediscussão, tem que se rever a conduta. Então o apoio matricial também ajuda nisso, né.

O AM, para Maria, é atravessado pela linha de força do modelo biomédico, prevalecendo um “saber diferenciado”, de “lidar com as questões da medicação”, “renovação da receita” e na “alteração do quadro” para a manutenção do sujeito em sofrimento psíquico na AB. Sujeito este que em nenhum momento apresentou ter voz e participação ativa nas construções dos profissionais para a gestão de seu caso, ficando a cargo dos profissionais nos distintos encontros possíveis na RAS a “rediscussão” ou “ter que rever a conduta”.

O AM pode ser um dispositivo produtor de subjetividade no campo da saúde mental na AB quando há o uso das tecnologias leves e da valorização do sujeito no momento do encontro. Ou pode perpetuar modelos de atenção com enfoque na doença mental e de recuperação do sujeito a um estado de normalidade. Para uma mudança no modelo de atenção, faz-se necessário tornar o sujeito em sofrimento participante da construção do seu cuidado.

A gestão do cuidado pode ser pensada em conjunto e para o sujeito, evitando que estes participem “[...] produzindo sozinhos, unilateralmente, as adaptações que

consideram necessárias às propostas terapêuticas fragmentadas que diferentes profissionais lhe oferecem e que não articulam entre si[...]" (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p. 36).

Algo chama a atenção da cartógrafa. Um pouso reconhece um movimento que merece uma parada. Falas parecem demonstrar a atual gestão do cuidado realizada nas conexões, nos encontros, podendo representar um rizoma. Falas como "grande ganho, eu sou antiga da ESF", "era distante", "experiência exitosa de casos", como Paola afirma: *"Eu acho que a Saúde Mental hoje, a gente manda e-mail, a gente liga, a gente marca matriciamento do Caps também, pensando na Estratégia. Eles participam do Fórum. Levam casos. Não vejo essa dificuldade."*

A gestão do cuidado com o uso de outros dispositivos pode proporcionar ações horizontais ao reconhecer e acompanhar o sujeito em seu território com seu modo de existir, viver, produzindo um cuidado subjetivo de respeito a seu lugar existencial e social.

Porém, existe a possibilidade de redução nas conexões possíveis na rede pela falta de profissionais de saúde mental, principalmente psiquiatras, nos serviços de saúde mental, levando a um prejuízo na gestão de cuidados dos casos de sofrimento psíquico.

A gente está com muita dificuldade [...] com muita dificuldade de contratar, e no momento não tem profissional contratado. A gente espera que com essa nova vigência de contrato esse déficit diminua... [...]. A gente ainda tá desenhando como vai ficar esse apoio de saúde mental que a gente precisa muito. A gente tem uma carência muito grande na região. (ISABEL)

Nossa rede de saúde mental tem um nó, nós temos muita falta de psiquiatra principalmente [...]. Acho que temos uma rede atuante... Um serviço que tem muita demanda, temos muita demanda, mas temos uma rede estruturada, em andamento. (PAOLA)

É porque, de fato, a gente tem uma baita falta de Recursos Humanos [...]. Então, qual a estratégia, como a gente organiza isso? Como a gente pensa nisso?... Tem que ter um espaço onde a gente vai discutir essas coisas (Fórum). O que não implica que a gente não está trabalhando a Saúde Mental... Eu acho assim... tem problemas no meio do caminho, com certeza, mas é pra gente resolver. (MARIA)

Então a gente tem uma demanda muito grande no território, e é uma carência que a gente tem [profissionais de saúde mental]. A gente tá tentando melhorar essa Equipe (Caps Álcool e Drogas) e... e dar uma assistência melhor, porque está bem reduzida, bem reduzida. (ISABEL)

A questão dos recursos humanos, da falta de profissionais de saúde mental, é indicada pelas gestoras como prejuízo e problema, levando a ausências na assistência, ao comprometimento do fluxo, à sobrecarga de alguns serviços e dos profissionais de saúde e à dificuldade de utilizar o dispositivo do AM.

Há indicativos nas falas que há uma defasagem de profissionais e um aumento de demanda. Eu, como enfermeira, e outras participantes do Grupo de Pesquisa, percebemos como a falta de recursos humanos e a sobrecarga dos serviços de saúde geram dificuldades na gestão do cuidado. Identificamos na prática profissional na AB um aumento de cadastramento nas equipes de saúde; a perda do convênio médico; crises econômica, política e social levando a um maior número de desempregos e empregos informais; e um aumento na demanda de saúde mental, como pode ser evidenciado no citado estudo de Andrade et al. (2012).

Questões surgem: como lidar com essa falta de recursos humanos? Como lidar com o aumento da assistência nas UBS? Como compor a rede com esse aumento na assistência?

As participantes deste estudo tentam amenizar a falta de profissionais de saúde mental fortalecendo a rede que está em constante construção e andamento. Privilegiam as construções coletivas nos Fórum de Saúde Mental para pensar a rede e as ações em SM a sujeitos e coletivos. Fortalecem e estimulam o AM e oferecem apoio às equipes de SM devido à defasagem profissional.

4.1.2.2 Fórum de Saúde Mental

Outro dispositivo evidenciado no navegar da gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico foi o Fórum, que produz movimentos e pode determinar a RAS. Também produz linhas de segmentaridade molecular, da ordem da micropolítica, no encontro dos gestores com os profissionais da saúde, na tentativa de pensar a melhor assistência às necessidades de saúde captada no encontro do profissional com o sujeito em sofrimento psíquico. O espaço é produtor de reflexões para os coletivos (gestores e profissionais de saúde), podendo gerar processos de autoanálise da rede, ao produzir (re)organização dos serviços, conhecimento e a

(re)orientação das condutas clínicas a partir das dificuldades de assistência e das fragilidades nos processos de trabalho.

O Fórum é apresentado pelos gestores como a potência da RAS, pelos encontros produzidos e as conexões realizadas. Isabel explica que o objetivo do Fórum “*é para discutir em rede, não só em rede, mas também no Intersectorial*”, e Paola acrescenta: “*Fazemos Fórum para interlocução de rede com discussão de casos, recentemente a gente vem tentando fazer a discussão de temas*”.

As construções coletivas pelo dispositivo do Fórum são privilegiadas para a construção da rede, discussão de casos e temas de interesse dos participantes (profissionais da saúde e de outras áreas e gestores).

Maria e Isabel ressaltam sua importância:

[...] porque eu acho assim essa troca de... essa comunicação entre os serviços, entre os profissionais, ajuda muito nesta orientação, né. Então, se está nesta situação, então é melhor indicar para ele um grupo dentro da Unidade que ele possa frequentar ou então não é, é uma situação mais emergencial, vamos mandar para a Emergência Psiquiátrica no Hospital, né. Olha, esse caso requer uma internação de curta permanência, então a gente manda para a emergência e na emergência eles definem, né. Então, a gente usa muito essa Rede, eu acho que o Fórum e as trocas que a gente faz são sempre neste sentido, de poder buscar a orientação, de poder estar fazendo, tomando uma conduta, podendo decidir por algum encaminhamento, sempre com alguma orientação, né. (MARIA)

E também ali usar casos como exemplos para poder orientar e organizar as equipes para melhorar o atendimento. (ISABEL)

O Fórum é um dispositivo que possibilita trocas, conexões com outros setores e serviços, uma comunicação, construções coletivas sobre o caso difícil, o “sujeito-pipoca”, além de orientação profissional e organização dos serviços e dos profissionais, ajudando a promover uma melhor assistência e uma transversalidade ao instituído pelas políticas públicas, pelos protocolos e saberes profissionais.

Ferla, Ceccim e Dall Alba (2012, p.11) esclarecem que a construção coletiva em

[...] rede assume um caráter de produção com base em pensamentos heterogêneos que, por um lado, desafia a gestão e o ensino de forma intensa, mas, de outro motiva pelo sempre renovado potencial de criação e de produção de novos planos para o pensamento (trabalho vivo e em ato).

Os gestores acreditam e estimulam a troca, a comunicação e as conexões na RAS para ofertar o melhor atendimento, segundo a necessidade de saúde do sujeito em sofrimento psíquico. *“Acho que mais que qualquer protocolo porque às vezes pode até engessar né, um encaminhamento, uma conduta. Então, essa troca eu acho muito rica... e faz os profissionais buscarem mesmo.”* (MARIA)

Nas falas há indicativos de que o Fórum é atravessado por linhas molares do lugar que o sujeito deve ocupar e de a ponte ser construída pela intensidade do sofrimento. Porém, há possibilidade de transversalidade pelas relações e das trocas entre os profissionais-rede-fórum que podem ir além do que o estabelecido por um protocolo, do encaminhado a determinado serviço e de certa conduta profissional. Pode haver a possibilidade de uma ponte ser construída valorizando o sujeito, sua singularidade e ter como produto a produção de subjetividade.

Maria explica: *“[...] a gente sempre priorizou o Fórum como um espaço de discussão... de troca de casos... Só que assim... sempre tem um assunto, uma novidade, uma coisa ou outra.”*

O Fórum se apresenta vivo, em constante movimento. E os gestores reconhecem isso e possibilitam que o novo, o inusitado, tenha espaço entre as discussões que ocorrem e o planejado.

Isabel complementa sobre a importância das trocas, comunicações e relações entre os profissionais e serviços para produzir um cuidado integral e longitudinal pensado no sujeito e no seu território: *“Na verdade, o paciente, ele é do território, né. Ele não é meu, seu, ele é nosso. Ele vai frequentar os serviços e todo muito vai estar vendo e utilizando da comunicação para facilitar, melhor forma [risos]”*.

No início da produção de dados, a pesquisadora identificou linhas de fuga sendo produzidas no Fórum de Saúde Mental. Mas, aprofundando as discussões no Grupo de Pesquisa e com a orientadora, parecia que a pesquisadora estava sobreimplicada, impossibilitando analisar a implicação no campo da pesquisa (MONCEAU, 2008).

Um momento de reflexão, um tempo, um reposicionamento da pesquisadora, um silêncio foi necessário.

Um afastar-se da naturalização desse fenômeno do Fórum foi realizado para impedir que a sobreimplicação da profissional e pesquisadora aceitasse práticas que poderiam ser passíveis de um outro olhar na produção de dados (MONCEAU, 2008).

O Fórum parecia, num primeiro olhar, produtor de um cuidado inovador, de novas práticas e saberes, por ser um dispositivo novo. Era algo que vinha com a proposta de colocar toda a RAS para conversar e abrangia ações intersetoriais.

Mas, no Grupo de Pesquisa, questionamentos começaram a surgir quando levo para discussão a ação desencadeada pelo Fórum, apresentada na entrevista com Maria:

Maio, no início do ano... organizando o evento da Luta Antimanicomial com certeza isso tirou tempo de discussão, mas o evento foi fantástico... O resultado foi muito bom... Então eu acho que uma coisa compensou a outra.

Deixa te mostrar, a gente fez esse evento e a proposta foi construir cata-ventos com os usuários, para eles poderem... A ideia do evento era uma caminhada... fazer uma caminhada até o CEU, onde aconteceu uma palestra e oficinas... Eles saíram caminhando portando esses cata-ventos... Foi todas as Unidades, foi toda a Rede... A proposta era toda a Rede... Até não teve a participação de todas as Unidades, mas a gente conseguiu trazer bastante gente... Esses cata-ventos foram construídos, confeccionados nas Unidades. A proposta era eles fazerem as oficinas de confecção de cata-vento lá no CEU para quem fosse participar... mas eles já estavam fazendo isso nas Unidades antecipadamente, para já irem portando esses cata-ventos... Nas Unidades Básicas, nos Caps, toda a Rede.

Construir cata-ventos: a proposta foi de quem? Pensada pelos gestores? Pelos profissionais? Pelos sujeitos? Pela comunidade? Foi construída em conjunto? Como foi repassada para os profissionais da rede? Como os profissionais da rede receberam essa ação? Como essa ação foi repassada aos sujeitos em sofrimento psíquico? Como eles receberam essa ação? Caminharam com os cata-ventos? Eles queriam isto? Alguém perguntou se eles queriam isto? Quem queria catar o vento? Os usuários ou os profissionais ou os gestores?

Maria contava com muita alegria, satisfação, essa ação nominada pelos participantes do Fórum como “*Ação cata-vento mental e movimento*”. A ideia surgiu no Fórum mediante a necessidade de uma ação coletiva na região de saúde para o Dia da Luta Antimanicomial. No dia, segundo Maria, houve a participação dos gestores e representantes dos serviços de saúde que compõem a RAS para a escolha das ações. A proposta era toda a rede construir cata-ventos em oficinas

realizadas nos equipamentos de saúde e construídas pelos profissionais para os sujeitos e coletivos. As oficinas tiveram o intuito de elaborar os cata-ventos para que os atores sociais (profissionais, usuário, comunidade) pudessem realizar a caminhada até um equipamento social da região. Maria conta que algumas UBS participaram, outras não; mas não detalha os motivos de não realizarem as oficinas nem como as oficinas foram construídas dentro dos equipamentos de saúde que compõem a RAS, tampouco esclarece como os sujeitos e comunidade receberam tal proposta.

O Fórum parece ser híbrido: ora normativo, ora gera algo inusitado, ora controla, ora disciplina, a depender de como as construções coletivas ocorrem e são repassadas para a rede, para os sujeitos e a comunidade. Podem ter ocorrido linhas de fuga em alguns equipamentos, ao necessitar dos profissionais de saúde novas formas de agir e pensar para atuar com os sujeitos e comunidade na construção das oficinas. Pode ter produzido capturas por ter sido uma construção de um grupo minoritário para um coletivo maior, ressonando como um processo de controle e dominação. Pode ter possibilitado um cuidado inovador aos sujeitos e à comunidade, de acordo com a construção das oficinas e como esses foram atores ativos na construção desta ação em nível local, no território.

Deleuze e Guatarri (2011, p. 25-26), ao descreverem os princípios do rizoma, trazem o conceito de “ruptura assignificante”, isto é, qualquer ponto do rizoma pode ser rompido, pode gerar o novo, pode levar a um outro lugar inesperado, pode retomar numa ou em outra direção. E alertam: “Há ruptura no rizoma cada vez que linhas segmentares explodem numa linha de fuga, mas a linha de fuga faz parte do rizoma. Estas linhas não param de se remeter uma às outras”. Assim, não podemos ter uma ideia dualista de bem e mal. “Faz-se uma ruptura, traça-se uma linha de fuga, mas corre-se sempre o risco de reencontrar nela organização que reestratificam o conjunto [...]”.

Parece que o Fórum é um dispositivo rizomático na gestão do cuidado, composto por distintas linhas que ora produzem linhas de fuga, ora instituem, ora provocam movimentos instituintes. Linhas que remetem umas às outras produzindo o pensar e o fazer na RAS, não podendo correr o risco de classificar como bem ou mal. Mas, diante dessas linhas de força que compõem a gestão, gestores e profissionais de saúde devem compreendê-las e explorá-las na tentativa de produzir

um cuidado subjetivo. De promoção da autonomia, cidadania e a socialização do sujeito.

Maria ainda aprofunda sobre o evento em que o vento, do cata-vento, quase a derrubou, ao trazer incômodos aos profissionais que compõem o Fórum.

E, às vezes, isso toma o espaço... E eu não fiquei... eu não estava bem no ultimo Fórum, eu tive um "piti", e não participei dessa discussão... Mas a Isabel estava me passando que os profissionais acham que a gente tem discutido pouco... Aí já para o próximo Fórum, vamos fazer uma organização para que os casos sejam levados para o dia... e aí a gente vai priorizar a discussão dos casos e tentar resolver essa questão do tempo. (MARIA)

O que chama a atenção da cartógrafa nessa fala é que Maria identifica a necessidade de ir além das discussões de casos e temas e realizar produções coletivas que visem tratar do cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, promovendo a saúde mental em eventos sobre a temática. Uma tensão foi produzida no encontro dos profissionais com os gestores; intensidades foram provocadas, gerando incômodos com as linhas que compõem o Fórum. Os profissionais preferem priorizar o espaço, o tempo para sanar seus anseios nas discussões de casos.

A exposição dessas distintas e imanentes linhas produzidas no Fórum parece ter gerado um processo de autoanálise em Maria, que identifica o papel do interlocutor como de dar voz, dar passagem para o novo na gestão do cuidado (BAREMBLITT, 2012).

Ajudar nesse movimento de renovar o olhar de estar sempre buscando outras possibilidades de intervenção, porque é... a gente tem um desgaste natural de nossas intervenções, né. Então, a gente tem que estar o tempo inteiro renovando, colocando uma prática, trazendo uma prática diferente. Experiências de tantos lugares que dão certo. Então, você tem que tentar trazer, né. Às vezes você tria a partir de um acontecimento, né, aí você cria um projeto. Aí você começa a pensar em novas possibilidades e você vai criando projetos possíveis. (MARIA)

Uma fala reveladora para o pensar sobre a gestão do cuidado no movimento dos gestores. O papel do interlocutor, do gestor, do gerente é dar passagem, dar voz aos profissionais, sujeitos e à comunidade sobre suas necessidades. É possibilitar pensar e fazer novas e outras formas de cuidar ao sujeito em sofrimento psíquico,

criando projetos políticos e sociais nos quais seja possível efetivar a mudança do modelo de atenção pautado na doença mental para a reabilitação psicossocial.

Pistas do Mapa Pensar na Gestão do Cuidado na dimensão sistêmica e organizacional

O conjunto das ações em saúde a sujeitos em sofrimento psíquico na atenção básica na dimensão organizacional e sistêmica do cuidado é composto por uma diversidade de dispositivos.

As gestoras identificam a RAS como produtora de subjetividade, devido às conexões possíveis aos sujeitos. A gestão do cuidado pode ser como um rizoma, ao ser construído na diversidade de encontros que podem ampliar o cuidado e os contatos para ações conjuntas de saúde. Mas também parece apresentar movimentos de capturas na tentativa de colocar cada sujeito em sofrimento psíquico num lugar adequado, definido pela intensidade do sofrimento apresentado pelo sujeito e identificado pelo profissional de saúde nesse “encontro intercessor” no qual circulam intensidades produtoras de “intersubjetividade” e subjetividade (FRANCO; MERHY, 2013).

As necessidades dos sujeitos em sofrimento psíquico são apresentadas pelos profissionais de saúde e gestores para pensar os cuidados. Necessidades captadas no encontro sujeito-profissional de saúde e transmitidas a outros profissionais e gestores, produzindo a gestão do cuidado. Os sujeitos não parecem ter voz nos momentos de encontro que a rede possibilita. Momentos atravessados por linhas molares das políticas públicas de saúde que determinam a ponte a ser construída pelos sinais e sintomas, bem como o local que o sujeito deve ocupar dentro da rede.

O mais importante é que é um espaço social onde duas pessoas se encontram mais ou menos abrigadas, mais ou menos a salvo das formas mais grosseiras de repressão do sistema. E, onde dependendo do poder criativo de seus desejos, pode dar origem a um bom encontro, que deixe os dois realizados em uma dimensão que nada tem a ver com os axiomas do procedimento. (BAREMBLITT, 2010, p.19)

Percebo que a junção de olhares que ocorre na construção do cuidado demonstra-se necessária para pensar e fazer a gestão, pois os sujeitos em sofrimento psíquico se apresentam de uma forma num serviço e outra em outro

serviço, de acordo com o encontro que realizam e da intensidade que surge. E a partir disso os profissionais realizam uma construção do que vão fazer por ele e para ele; assim as trocas e as relações ajudam a pensar sobre a melhor forma de cuidar das necessidades e singularidades que o sujeito traz e mostra aos serviços que encontra. Porém, para evitar um cuidado de não reconhecimento do outro, faz-se necessária a participação do sujeito, da família e da comunidade nas discussões das práticas em saúde mental, para produzir potência e cuidados diferenciados.

Ao discutir os campos de tensão existentes nas organizações de saúde para possibilitar uma conformação das práticas de saúde, os gestores podem aumentar sua governabilidade por meio de ações de controle ou possibilitar novas formas de pensar e fazer o cuidado a partir das necessidades dos sujeitos (MERHY, 2002). Espaços coletivos podem produzir novos processos de produção da saúde e ser uma “[...] oportunidade para conhecer e reconhecer o valor de cada trabalhador na produção de ações de saúde e para construir novos significados para o trabalho de cada profissional” (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p. 41).

Realizando um rastreio nas falas das gestoras, Paola exemplifica o possível rizoma da gestão do cuidado:

Mas eu vejo sim, aqui na UBS Jardim, as equipes implicadas com Saúde Mental... Eles buscando... todas as minhas equipes buscam contato com o Caps... fazem ligação, marcam visita compartilhada, a gente tem a Equipe Palmeira, onde o Caps já participou de várias reuniões aqui... “Ah, minha é reunião diária, vem participar, vamos discutir esse caso...” Então, temos frequentemente esse movimento, e não... é... não vejo as equipes deixando esse caso ou só para o Nasf ou só para o Caps, eu vejo um compartilhamento mesmo.

O conjunto de ações pensado ao “sujeito-pipoca” parece ser produzido nos encontros e nas relações entre os profissionais com a RAS, o que pode ser produtor de potência para um cuidado singular e de diferença, com possibilidade de produzir subjetividade. Esse movimento é causado pela implicação das equipes de ESF ao buscar contato, compartilhar os casos, na tentativa de prestar a melhor assistência à necessidade de saúde do sujeito em sofrimento psíquico. Demonstra-se como um rizoma cujos vetores de intensidades são produzidos solicitando uma multiplicidade de pensares e sujeitos para uma heterogeneidade de ações.

O caminhar continua na gestão do cuidado do sujeito em sofrimento psíquico...

Outras possibilidades são possíveis na gestão do cuidado? Atalhos existem? Descendo pelas dimensões da gestão do cuidado, será que as construções vão sendo feitas a partir das necessidades do sujeito? E quais necessidades são estas? Há outros atravessamentos que engessam os processos? Existem outros dispositivos que possibilitam transversalidade?

4.2 Mapa Pensar e Fazer a Gestão do Cuidado: Produzindo Ruídos e Revelando a Subjetividade

Continuando a navegação, este mapa traz as pistas sobre a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na dimensão profissional da gestão. Apresenta o acompanhar da pesquisadora com os profissionais de saúde na construção do Fluxograma Analisador. Trago inicialmente as linhas de força, os ruídos e movimentos dos profissionais no pensar e fazer a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico, para depois revelar o Fluxograma.

Conforme relatado no subitem 3.5, Atracando no Porto: Sujeitos Envolvidos, a UBS Jardim foi escolhida pelas interlocutoras da Supervisão Técnica de Saúde da região do estudo, Isabel e Maria, por conter em seu espaço físico a Unidade de Apoio, um equipamento da RAS que realiza atendimento ambulatorial no campo da saúde mental.

Este mapa se chama Pensar e Fazer, porque a dimensão profissional da gestão do cuidado “[...] é aquela que se dá no encontro entre profissional e os usuários e nucleia o território da micropolítica em saúde [...]” (CECILIO, 2011, p. 591). Os ruídos (níveis de atenção, o tempo, o caso pipoca e o AM) são o produto do pensar da equipe sobre a gestão. A subjetividade na micropolítica é o produto da construção do Fluxograma Analisador.

O primeiro contato da pesquisadora foi com a gerente Paola, em reunião agendada por telefone com a intenção de apresentar a pesquisa e construir com ela o cronograma de ações. No dia marcado, fui recebida em sua sala, estava sorridente e receptiva. Conversamos sobre a pesquisa, expliquei sobre o objeto e o objetivo, os instrumentos de produção dos dados e solicitei a assinatura do TCLE. Logo trouxe o possível caso traçador, o “caso pipoca”, considerado difícil: um morador de rua, alcoólatra, com transtorno psíquico associado, o “sujeito-pipoca” da unidade cuja

equipe de saúde que o acompanha tentava articular com a rede uma interação compulsória.

Várias ações já haviam ocorrido, bem como várias discussões no Fórum, mas os planos estabelecidos pela equipe de saúde e a rede não eram produtivos; o sujeito escapava às ações de cuidado, segundo Paola. Neste momento aproveitei para apresentar as características do sujeito da pesquisa, e neste caso excluímos o “sujeito-pipoca”, o caso difícil, pois tinha a impossibilidade de agendar a entrevista com ele, prejudicando o terceiro movimento da produção de dados, o encontro da pesquisadora com um sujeito em sofrimento psíquico – o caso traçador do Fluxograma Analisador. Ao término de nosso primeiro encontro, acordamos uma data para minha participação numa reunião com os profissionais de saúde para apresentar a pesquisa e construir o cronograma de ação.

Uma semana antes do encontro, Paola me ligou e desmarcou. A reunião não ocorreu. Um mês depois, devido à demora em receber resposta a *e-mails* enviados para reagendar a reunião com as equipes, a escolha da equipe para construção do Fluxograma Analisador e a construção do cronograma de ações, fui à UBS Jardim, à procura de Paola. Aguardei alguns minutos e fui recebida por ela, novamente alegre e receptiva.

Neste segundo encontro, retomei a necessidade de escolha de uma equipe e do caso traçador. Paola disse, então, num tom firme e forte, que não via necessidade de minha participação para apresentação do projeto e que ela ia sugerir uma equipe e realizar a conversa com todos os profissionais da UBS Jardim. Justificou que estava difícil realizar o agendamento da reunião com todos os profissionais da unidade.

Naquele momento, um conflito surgiu na pesquisadora. O dualismo fez-se presente. Exigir que a pesquisa seguisse as etapas propostas e planejadas pela pesquisadora ou deixar que a pesquisa seguisse o movimento da vida, do real, para ir captando os sinais internos e externos escondidos nas entrelinhas, dando passagem ao não dito?

Assim, a escolha da equipe ocorreu em uma reunião, dia 25 de novembro de 2015, entre a pesquisadora e a Paola, que elegeu a equipe que mais articulava com a rede e que estava inserida na área mais vulnerável da UBS Jardim. Propus

algumas alternativas e após algumas negociações acordamos que ela iria apresentar às equipes as intenções da pesquisa e seus objetivos, e agendamos o dia 4 de dezembro de 2015, para o primeiro encontro da pesquisadora com a enfermeira Cinthia, responsável pela equipe segundo Paola.

Uma semana antes disso, entro em contato com Paola para confirmar nossos acordos e o encontro com a equipe escolhida por ela, que é confirmado. Solicitou que no dia procurasse diretamente Cinthia na recepção da UBS Jardim.

No dia agendado, uma hora antes do horário combinado, cheguei para realizar os preparativos. Havíamos agendado o horário de reunião de equipe para a conversa. Procurei por Cinthia, na recepção da UBS, logo fui levada a sua sala, onde estava sentada numa mesa cheia de prontuários e papéis que quase a encobriam. A sala, desorganizada, tinha papéis espalhados, aparentemente, de fluxos de atendimento, impressos de atendimento, gráficos de acompanhamento e prontuários familiares.

Cinthia com um olhar de espanto me recebe. Percebo que aquele encontro não estava programado. Apresento-me, relato que Paola agendou essa primeira aproximação para a escolha do caso traçador, a apresentação das intenções da pesquisa e da trajetória até o momento. Refere que estava ciente da pesquisa, mas não sabia que naquele dia seria o encontro. Diante disso, propus um novo encontro, caso aquele momento não fosse possível, e questiono sobre a Paola. Para minha surpresa, Cinthia revela que estão sem gerente, pois Paola havia sido transferida há dois dias, por ter sido vítima de ameaça de morte, por ter denunciado, há cerca de um mês e meio antes daquele encontro entre a pesquisadora e Cinthia, uma fraude de receita controlada de um cadastrado da UBS.

Vejo a necessidade neste momento de realizar apontamentos sobre a violência sofrida por Paola e o contexto de trabalho dos profissionais de saúde na ESF.

Num estudo coordenado por Paulo Rossi Menezes (SILVA et al., 2015, p.1347-1355) sobre o esgotamento profissional e a depressão em profissionais de saúde da ESF, a amostra investigada identificou os seguintes percentuais de exposição à violência durante o exercício laboral dos trabalhadores de saúde nos 12 meses anteriores às entrevistas: insultos somam 44,9%; ameaças, 24,8%;

agressões físicas, 2,3%; e testemunhos de violência, 29,5%. O trabalho conclui que a exposição constante à violência pode levar o profissional a um “[...] quadro depressivo passageiro ou mesmo duradouro de intensidade leve, moderada ou grave”. A violência parece ser ocasionada pelas múltiplas insatisfações do contexto político, econômico e social do Brasil, o que leva o sujeito a “[...] direcionar suas frustrações a uma pessoa com determinada posição associada com autoridade, mesmo que seja o profissional de saúde que está ali para atender a população”.

Em uma comparação com o citado estudo de Andrade et al. (2012), parece que a prevalência de transtornos depressivos entre os trabalhadores da ESF é duas vezes maior que o observado na população geral da grande São Paulo. Menezes ressalta que os trabalhadores de saúde têm mais sofrimentos psíquicos que a população a quem devem prestar cuidados (ARANTES, 2015).

Trata-se de referências importantes sobre a violência por que passam trabalhadores de saúde diante dos contextos políticos, econômicos e sociais que podem gerar violências variadas no país e que atropelam em cheio o campo da saúde!

Retornando ao encontro, Cinthia relatou que poderia reorganizar sua agenda para que minha ida à UBS não fosse perdida. Resolveu então antecipar a reunião, mas antes de chamar os outros membros da equipe, tivemos uma conversa sobre a pesquisa, o cronograma de ações e as dúvidas que surgiram após a apresentação de Paola sobre a pesquisa. Cinthia, sorridente, disse que não tinha dúvidas, estava ciente da pesquisa, de seus objetivos e etapas, só não sabia que naquele dia eu estaria ali para uma primeira aproximação.

Foi então chamar as ACS, que estavam realizando seus afazeres diários em outra sala. Já estava na sala, quando as cinco ACS entraram, com “cara de poucos amigos”, fechadas, somente com um bom-dia rotineiro. Vi a necessidade de uma quebra de gelo. Então, fiz o convite de participarem da Tese, de serem agentes de produção de meus dados, que foram escolhidas após uma longa conversa entre interlocutores da saúde mental, atenção básica e gerente, na tentativa de motivá-las àquele encontro. Algo sem muito êxito. Seus olhares continuavam distantes e suas feições desmotivadas.

Perguntei aos ali presentes se ocorreu uma conversa, conforme havia acordado com Paola, sobre o projeto, e Cinthia respondeu que sim, que apresentou o projeto aos outros membros da equipe (ACS, auxiliares de enfermagem e médica) e que haviam feito algumas escolhas de casos, mas que a decisão final ocorreria em minha presença. Questionei se surgiram dúvidas, se havia necessidade de explanação do objeto da pesquisa e seu objetivo, Cinthia novamente respondeu: *“Não, você apresenta como apresentou pra mim, rápido!”*.

Segui o tempo da pesquisadora, associado ao tempo oferecido por Cinthia, e retomei novamente as etapas da pesquisa, expliquei objeto e objetivo, e os olhares continuavam desconfiados e desmotivados. Neste momento, entrou na sala a médica da equipe, Hortência, que cumprimentou as ACS, passou por mim e conversou sobre um caso com Cinthia, que respondeu a sua pergunta e em seguida me apresentou, explicando sobre o projeto e o motivo de minha presença naquela reunião. Hortência só respondeu *“Ah, saúde mental”*, com olhar de desdém e desmotivação. Então começou a sair. Antes que saísse, convidei-a para participar daquela reunião e respondeu que não seria possível pela agenda.

Fiquei sem graça e envergonhada. Mas logo me recompus e comecei a ter uma conversa com os presentes, ACS e enfermeira, sobre como estava a gestão do cuidado da saúde mental na atenção básica, utilizando a fala de insatisfação de Hortência. Novamente olhares desmotivados e silêncio.

Cinthia começou então a falar das dificuldades de realizar a gestão em saúde mental, e em seguida as ACS motivaram-se, e conclusões começaram a surgir: dificuldade de gestão dos casos, por não ter suporte na rede devido à falta de psiquiatras tanto no Caps como na rede de apoio gerando dificuldades na continuidade do acompanhamento dos planos de cuidado; dificuldade de acolhimento do Caps, porque transferiam os sujeitos quando estabilizados para a ESF; e que a ESF não tinha referência para os sujeitos, quando estes apresentavam um sofrimento severo e persistente.

Neste momento de efervescência, justifiquei a pesquisa e sua importância, e me coloquei à disposição para, com elas, pensar sobre a gestão do cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, tentando trazer à tona os facilitadores e dificultadores desse processo. Logo, os olhares mudaram e falas começaram a

surgir de possíveis casos para a produção do Fluxograma Analisador. Porém, não chegavam a um consenso. Propus então um novo encontro, para trazerem o possível caso para a construção do Fluxograma. Aceitaram a proposta e marcamos uma semana depois. Solicitei que no dia marcado o maior número de profissionais que conheciam o caso traçador estivesse presente, podendo ser recepção, segurança, Nasf, médica, enfim, quem quisesse participar.

Na data agendada, 11 de dezembro de 2015, preparei uma apresentação para a construção do Fluxograma e comprei lanches e sucos. A apresentação trazia duas cartolinas, uma com a definição de Fluxograma Analisador e como construí-lo, demonstrando as etapas e a importância de avaliação do processo de trabalho, podendo permitir cartografar como produz e como compreendem o cuidado. E a outra cartolina trazia as etapas da pesquisa, seu objeto e objetivo. Tudo preparado e programado pela pesquisadora, com as etapas e os movimentos que faria naquele encontro.

Ao chegar à UBS Jardim, no dia agendado, logo na porta estava um profissional, o orientador de fluxo, que escuta a solicitação e de acordo com a necessidade encaminha os sujeitos até os setores existentes na UBS Jardim. O profissional me recepcionou: *“Boa Tarde, em que posso ajudar?”*; disse que estava à procura de Cinthia, pois tinha horário agendado para conversar com a equipe Palmeira. Fui direcionada à Recepção, onde fui atendida pelo assistente administrativo que informou não ter visto Cinthia na UBS Jardim, mas que ligaria para ela. Assim o fez. Cinthia informou àquele profissional que estava a caminho da UBS, pois havia sido escalada para uma reunião de última hora.

Aguardei por volta de 40 minutos, então ela surgiu. Recebeu-me com carinho e um largo sorriso, desculpou-se pelo atraso e logo disse que iria atrás das ACS. Esperei, novamente, e após 10 minutos retornou: *“vamos para a minha sala?”* Questionei onde realizaríamos a conversa e o Fluxograma e Cinthia disse: *“Na minha sala, que é usada todo dia para a realização da reunião de equipe”*.

Entrei na sala, a mesma utilizada para o primeiro encontro, espaço pequeno para aquilo o que eu, como pesquisadora, havia proposto, pois, como dito, levei lanche, cartolina para explicação do projeto e do Fluxograma Analisador, e naquele momento necessitei reprogramar toda a forma de abordagem, porque como a

própria cartografia propõe estava ali para apresentar uma realidade, e como tal, devo agir em seu universo para conseguir captar e dar passagem aos sinais.

Naquele dia a sala estava sem tantos prontuários e papéis, uma desordem era visível, mas ao mesmo tempo ordem para Cinthia, pois os papéis estavam separados por processos de trabalho, pelo que pude captar. Ela disse, então, para que me sentasse à mesa para fixação das cartolinhas e apoio para a construção do Fluxograma, ela e os outros membros sentaram nas cadeiras em volta da mesa, formando um círculo. Aguardei até que os participantes estivessem presentes para buscar a cartolina e o lanche. Alguns minutos e vejo na sala as ACS e Cinthia somente, questiono se não haveria outros participantes, Cinthia responde que só conseguiu as ACS e uma auxiliar.

Um incômodo surgiu na pesquisadora, mas só enfermeira, ACS e auxiliar? Tentei alguns questionamentos sobre outros profissionais e Cinthia sinalizou que não haveria possibilidade porque Hortência estava com agenda e que naquele dia o Nasf não estava na UBS Jardim, porque rodiziava a assistência com outra UBS da região. Respeitei o tempo e a escolha da equipe e prossegui a produção de dados após a entrega dos TCLE assinados pelos sujeitos que participaram da construção do Fluxograma Analisador.

No total, participaram sete pessoas: cinco ACS, uma enfermeira e um auxiliar de enfermagem. Do grupo, três participaram ativamente por conhecerem Rosa, o caso traçador: Cinthia, Margarida e Cássia. Uma participou de forma tímida, Sheila, e três permaneceram na observação da construção coletiva, Iris, Marta e Cleide.

Pedi licença aos sujeitos ali presentes para buscar os lanches e sucos que havia trazido, sorriram e ficaram alvoroçadas com os comes e bebes. Preferiram degustá-los ao final de nossa produção, assim o fizemos.

Procedi para a colocação dos gravadores, foram dois. Solicitei autorização para gravar as falas, aceitaram. Posicionei um gravador no centro da mesa onde estava e o outro ao lado dos sujeitos da pesquisa. Após, prossegui na fixação das cartolinhas na parede atrás na mesa que Cinthia havia sugerido que ficassem. Fui colocando uma ao lado da outra, enquanto a equipe conversava sobre o motivo de ela ter sido chamada para uma reunião extraordinária que a fez atrasar para nosso encontro.

Estavam inquietas, alvoroçadas, falantes com o caso que estava ali sendo discutido. O “caso pipoca”. Fui ouvindo em silêncio as falas, e permitindo que explicassem a mim o motivo daquele movimento na equipe, percebi que estavam conversando sobre o caso que Paola havia comentado há cerca de três meses, em meu primeiro contato com a UBS Jardim. Aproximei meu olhar para a discussão do sujeito usuário de drogas com esquizofrenia que a rede toda conhecia, um “sujeito-pipoca” que há 13 anos a UBS Jardim e Supervisão de Saúde tentavam construir um plano de cuidados, mas após várias tentativas e expectativas ele sempre fugia do planejado, e mais uma vez planejaram uma ação que também foi por água abaixo:

Mãe interditou, ficou com liberdade assistida, desde que isso ocorreu não teve mais liberdade. Conseguimos vaga no Caps 3 Álcool e Drogas, após melhora iria para a residência terapêutica, porém fugiu! Ele mora na boca, família não consegue mais ser o suporte [...] Unidade conhece, supervisão de saúde conhece, o caso cansa por ele mesmo. (CINTHIA)

Após a articulação com os serviços de saúde, sociais e família, o caso pipoca havia escapado do planejado, fugiu das ações. Nessa efervescência provocada pelo “sujeito-pipoca” foi lançada a pergunta da pesquisadora: “Como a equipe percebe a gestão do cuidado da saúde mental na atenção básica?”

O encontro toma outro sentido e rumo, surgidos da necessidade da equipe de realizar pequenos processos de autoanálise sobre o cuidado a sujeitos em sofrimento psíquico. A autoanálise para a esquizoanálise é “[...] um processo de produção e reapropriação, possibilitando aos sujeitos o conhecimento e a enunciação das causas de suas alienações” (BAREMBLITT, 2012, p.152).

Diante de tantas intensidades surgidas daquele encontro, multiplicidades foram possíveis, e a cartografia do encontro com os profissionais desenvolveu-se em dois movimentos: primeiro, os ruídos da gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na AB; e o segundo, conhecendo Rosa.

4.2.1 Ruídos da gestão do cuidado a sujeitos em sofrimento psíquico na AB

Neste movimento trago a multiplicidade de “[...] pensares singulares, diferentes, originais, inéditos [...]”, na tentativa de responder àquilo que fez e faz os trabalhadores pensarem a gestão do cuidado (BAREMBLITT, 2010, p. 36).

A análise cartográfica realizada pelos gestos atencionais e das discussões no Grupo de Pesquisa das falas transcritas antes da construção do Fluxograma Analisador e do diário de campo revelaram quatro “ruídos” (FRANCO; MERHY, 2013, p. 278) dos profissionais no pensar e fazer a gestão. Ruídos, segundo Franco e Merhy (2013, p. 278), são “[...] elementos, que dizem respeito às relações intra e inter institucionais e outros relacionados à micropolítica da organização dos serviços, que dizem respeito às relações firmadas no processo de trabalho”, que geram a assistência prestada aos sujeitos. Os ruídos permitiram à pesquisadora ouvir alguns entraves e facilidades dos profissionais de saúde na gestão do cuidado.

Os ruídos ouvidos foram nomeados pela pesquisadora utilizando conceitos e termos ditos pelos profissionais de saúde. A análise ocorreu pelos gestos atencionais das falas, antes, durante e após a construção do Fluxograma Analisador pela equipe, do diário de campo da pesquisadora e das discussões no Grupo de Pesquisa.

Foram apresentados pela equipe os seguintes ruídos: 1) Níveis de atenção; 2) Tempo; 3) Caso pipoca; 4) Apoio matricial.

1) Níveis de atenção

Os níveis de atenção, ou seja, o lugar que sujeito deve ocupar na RAS, são angústias que os profissionais trouxeram. Produzem conflitos na gestão, na tentativa de reconhecer os sujeitos que necessitam de cuidados, promover um cuidado singular e pensar qual o lugar adequado para sua assistência,

Eu acho que, assim, a gente tem... a gestão de todos os ciclos de vida, eu acho que a gestão da saúde mental em si fica negligenciada. Até por nós mesmos [...] a gente não consegue fazer uma prevenção! Porque, nesse caso, a gente deveria estar vendo emprego para aquele que está desestabilizado, promovendo a independência desse que tem condição, não! Estamos apagando um caso que tem um foco terciário! (CINTHIA)

Cinthia comenta “que a gestão da saúde mental em si fica negligenciada” por alguns profissionais com os casos de saúde mental. Negligência que pode ser causada pela construção histórica e social do enfoque da ESF na prevenção da saúde nos diversos ciclos de vida (criança, gestante, hipertenso, diabético, entre outros), somado a ações que necessitam de uma assistência além do preventivo, de enfoque terciário que demandam maior complexidade tecnológica.

Porém, algo aparece sinalizando a assistência a sujeitos em sofrimento psíquico na AB, quando Cinthia reconhece que o cuidado deve estar focado nos três pilares da reabilitação psicossocial: o trabalho, a rede social e a casa, proposta por Saraceno (1996). A participante da pesquisa esclarece a importância de a AB construir relações com a comunidade, contribuindo na inclusão do sujeito em sofrimento psíquico, promovendo sua independência e autonomia pela inserção no trabalho. Mas alerta que algumas ações das tecnologias duras e leve-duras do “enfoque terciário” dificultam as equipes de ESF de realizarem a reabilitação.

Munari et al. (2008, p. 789) identificam as limitações dos profissionais da AB em lidar com o sujeito em sofrimento psíquico no território. Propõem que os gestores desenvolvam estratégias de qualificação profissional na tentativa de melhorar a formação dos profissionais para reconhecer as ações no campo de saúde mental. Ações que ocorrem no cotidiano de cuidar quando utilizam: “[...] atenção às relações humanas, na produção de vínculo, no acolhimento, na autonomia do usuário e no cuidado de si”.

Souza e Rivera (2010, p. 121) complementam que a “[...] reformulação das estratégias de formação [...]” pode potencializar a rede e qualificar o cuidado, propondo que essas ações podem ser realizadas pelo AM.

Cinthia continua explicando como os níveis de atenção causam dificuldades no pensar e fazer da gestão do cuidado:

Então, assim, nós somos estratégia, devemos trabalhar prevenção em todos os ciclos de vida. Então, assim, como o terciário não soluciona o dele, então volta para a atenção primária. Aí a gente faz um papel de secundário e terciário e não faz o nosso papel! A gente não está fazendo a prevenção de saúde mental, eu sinto uma frustração que a gente não faz, mas eu sinto que ninguém faz! Ninguém faz prevenção de saúde mental, ninguém faz prevenção de quase nada mais!

[...] o caso passou de ser primário ele passou a ser secundário, ele só vai voltar para o primário quando ele tiver bem! Quando ele voltar a ser... quando a gente tiver que fazer um plano de prevenção, de... assim, na verdade, a gente tem um caso que é terciário, que às vezes não consegue dar conta no terciário, que o terciário não tem mais suporte, não tem o que fazer, daí volta para o primário!

Parece que na prática dos profissionais da AB a definição do lugar que o sujeito deve ocupar na rede é gerador de frustrações, o não lugar do sujeito traz incômodos e angústias.

A ponte, discussão realizada no Mapa Pensar na Gestão do Cuidado, está passando por cima da comunicação e dos profissionais que compõem a RAS. Está somente realizando a travessia dos sujeitos de um ponto a outro, do terciário-primário, secundário-primário e vice-versa, não permitindo a construção de um plano de cuidados de forma intersetorial, multiprofissional e de respeito à singularidade do sujeito. Cinthia também deixa evidente a ausência de ações de prevenção em saúde mental, ações que parecem ser permeadas de questões biomédicas e do saber profissional diante do sujeito.

A força instituída pelas diretrizes operacionais da instituição AB é apresentada nas falas da profissional, reconhecendo a prevenção da saúde e o lugar que o sujeito deve estar nos níveis de atenção (primário, secundário e terciário), componentes da prática profissional. Linhas de segmentaridade dura atravessam o fazer do profissional na gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico, determinando o lugar que o sujeito deve ocupar na rede, provocando tensão no pensar e nas ações ao sujeito.

Numa discussão teórica sobre práticas em saúde, Gomes e Pinheiro (2005, p. 298) revelam algumas possibilidades para produzir um cuidado integral singular e produtor de subjetividades diante do “[...] confronto entre as necessidades de saúde (ou outras) trazidas pelos usuários e o que a instituição, no caso do PSF, tem a oferecer”. Apresentam o acolhimento e o vínculo como dispositivos que poderão

trazer a mudança no modelo de assistência, ao permitir ao sujeito ser protagonista de seu cuidado e construir sua própria história de vida e saúde.

A gestão do cuidado é construída na micropolítica das dimensões que a compõem; diante disso, a necessidade do sujeito deve prevalecer frente às outras tecnologias e linhas de força que compõem a gestão. Tal necessidade deve ser discutida, pensada e realizada em conjunto com o sujeito em sofrimento psíquico para não perpetuar um cuidado institucionalizado do seu lugar na rede e de não valorização da vida, história, autonomia e inserção social.

Cinthia também apresenta as tensões que carregam para fazer a prevenção dos ciclos de vida e as ações no campo da saúde mental. Parece que a frustração profissional presente está no sentido de os profissionais reconhecerem os sujeitos que acompanham na AB como ciclos de vida ou pertencentes à saúde mental. Ao estabelecer o sujeito dentro do ciclo de vida ou saúde mental, as ações em saúde ficam limitadas deixando escapar as possibilidades de um cuidado singular e inovador. Reconhecem os sujeitos ou como detentores de alguma doença ou situação de saúde, não simplesmente como sujeitos a serem cuidados.

Monceau (2008, p.24), numa discussão sobre os conceitos de implicação, revela que a implicação profissional pode trazer algumas dificuldades para os profissionais que exercerem seu trabalho como gostariam, pois as instituições podem impedi-lo de exercer o seu trabalho de forma prazerosa e de sentido. Exemplifico: os profissionais de saúde devem organizar o serviço e o processo de trabalho para a demanda dos sujeitos segundo as diretrizes e os protocolos estabelecidos, e também devem realizar as associações de seus saberes, de sua bagagem profissional, que foi construída pelas instituições de ensino para pensar e agir diante das necessidades do sujeito. Dependendo da forma como o profissional articula seus saberes, protocolos, suas diretrizes para atender ao sujeito em sofrimento psíquico, este pode aproximar o serviço e o processo de trabalho da necessidade do sujeito ou não.

Os profissionais e gestores usam e produzem organizações burocráticas, administrativas, teóricas para organizar o serviço de saúde, o processo de trabalho, a demanda, o fluxo, a assistência, a produtividade. Mas o sujeito que está sofrendo quer ser atendido, não ter o entendimento sobre os níveis de atenção, a intensidade

do sofrimento, as organizações diversas existentes no serviço de saúde e no processo de trabalho. Diante disso, como os profissionais de saúde e gestores incluem essa necessidade do sujeito com todo o seu arsenal burocrático, administrativo, teórico? Talvez este seja o grande desafio: como articular e aproximar isso da singularidade do sujeito em sofrimento psíquico, o seu não lugar.

Hirdes e Sacarparo (2015), numa discussão das dificuldades de realizar o encontro da SM na AB, identificam a necessidade de transformação conceitual e paradigmática da formação permanente das equipes de ESF para mudar as práticas com enfoque na doença para transformar a clínica no reconhecimento das “potencialidades humanas”. Indicam que:

A integralidade do cuidado, para além do conceito constitucional, deve ser considerada como um valor e se refletir na atitude do profissional. Esta implica reconhecer demandas e necessidades de saúde, assim como de ações de prevenção e de promoção e ações reabilitadoras. (HIRDES; SACARPARO, 2015, p. 386)

Os profissionais de saúde podem romper com práticas que não reconheçam o sujeito em sua integralidade, o que exige uma reflexão de sua atuação profissional na tentativa de produzir um cuidado de valorização do outro em todas suas dimensões.

Os ruídos revelados parecem identificar os níveis de atenção como um dispositivo de normatização do pensar e do fazer profissional, podendo impedir que a gestão do cuidado ocorra a partir das necessidades dos sujeitos, colocando-o em um determinado lugar. Há indícios de que a normatização pode ser da ordem da instituição AB com suas diretrizes e normativas e da própria formação do profissional sobre como deve ser a assistência em determinado nível de atenção à saúde na rede.

As ações em SM na AB requerem da ESF que conexões e rede de cuidados sejam criadas e estabelecidas para os sujeitos em sofrimento psíquico, produzindo uma diversidade de encontros possíveis na RAS. E que as ações em saúde envolvam todos os campos de vida e saúde do sujeito, devendo ser ações mais heterogêneas possíveis para produzir vida. Ações que vão além do enfoque primário, secundário ou terciário e que coordenem o cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, e ao ordenar exigem que a divisão de onde o sujeito deve

ocupar seja transportada para um cuidado de reconhecimento das diferenças e de respeito à singularidade do sujeito, no seu não lugar.

2) Tempo

O outro ruído que os profissionais trouxeram como gerador de aflições e tensões é o tempo. Tempo em seu sentido de horas, minutos, segundos, e o fato de o tempo institucional ser diferente do tempo da vida, na tentativa de apresentar a fragilidade da gestão do cuidado:

Eu acho muito lento, em vários aspectos. Porque quando a gente está na ponta às vezes a gente precisa de uma coisa muito rápida, aí demora por conta de ter que ligar que articular com alguém lá, depois outro dia vir, visitar a família. E a gente precisa pra ontem. Aí fica muito complicado pra gente. Eu acho que articulação com a rede demora muito.

[...] e eu também vejo que eles têm algumas dificuldades às vezes falta funcionário, psiquiatra, né. E a demanda daquele momento acaba sendo prolongada para frente.

Por que às vezes o que está pipocando aqui agora e até articular alguma coisa, já foi, já aconteceu, né. É difícil. (CÁSSIA)

Nas falas descritas acima existe referência de que o tempo para estabelecer contato com a rede é o dificultador para fazer conexões entre os profissionais; tempo que pode estar prejudicado pela falta de recursos humanos dos serviços de saúde mental. Essa situação também foi trazida pelos gestores no Mapa Pensar na Gestão do Cuidado.

O tempo do sujeito em sofrimento também foi evidenciado como um fator que mobiliza e traz movimento na rede, mas que esta não consegue às vezes dar conta do caso pipoca no momento que necessita de uma ação multiprofissional e heterogênea.

Cecilio (2012, p. 285), em uma construção teórico-prática da produção do cuidado, também identificou como ruídos os diversos e múltiplos tempos que competem na operacionalização dos serviços de saúde:

[...] o usuário quer ter acesso, da forma mais rápida qualificada ao cuidado que ele sente/avalia que precisa; a equipe que cuida, em particular o médico, reivindica maior agilidade para tudo o que julga necessário para produzir o bom cuidado; o gestor ambiciona a racionalização de processos e fluxos, em particular a adequação entre demanda e oferta, no mínimo na perspectiva de legitimação do governante.

Como pudemos identificar nesses ruídos, os tempos dos distintos atores sociais vão trazendo sofrimentos e angústias nas dimensões que compõem a gestão do cuidado.

Cinthia complementa a fala de Cássia: *“Eu vejo assim, é a questão do tempo! São muitos casos, outras demandas que vão sufocando”*. Um novo tempo é apresentado, o tempo do profissional diante do número grande de demanda que vai sufocando-o, e pode até sufocar o próprio sujeito que necessita do cuidado. Rupturas que acontecem no rizoma da gestão, às vezes por outras demandas que vão consumindo o profissional de saúde e exigindo outras ações, podendo produzir cuidados frágeis e não produtores de singularidades e de potência.

Outro ruído do tempo trazido pelos profissionais são as cobranças por produtividade que exercem uma captura no cuidado dos profissionais e na forma como se encontram com o sujeito que necessita de cuidado devendo encurtar o tempo com o sujeito:

[...] mudou nossa meta por uma questão... então, às vezes, você tem que fazer 100%. Mas você consegue fazer 100% naquela casa que precisa? Tanto na visita do ACS. A vida não tem condições para fazer isso. Aí que gera esse sofrimento, que às vezes você entra na casa e a pessoa quer te contar coisa, mas a preocupação que você tem que cobrir todas é maior do que a preocupação do que eu sentar aqui é agora é meu momento de ouvir. (CINTHIA)

Se torna frustrante, porque a gente sabe que existem problemas e a gente não consegue se aprofundar e realmente dar a ajuda que aquela pessoa precisa. A gente ajuda, sim, nas coxas, né, digamos assim, porque sempre aparece alguma coisa a mais. (CÁSSIA)

No Mapa Pensar na Gestão do Cuidado, um analisador construído pela pesquisadora foi a produtividade, e nesta outra etapa da produção de dados, no encontro com os profissionais de saúde *in loco*, esse analisador é causador de sofrimento, porque *“a vida não tem condições de fazer isso”*. A vida é imprecisa, não há regras, tempos ou fluxos, gerando conflitos pela necessidade de precisão, pelo cumprimento de metas e pelos protocolos para a assistência em saúde.

Cinthia conta sobre o Conaco: o fato de estabelecer metas e ter de justificar por não alcançá-las produz sofrimento, pois gera a necessidade de diminuir o tempo

do encontro com os sujeitos, levando a preocupações dos profissionais por perderem tempo às vezes sentando para ouvir o que o outro tem a dizer.

Cássia complementa que isso se torna frustrante porque o fazer do profissional fica capturado pelo dever de cumprir as metas e isso gera consequências e reflexos no cuidado a ser prestado aos sujeitos. O profissional é obrigado a fazer escolhas sobre o que deve aprofundar no encontro e no cuidado com o sujeito.

Com essas falas é possível responder a algumas das perguntas lançadas no mapa anterior, sobre como reflete a produtividade na gestão do cuidado, como são para os profissionais as metas e como refletem no sujeito.

Gomes e Pinheiro (2005, p. 298) descrevem bem acerca do reflexo de uma lógica em que o outro não é ouvido e acolhido com respeito a sua singularidade:

Se repetirmos o modelo vigente apenas maquiado, acreditando que, atendendo a família, fazendo visita domiciliar, prestando assistência, promovendo as ações de prevenção e promoção de saúde sem respeitar o desejo/projeto de vida do paciente, sem colocá-lo para discutir isto e as práticas de serviço, estaremos apenas mantendo as relações de poder de dominação.

Há o tempo da equipe, o tempo da rede e o tempo da pessoa. Tempos distintos múltiplos e heterogêneos. Tempos que às vezes coincidem e outras não, gerando frustrações, angústias e necessidade de escolhas para os profissionais, gestores e sujeito, pois falamos do tempo da vida que não é mensurável, tempo de momentos únicos. Assim, o profissional se depara com as necessidades de saúde do sujeito e nesse momento um tempo é necessário e, às vezes, o tempo é encurtado pelo profissional. Não por querer, mas por necessidade do próprio profissional diante do tempo restrito que tem naquele encontro. Tempo mensurado pelas horas e o tempo que é próprio do sujeito que o profissional deixa escapar.

O tempo é apresentado pela equipe como ruído que pode capturar ou não as essências, a depender do posicionamento dos sujeitos em relação a ele. A escolha feita pode possibilitar que novos olhares surjam na tentativa de reconhecer as necessidades de saúde e de vida do sujeito ou não.

Outro fator de aflições é a inclusão do dever fazer as metas, o que pode impossibilitar encontros de produção de subjetividade, não permeando a

compreensão dos sujeitos em suas múltiplas dimensões; pode criar cuidados frágeis, que escapem às ações que os profissionais planejam diante da visão limitada que possuem do sujeito.

Neste momento reforço a necessidade de os profissionais e gestores estarem dispostos a agir em defesa do sujeito que demanda um cuidado, por mais que existam diversos entraves, como o tempo, o dever e o fazer, as metas de produção. Questões que podem “[...] não coincidir [...]” com o sentido que os sujeitos “[...] dão aos seus projetos de saúde [...]” (COLVERO, et al., 2013, p. 116).

3) Caso pipoca

Trata-se de outro ruído apresentado pelos trabalhadores, composto de linhas de forças instituintes causadoras de movimentos na equipe, trazidos como dificuldade na gestão do cuidado para a equipe:

Então a gente trabalha um caso grave, um caso que pipoca! A gente não consegue fazer um plano de cuidado... e de... futuro para aquele que está mais ou menos. [...] Só que isso que a gente faz um plano para que ele não se agrave, chega esse caso que pipoca! Aí, assim, o foco perde a força de trabalhar. (CINTHIA)

Geralmente a gente acaba se focando naquele caso que pipoca mais. Então a gente se foca, mas, mesmo nesses, acaba se perdendo um pouco (SHEILA)

A fala dos sujeitos dá indícios de que o caso pipoca é uma linha de força instituinte, que produz movimento e provoca alguma coisa na equipe, como: a perda da força de trabalhar, a mudança de foco, confusão, raiva, rixa, desespero ou mesmo uma grande desculpa para não atender outras demandas do serviço, dos sujeitos e dos coletivos.

Questionamentos surgem na pesquisadora: por que o caso pipoca perde a força de trabalhar? Que trabalho é esse? Por que o enfoque está sendo no caso pipoca? E o caso que não é pipoca está como e onde? Por que pipoca?

Arrisco algumas respostas, buscando neste mapa, no anterior e no próximo que serão apresentados. Relembro que são possíveis respostas, não verdades absolutas! O método da cartografia acompanha processos e, como dito no Mapa Pensar, a pesquisadora revela o caminhar pelas águas deste momento da gestão do

cuidado, podendo, em outro momento, num outro tempo, produzir dados que levem a outro caminho.

Tento responder primeiramente por que os profissionais de saúde usam o termo pipoca.

Pipoca, um grão de milho que estourou devido a um calor externo a ele. O grão de milho tem um aspecto liso, ordenado, não desforme e endurecido/rígido. Não dá para mastigar. Já a pipoca é a transformação do grão num aspecto disforme, irregular, diversificado e amolecido/frágil. Mas com sabor e comestível.

O uso uma comparação, grão de milho como um sujeito. “Sujeito-grão” está estável em seu território, ordenado como os outros, liso sem muitas necessidades de saúde e demandas, homogêneo, que segue tudo; são os sujeitos ideais para o sistema de saúde, os serviços de saúde e os profissionais de saúde, porque ele não estoura.

Já o “sujeito-pipoca” é instável, heterógeno e disforme. Apresenta uma diversidade de necessidades, demandas, e está fora da ordem, provocando reações na equipe pelo seu estouro, barulho imenso e pular. O “sujeito-pipoca” pula e não se pode prever para onde vai.

O estouro do “sujeito-pipoca” faz um barulho na equipe, provocando reações em cadeia, por criar variados vetores de intensidades nos profissionais de saúde, demandando energia para uma ação produtiva. Há uma diversidade de reações nos membros da equipe: correr do caso; raiva com o caso ou com outro profissional; urgência; rapidez; acolhimento; abafamento, dentre outras. E essas reações também podem ser transmitidas e provocadas em outros sujeitos, profissionais, gestores, coletivos.

O “sujeito-pipoca” poderia ser aquele que o tempo do profissional impediu que o acolhimento e o vínculo fossem produzidos, impossibilitando gerar um bom encontro com o sujeito, não produzindo potência e um cuidado criativo. Arrisco dizer que o fazer do profissional estava voltado para aspectos biológicos do “sujeito-grão”.

Como o “sujeito-grão” não foi colocado como protagonista de seu cuidado, ele pulou e fugiu do controle da equipe, tornando-se um “sujeito-pipoca” que mobiliza reações, pensar, fazer e viver de outra forma a gestão do seu cuidado.

O caso que não é pipoca para a equipe de saúde parece estar bem, não necessita de cuidados. Cuidados trabalhados em nível biológico, de estabilização do “sujeito-pipoca”; não cuidados criativos pensados na produção de cidadania, autonomia, lazer e vida para os sujeitos em sofrimento psíquico.

O “sujeito-pipoca” parece produzir “ruptura assignificante” (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p.25-26) no rizoma da gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na AB. Rompe, quebra, pode retomar ou inovar um cuidado que foi realizado ou pensado pela equipe de saúde e por ele, sujeito. A gestão do cuidado como um rizoma é composta por distintas linhas de força que compõem o conjunto de ações ao sujeito em sofrimento psíquico. O “sujeito-pipoca” pode ser como um rizoma devido às diferentes reações em cadeia que produz e provoca nos atores sociais.

Finalizo esse ruído compartilhando com o autor Cecilio (2012, p. 286-287) a seguinte reflexão sobre o problema teórico-prático para a produção social “[...] dos múltiplos regimes de regulação do acesso e consumo de serviços de saúde e funcionamento do SUS”:

Nós, gestores, trabalhadores de saúde, vamos ter que aprender a reconhecer o usuário-fabricador e incorporá-lo como parceiro na fabricação do sistema. Reconhecer que a gestão do seu próprio cuidado feita pelas pessoas é muito mais vital para a configuração do cuidado que elas precisam do que nós, gestores, gerentes, trabalhadores, temos conseguido vislumbrar, aceitar e traduzir em estratégias concretas de operacionalização dos processos de trabalho. Entre estas, eu apontaria a idéia de co-gestão do cuidado para valer entre trabalhadores e usuários.

4) Apoio matricial

Por fim, o ruído do AM, também trazido pelos gestores na etapa anterior de produção de dados:

Eu acho assim, a gente é bem uma equipe que consegue bem trabalhar a rede, assim, no sentido de a gente liga, sabe... mas a gente também tem... vejo as fragilidades deles... assim... eu faço... a gente já convidou o Caps Infantil para participar de uma reunião para discutir caso, eu já fui no Caps Infantil. O Caps Adulto eu tenho um bom contato lá, a gente conversa por e-mail, só que... A gente sabe que existe o matriciamento, mesmo que a gente não consiga se organizar para que tenha de forma preventiva [...]. (CINTHIA)

Cinthia acredita que a equipe produz novas possibilidades na gestão do cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico ao mobilizar a rede para a “discussão do caso”. Solicitam matriciamento, convidam para discussões e ações conjuntas e compartilhadas. Porém, relembra que essas inovações são provocadas pelo “sujeito-pipoca”.

Cinthia tenta esclarecer que em algumas situações eles conseguem identificar antes que o sujeito vire pipoca: *“A gente vincula, sim, a gente está conseguindo trabalhar os casos ou o Caps ou a gente percebeu alguma alteração. Mas discutir todos os casos a gente não consegue”*.

Parece que a vinculação e a conversa com outros dispositivos da rede para a realização da ponte são feitas conforme a intensidade do sofrimento, quando o sujeito apresenta alguma descompensação psíquica.

Os ruídos identificam alguns entraves no dispositivo do matriciamento, dificultando que seja exercido em sua potência:

Então, às vezes, assim, é bem aquilo que te falei quando o caso descompensa a gente entra em contato para discutir. A gente não entra em contato para discutir um projeto para aquele paciente, às vezes, por exemplo, a gente teve vários pacientes de alta do Caps e não conseguiu ter um momento de discussão para essa devolução, para receber ele aqui.
(CINTHIA)

A profissional novamente reforça que o AM é solicitado para o “sujeito-pipoca” quando “o caso descompensa”. A equipe reconhece a importância do AM aos sujeitos, mas, devido ao tempo, às demandas e a outros “sujeitos-pipocas”, as ações para o “sujeito-grão” parecem não ocorrer.

A equipe levantou questões sobre as ações de promoção e prevenção estarem sendo sufocadas pela rede. Esta que não consegue dar suporte para os casos, por fatores internos de falta de profissionais, fazendo com que o que pertencia ao terciário e ao secundário volte ao primário. Também trazem as dificuldades sobre o indicador de produtividade, do alcance de metas, fazer perder o “foco” do cuidado e de sua continuidade.

4.2.2 Conhecendo Rosa: Fluxograma Analisador

Após os ruídos da gestão do cuidado a sujeito em sofrimento psíquico na AB, o movimento de construção coletiva do Fluxograma Analisador foi proposto. Conforme já citado, sete sujeitos participaram.

Após o momento de efervescência, do processo de autoanálise, foi solicitado que os participantes voltassem seus olhares para as cartolinas – elaboradas pela pesquisadora após leituras de teses como de Fortuna (2003), Martines (2011) e Matumoto (2003) – fixadas na parede, atrás da mesa onde a pesquisadora estava.

Os olhares foram direcionados para a primeira cartolina (Figura 2).

Figura 2 – Representação de cartolina utilizada no encontro

Objetivo da pesquisa: acompanhar a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na atenção básica	
Produção de dados:	1. Entrevistas com gestores
	2. Fluxograma Analisador
	3. Entrevista com sujeito do caso traçador
	4. Diário de campo
Fluxograma Analisador: Instrumento para entender o que acontece no cotidiano do cuidado no serviço, ou seja, como ocorre o processo de trabalho dos profissionais.	
Objetivo: revelar o que a Equipe produz e compreende como gestão do cuidado.	

Fonte: Elaboração própria.

Prossegui para a segunda cartolina, que trazia a representação gráfica do Fluxograma Analisador, conforme já citado no Navegar Metodológico.

Em seguida, relembrei os critérios de inclusão e exclusão do caso traçador: ser um sujeito em sofrimento psíquico, com exceção do álcool e outras drogas; ser pessoa adulta, independentemente de sexo, condição social, econômica, cultural; não apresentar comprometimento cognitivo; estar inserido na ESF.

Cinthia apresenta o caso traçador e explica que foi escolhido durante uma reunião de equipe realizada dias antes. Buscaram, nos livros, prontuários, anotação

de visita domiciliária e na memória dos membros da equipe Palmeira, possíveis casos com os critérios propostos. Após o dia de releituras dos casos, Cinthia relata:

Escolhemos um caso que deu certo. Rosa tem uma entrada no serviço há muito tempo, e tem um histórico de uso de controlados, acompanhamento na Psiquiatria, e a gente achou legal o caso dela, porque ela, devido ao plano de cuidados, ela não faz mais uso, esse uso, conseguiu se restabelecer em muitas coisas, ela trabalha. E veio muito, não pela intervenção medicamentosa, mas pela ação de promoção de saúde da Unidade. Que a gente esperava para todos!

Entramos na construção do Fluxograma Analisador, com o “*caso que deu certo*”, o sujeito exemplo da gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico para aquela equipe.

Em discussões no Grupo de Pesquisa e nos Exames de Qualificação de outras companheiras de doutorado, questões surgiam sobre qual “o caso” (Cinthia) poderia ser escolhido. Brincamos pensando nas possíveis respostas. Pela experiência das pesquisadoras do Grupo de Pesquisa com a atividade assistencial como enfermeiras da ESF, algumas optariam por escolher o caso difícil, o caso que a ESF não consegue resolver, que as ações em saúde já tinham se esgotado. Outras escolheriam o caso que deu certo. Então, lançamos novas perguntas: o que significa dar certo? E o que eles entendem como dar errado?

Para a equipe do presente estudo, dar certo, num plano de cuidados, tem o significado de uma gestão pautada em ações de promoção da saúde. As intervenções dos profissionais vão além de ações biomédicas e medicamentosas; são as ações promotoras de vida.

[...] promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. (BRASIL, 2006, p.15)

Promoção em saúde envolve uma diversidade de ações conjuntas e intersetoriais, devido à amplitude e complexidade do conceito. Envolve, além da saúde, processos sociais e culturais, e deve ser produzida no espaço micropolítico dos serviços de saúde, escolas e dos territórios (MINAYO; GUALHANO, 2016).

Assim, o significado de “dar certo” a gestão do cuidado para a equipe do estudo parece ser promover um cuidado integral, com uma diversidade de encontros e variedades de ações em saúde e sociais na tentativa de construção de projetos vivos de cuidado.

Finalizando este segundo movimento, apresento agora a produção coletiva do Fluxograma Analisador.

Entrada de Rosa

A entrada para a construção do Fluxograma Analisador se deu com a escolha dos participantes de utilizar o prontuário de Rosa como instrumento para traçar a trajetória de cuidados. Cinthia ficou em posse do prontuário e direcionava os pontos principais que percebia nos cuidados, por ordem cronológica de acontecimentos. Opção feita porque os primeiros encontros entre Rosa e a atual equipe, sujeitos participantes desta etapa de produção, iniciaram há cerca de 7 anos, mas sua trajetória de cuidados inicia-se há 19 anos na UBS Jardim pela equipe Palmeira.

Cinthia esclarece: *“Pensamos num paciente dentro dos requisitos, pensamos na Rosa, uma políqueixosa, com muitas demandas e com sofrimento psíquico. Estou dando uma olhadinha no prontuário”*.

Rosa, segundo a leitura de Cinthia, tem ENTRADA na UBS Jardim em 1997, por demanda espontânea, ao realizar o agendamento de uma consulta médica na recepção da UBS.

Recepção: o prontuário e o cardápio morto

Chamo este tópico de cardápio morto, inspirada na produção do cuidado discutida por Merhy (2013), que se utiliza de instrumentos materiais e do saber operante (instrumentos imateriais) como parte do processo do cuidar para atender às necessidades cotidianas dos sujeitos. O cardápio morto representa o cuidado praticamente pronto, sobre o qual você não precisa se posicionar, refletir, relacionar-se para produzir algo.

A recepção dos participantes à construção coletiva do Fluxograma ficou centrada na fala de Cinthia, que, munida do prontuário, ditava as ações ocorridas na produção de cuidados à Rosa. Uma tecnologia leve-dura, o prontuário, coordenava o processo de trabalho proposto para aquele dia. Esse processo foi conduzindo a construção dos cuidados da equipe Palmeira. Cuidados que se mostravam homogeneizados no modelo médico hegemônico, parecendo não possibilitar a produção conjunta e vibrante de cuidados a Rosa.

Apresento os movimentos dessa recepção dos sujeitos da pesquisa para a construção do Fluxograma e após a decisão da pesquisadora.

A ENTRADA de Rosa, segundo leitura de Cinthia, ocorre em consulta médica agendada por ela na recepção da UBS Jardim, em 1997. Procura atendimento devido às seguintes necessidades de saúde: ansiedade, tabagismo e fortes dores de cabeça. O médico toma a DECISÃO de ofertar um CARDÁPIO de encaminhamento para o especialista neurologista e medicação analgésica.

Cinthia lia os relatos no prontuário em meio ao silêncio dos outros participantes que ouviam ecoar o som das páginas virando na trajetória de Rosa na UBS Jardim. A pesquisadora permanecia na construção do Fluxograma, realizando perguntas sobre as ofertas dos profissionais, as decisões tomadas, as intervenções propostas, as saídas e as entradas de Rosa.

As consultas médicas seguintes, segundo Cinthia, foram para esclarecer dúvidas gerais sobre a saúde, não especificando quais, e oferecer o CARDÁPIO de renovação de receita médica e exames laboratoriais.

Minha atenção cartográfica se apresentava aberta e sem foco, para captar as pistas e sinais de processualidade, baseada no rastreio. Realizava uma varredura no campo, acompanhando mudanças (KASTRUP, 2009). As ações de cuidado ofertadas a Rosa tinham caráter biomédico, e suas necessidades de saúde e dúvidas eram motivos para encaminhamentos a especialidades médicas, medicações e exames laboratoriais. Parece que os profissionais de saúde baseavam suas intervenções assistenciais nas tecnologias duras e leve-duras.

Cinthia continuava a realizar a leitura do prontuário. Direciona a RECEPÇÃO de Rosa para o ano de 2004, quando há o primeiro relato do sofrimento psíquico. Neste momento a equipe Palmeira toma uma DECISÃO: observa que o cuidado

ofertado não estava sendo efetivo. Segundo Margarida, a decisão ocorreu durante “[...] discussão de caso em reunião de equipe [...]”. O caso foi levado pelo médico da equipe, Roberto, após as queixas e necessidades apresentadas por Rosa no momento da consulta. O CARDÁPIO proposto foi de novas conexões para Rosa, discutir o caso com a equipe multiprofissional que naquela época realizava atendimento ambulatorial para a RAS na UBS Jardim. Ocorreu, em reunião de equipe, a DECISÃO de ofertar um CARDÁPIO de atendimento com a psicóloga da rede que prestava assistência ambulatorial e estava alocada na UBS Jardim.

Cinthia resolveu ler a consulta realizada pela psicóloga:

Consulta de Saúde Mental com psicólogo. Paciente com queixa de: nervosismo, insônia, sono muito agitado, dorme pouco, extremamente agitada, formigamento nas mãos, sente angústia, dor abdominal e dor no coração. Calombo nas mamas, muito esquecida e com enxaqueca. Há muitos anos fez tratamento na Santa Casa com psicóloga e psiquiatra, tomava medicação, porém abandonou tudo. Primo suicidou-se, desde 23 anos de idade não menstrua, operação de retirada dos ovários, realizava US para controle, mas achava que fazia mal, parou tratamento. HD: Ansiedade. Encaminhamento para psiquiatria de urgência.

Na consulta com a psicóloga, o CARDÁPIO oferecido é o encaminhamento para a psiquiatria de urgência. No relato do prontuário, parece que existe uma descrição mais detalhada dos sofrimentos pelos quais Rosa passava, trazendo um pouco de sua trajetória de vida, história pregressa, situações de saúde em sua juventude e sentimentos diante dos tratamentos propostos. Há um processo de intersubjetividade, “[...] momentos de falas, escutas e interpretações, na qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro [...]” (MERHY, 2013, p.73). Porém, o relato tem sua finalização preferencialmente no uso das tecnologias duras e leve-duras.

A atenção do cartógrafo neste momento apresenta uma sensação, um vislumbre. A subjetividade do cartógrafo com o gesto atencional do toque realiza um processo de seleção no rizoma da gestão do cuidado a princípio homogêneo (KASTRUP, 2009). Um elemento heterogêneo gera intensidades no cuidar de Rosa. Os profissionais de saúde, durante uma reunião de equipe para a discussão do caso de Rosa, sentiram a necessidade de possibilitar outras conexões a ela, um elemento perturbador provocou o movimento. Uma conexão com a psicóloga pode possibilitar outra forma de pensar e fazer o cuidado. A equipe, ao apostar em novos encontros

no rizoma do cuidado à Rosa, pode ter gerado um cuidado diferenciado na tentativa de uma elaboração dinâmica de outras propostas de cuidado.

Utilizando de outros símbolos, Rosa apresentou-se como um “sujeito-pipoca”, produzindo movimento e um barulho na equipe. Ao produzir esse barulho, provocou reações por criar vetores de intensidades nos profissionais, demandando energia para uma ação produtiva. A equipe foi mobilizada a buscar outras ações em saúde para o seu cuidado. Realizaram a articulação com outros profissionais para uma ação conjunta e compartilhada, uma ponte foi construída para o cuidado do “sujeito-pipoca” porque a intensidade do sofrimento provocou reações e ações nos profissionais de saúde.

Continuando na construção do Fluxograma... O silêncio pairava pela sala para ouvir o barulho que ecoava quando Cinthia virava páginas e mais páginas do prontuário de Rosa. Fomos levadas então aos anos de 2006 e 2007. Antes disso não se observam nas consultas relatos consistentes sobre as necessidades de saúde de Rosa e as ações de cuidado.

Nos anos seguintes, a RECEPÇÃO continua pelas consultas médicas agendadas por Rosa na recepção da UBS. Cinthia realiza a leitura de uma das consultas:

Em 2007 passou em consulta médica com Dr. Roberto que anotou: passou no neurologista, perdeu a ressonância de coluna lombar e a eletroneuromiografia. Prescrito a formula Vita E com Vitamina C com Cetoprofeno, Ranitidina, Tramal, Codeína, Fluoxetina, Gabapentina, Gincobiloba, Paracetamol. Isso tudo numa fórmula. Aí renova a receita médica e solicita exames laboratoriais.

Surge um espanto na pesquisadora diante de tantas medicações prescritas. E Cinthia também se incomoda com a prescrição médica e diz: “*Isso tudo numa fórmula*”; e olha para mim com um olhar de dúvida e questionamento. Retribuo com um olhar de incomodo e espanto.

E o silêncio deu-se... mas prosseguimos.

O CARDÁPIO ofertado foi de receita médica e exames laboratoriais. Há indícios na leitura de Cinthia de que Rosa possivelmente não cumpria com o planejado pela equipe, faltava nos exames solicitados e não seguia as prescrições médicas. Não havia relatos concretos no prontuário das demandas, queixas e dos

acontecimentos na vida de Rosa que a faziam sempre retornar às consultas médicas agendadas e fazer essas rupturas na gestão do seu caso.

E as leituras continuam...

Cinthia lê:

Aí em nova consulta médica anotado que passou com Pneumo, que descartou patologia pulmonar. Perdeu espirometria. Passado broncodilatador, DPOC, tabagista. Tabagismo, apresenta dores osteomusculares, acompanhada com Ortopedista e Neurologista, com exame realizado 4/4/2007 HD: Hérnia de Disco.

A equipe Palmeira, com a releitura do prontuário, demonstra um cuidado biomédico, de caráter queixa-conduta, fragmentado, pautado no encaminhamento a diversos serviços, solicitações de exames laboratoriais e de imagem. Há referência de encaminhamentos a psicólogo e psiquiatra, porém não há os sinais, sintomas e os acontecimentos da vida de Rosa que levaram a tal ação. Somente a consulta com a psicóloga aponta questões da vida de Rosa. Os registros históricos são fragmentados e incompletos para questões subjetivas e singulares, apresentando questões mais físicas e biomédicas.

O gesto atencional do toque na atenção do cartógrafo pode acessar elementos exógenos para ajudar nesta produção de dados (KASTRUP, 2009). No Dicionário *Priberam* da Língua Portuguesa (2013a), a palavra prontuário vem do latim *promptuarium*, que significa: despensa, repositório, armazém, depósito. Seu significado o define como o lugar onde se arrecadam coisas que de um momento para outro podem ser precisas. Podemos dizer que o prontuário é um livro, manual, que contém fórmulas e indicações úteis, de modo a facilitar o que se quer saber.

O dispositivo utilizado pelos participantes para a construção do Fluxograma analisador é uma tecnologia leve-dura, por representar um lugar onde há um depósito de informações, indicações e saberes dos profissionais de saúde em relação ao sujeito em sofrimento psíquico. Deste modo, as tecnologias leves estavam entrelaçadas nas entrelinhas duras da escrita dos profissionais, não podendo captar cuidados de valorização do sujeito.

Durante as leituras do prontuário de Rosa, um gesto de pouso indicou a necessidade de parada, pois um novo elemento havia se reconfigurado (KASTRUP, 2009). No ano de 2008, Rosa provoca os profissionais de saúde a um

reposicionamento sobre os cuidados ofertados. Orquídea resume o relato de Roberto, médico da equipe Palmeira na época: *“Ele entrou em contato telefônico com o Caps para avaliação de urgência, devido ao pensamento suicida que a usuária estava apresentando, mas não esclarece o que aconteceu”*.

O “sujeito-pipoca” estoura e produziu um novo barulho na equipe, provocando reações em cadeia. Uma ação produtiva ocorreu com a necessidade de mobilizar outro dispositivo, como os profissionais do Caps e o AM. Uma nova ponte é construída para o cuidado de Rosa.

A equipe toma uma DECISÃO de convocar outros profissionais para realizar novos encontros e novas conexões com Rosa; o CARDÁPIO oferta é um atendimento no Caps. Aumentam a rede de cuidados de Rosa na tentativa de responder ao movimento provocado por ela, “sujeito-pipoca”.

Dúvidas surgiram na produção dos dados: quais acontecimentos na vida de Rosa suscitaram essa urgência? Aguardava com expectativas uma resposta. Não respondida pelo prontuário.

Na tentativa de responder à necessidade de saúde de Rosa, Roberto utiliza-se do dispositivo do AM, ao entrar em contato com o Caps. Parece ser uma nova proposta para o cuidado de Rosa, porque o “sujeito-pipoca” trouxe movimento na dimensão profissional da gestão do cuidado, porque os profissionais necessitaram realizar um rearranjo no modo de assistência e no processo de trabalho ao incluir novos dispositivos, o Caps e o AM.

O dispositivo do AM, além de proporcionar trocas de saberes, a integralidade da assistência, o compartilhamento e a responsabilização entre os serviços de atenção em saúde mental, tem potência para produzir um

[...] novo modelo de assistência à saúde que seja articulado e sinérgico com os princípios e diretrizes do SUS. Para tanto, urge a organização dos processos de trabalho em função da produção do cuidado como finalidade do trabalho em saúde, que investe nas tecnologias leves e na corresponsabilização como forma de estimular o compromisso de trabalhadores, usuários e familiares com a produção de saúde. (VASCONCELOS et al., 2012, p.173)

O AM pode possibilitar na gestão do cuidado uma composição de ideia inovadora no cuidado, a depender de como os profissionais utilizam a potência desse dispositivo.

Houve uma ação inédita de outras conversas e outro dispositivo que não haviam acontecido no cuidado de Rosa, com a articulação com outros profissionais e serviço de saúde (Caps). Um dispositivo relacional, de diálogo, de comunicação foi convocado por Roberto. É possível realizar uma comparação com o rizoma devido à diversidade de conexões realizadas para pensar e fazer a gestão e de outros e novos encontros possíveis para Rosa. Rizoma produzido pelo estouro e barulho do “sujeito-pipoca”, que desencadeou reações nos profissionais.

Ao produzir novas possibilidades para Rosa, as ações seguem um movimento de um cuidado programático, com consultas mensais para acompanhamento e de seguimento ambulatorial. Cinthia relata que nos três meses seguintes ao primeiro contato com o Caps, Rosa retornava em consulta médica mensal. Até que o relato de Roberto conta: *“Não tomou remédio do psiquiatra do Caps, apresenta laudo do psiquiatra do Caps [...]. Refere agitação e ansiedade. Renova receita médica [...] e oferta encaminhamento para psiquiatra e psicólogo a nível ambulatorial”*.

Parece que a gestão do cuidado de Rosa, tanto no Caps como na equipe Palmeiras, está baseada no excesso de encaminhamentos, medicações, laudos e diagnóstico médico. Questionamentos surgem, há algo a mais para ser apresentado sobre a gestão deste cuidado além disso, ou seja, além desses encaminhamentos, diagnósticos e medicações?

A RECEPÇÃO continua pelas consultas médicas; uma DECISÃO é tomada diante da necessidade apresentada de agitação e ansiedade; há oferta do CARDÁPIO de inclusão de outro medicamento e encaminhamento para psiquiatra e psicólogo ambulatorial, porque Rosa não se vinculou ao Caps, produzindo uma ruptura no rizoma da gestão do seu cuidado.

Parece que novamente a ponte está sendo construída pela intensidade do sofrimento psíquico, e os serviços substitutos ao modelo asilar sendo solicitados para a estabilidade do “sujeito-pipoca”, que não para de provocar a equipe. Sujeito que não se transforma em grão, homogeneizado, liso e rígido.

Neste momento, após o pouso nos movimentos captados pela atenção cartográfica, o gesto atencional do reconhecimento atento exigiu a reconfiguração do território da produção do Fluxograma Analisador. Convoquei os sujeitos participantes da pesquisa para uma nova leitura do material que estávamos produzindo, solicitei que os olhares retornassem à cartolina que desenhava o Fluxograma, lançando a pista para promover a “[...] interseção entre a percepção e a memória [...]” (KASTRUP, 2009, p. 20) dos sujeitos da pesquisa, para produzir o novo no caso traçador.

Os olhares se voltaram para a cartolina que a pesquisadora estava produzindo. Apresentei a eles o esboço do cuidado prestado a Rosa pela equipe Jardim. A ENTRADA dela, que somente ocorria por consulta médica agendada, com CARDÁPIO de renovação de receita desde 2004, encaminhamento para especialidades variadas (neurologista, ortopedista, psiquiatra, psicólogo) e exames laboratoriais e de imagem. E que aparecia somente em 2008 uma DECISÃO que o cuidado não estava suprimindo as necessidades de Rosa, e o CARDÁPIO foi o Caps. E, após o retorno, um CARDÁPIO de medicação e encaminhamentos.

Movimentos começam a ocorrer, intensidades começam a surgir, outras vibrações são produzidas e provocadas...

Cinthia solta seu olhar do prontuário e diz: *“Para você ver, quanto tempo o paciente fica na assistência básica sem saber, só com a renovação de receita”*.

Realmente, “a renovação de receita” é um fato, principalmente em relação aos sujeitos chamados de “saúde mental”. Trata-se de um acontecimento da ESF; mas como conversar com a proposta de um cuidado diferenciado, inovador e de potência?

É uma gestão do cuidado feita pela “renovação de receita”, que repete a medicação; não visualiza nada, nem permite o encontro; mantém o sujeito em silêncio; não o olha nem possibilita uma conversa, um ouvir, um olhar, um acolher; não produzir mais nada com ele, algo que parece ser o oposto das propostas políticas do modelo de atenção e dos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico pautados na reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Cinthia realiza uma reflexão, por meio de comparação com a assistência ocorrida anteriormente na UBS Jardim:

Isso que é uma coisa importante da rede, agora a gente, ela ia, ela referia que acompanhava com psiquiatra e não tem nada. E hoje, assim, a gente consegue, ah passou com psiquiatra eu tenho esse acesso de articular, de ligar lá e ver se passa mesmo. Eu acho que é a questão do tempo. Se a gente entrar em contato com o Caps a gente consegue essa articulação. Que eu acho que antes não via, isso antes no começo.

Uma questão que remete a um pequeno resgate histórico, político e social no campo de atenção à saúde, algo que já foi realizado nesta Tese. Mas vai percorrendo todos os mapas, demonstrando como hoje as ações no campo da saúde mental ocorrem no dia a dia dos profissionais de saúde que estão inseridos no território dos sujeitos em sofrimento.

A Política Nacional de AB tem a ESF como dispositivo prioritário para o fortalecimento e a expansão dos princípios e diretrizes do SUS, as ações em saúde hoje se configuram com maior “grau de descentralização e capilaridade” (BRASIL, 2013, p.19). Essa transformação do modelo de atenção em saúde pela Reforma Sanitária, que ocorreu simultaneamente com a Reforma Psiquiátrica, que estava sendo construída desde o início da década de 1980, possibilitou no campo da saúde mental “[...] desenvolver práticas pautadas na responsabilização, na territorialização e na inserção nas redes sociais” (SOUZA; RIVERA, 2010, p.123).

A inclusão de serviços de atenção em saúde mental no território priorizou devolver entre outras ações a articulação entre os dispositivos de cuidado substitutos às instituições psiquiátricas, a exemplo do Caps, ESF com o Nasf, Ceccos, residência terapêutica, entre outros. Esses novos dispositivos, se pautados numa perspectiva da desinstitucionalização do sujeito e do sofrimento psíquico, “podem ser denominados espaços de produção de sujeitos sociais, de produção de subjetividade, de espaços de convivência, de sociabilidade, de solidariedade e de inclusão” (SOUZA; RIVERA, 2010, p.124).

A fala de Orquídea parece trazer as transformações e a atualização das práticas e dos saberes no campo da saúde mental “*que antes não via, isso antes no começo*”. A Reforma Psiquiátrica exige mais que a transposição da lógica manicomial, inclui questionamentos sobre o modelo hospitalocêntrico e institucionalizador. De acordo com Amarante (1994, p. 81):

No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização [...], de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas.

Nesta cartografia da gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na AB, aparece vigorosamente a trajetória histórica, política e social da inclusão das ações de saúde mental no campo da AB. Isto pode possibilitar uma gestão pautada num cuidado de responsabilização, acolhimento, vínculo, interação social e de integralidade. Na produção conjunta e vibrante de cuidados, a depender se *“a gente entrar em contato [...] a gente consegue essa articulação”* (Cinthia).

Outras vibrações começam a surgir. E a pesquisadora convoca os sujeitos para uma decisão.

Decisão: olhares para fora do prontuário

A produção do Fluxograma com a entrada e recepção escolhidas pelos sujeitos de pesquisa não gerava intensidades. Não produzia sinais da vida de Rosa. Uma decisão foi necessária: a pesquisadora solicitou aos sujeitos que soltassem os olhares do prontuário e trouxessem à tona os encontros, as conexões, a vida de Rosa a partir da experiência deles com ela.

Cardápio vivo

É denominado assim, cardápio vivo, porque o movimento da equipe para a construção do Fluxograma Analisador passa a apresentar-se no campo do relacional, do diálogo e das construções coletivas de cuidados à protagonista Rosa (MERHY, 2013).

Após a convocação da pesquisadora para os olhares fora do prontuário, Cinthia relembra a ENTRADA no ano de 2009, em uma reunião de equipe em que a ACS Margarida recorda o motivo: *“Rosa estava apresentando muitas dores nas costas que estavam prejudicando o seu trabalho”*. E a equipe toma a DECISÃO de discutir a situação apresentada por Margarida ao Nasf. Em reunião compartilhada

com o Nasf, após a “*discussão do caso*” de Rosa (Cinthia), o CARDÁPIO ofertado é uma consulta compartilhada entre Rosa e Sandra, fisioterapeuta do Nasf.

O relato da consulta lido por Cinthia diz:

Dona de casa, autônoma, vendedora de Yakult (carrega carrinho pesado) queixa de dor em região lombar há anos, atualmente dor lombo-sacral com irradiação para membro inferior direito, com dificuldade de deambulação e movimentos de flexão-extensão. Refere que faz serviço de casa devagar e com cuidado. Apresenta alteração de colesterol e triglicerídeos. Fornecido relatório para perícia. Participa do Grupo Qualidade de Vida e aguarda vaga em ambulatório de Fisioterapia.

Neste momento de construção coletiva, algo novo, Rosa tem vida, produz vida, “vendedora de Yakult”; “carrega carrinho pesado” e “tem dor em região lombar há anos” e “hérnia de disco”, sendo oferecido um “relatório para perícia”. Vive além dos encaminhamentos, diagnósticos e da medicação. O pulsar do Fluxograma ocorreu.

O CARDÁPIO ofertado: um Grupo de Qualidade de Vida e a Fisioterapia. Um relato com as dores de Rosa, suas queixas, sua vida como vendedora. O Grupo de Qualidade de Vida é coordenado pela fisioterapeuta do Nasf, que realizava trabalhos de autoestima e da medicina tradicional chinesa com o Lian Gong.

Uma outra tecnologia de saúde é inserida no cuidado de Rosa. As Práticas Integrativas e Complementares e a Medicina Tradicional Chinesa podem possibilitar um cuidado “[...] diferenciado sobre o processo saúde-doença, ampliando a visão desde processo e as possibilidades terapêuticas, contribuindo para a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado” (BRASIL, 2013, p.133). E são incentivadas pelos gestores, como visto no Mapa Pensar na Gestão do Cuidado.

E não param por aí, Margarida relembra:

Em 2001, a mãe dela faleceu. Antes disso, deixa contar a história, ela mora na mesma rua do irmão, que vive com esposa (cunhada) e duas filhas (sobrinhas). Ela nunca teve filhos por retirar o ovário, operação quando nova. A cunhada não deixava ela ter contato com as meninas, sobrinhas dela. E o pai e a mãe moravam no quintal do irmão. Então, ela não chegava nem no portão da família dela. Aí, quando o pai e a mãe queriam ver ela, iam na casa dela. Aí, depois que a mãe dela morreu, deu uma reviravolta tão grande, compraram uma casa, quando penso que não e viraram tudo amigo. Eu vejo as sobrinhas na casa dela. Ela ficou melhorzinha. Eu achei que ela ia ficar pior, mas parece que ela ficou boa apesar daquele sofrimento todo. A família toda se uniu a partir da morte da mãe, eles se

uniram. Aí ela começou a ter contato com as meninas, porque ela não tem filhos. Sobrinhas, só, ela tem.

É o momento que solta a vida presa no prontuário. Rosa é apresentada com sua vida, com suas alegrias, tristezas, com seus vínculos, processos de sofrimento e reconstrução deste. Começo a perceber os olhares estimulados e vibrantes para a construção do Fluxograma. Disparou nas pessoas um novo momento. Tanto que realizo a opção de deixar também um pouco de lado o desenho, e começo a acompanhar e explorar mais a experiência dos outros membros da equipe com a protagonista Rosa, dando voz a outras pessoas.

Durante o ano de 2009, Rosa mantém consultas periódicas com Sandra e participação esporádica em Grupo Qualidade de Vida.

No ano de 2011, Cinthia tem seu primeiro contato com o caso de Rosa. Durante reunião de equipe, a ACS Margarida traz “[...] *paciente poliqueixosa, fazia acompanhamento com psiquiatra e não faz mais [...]*”; a equipe toma a DECISÃO de discussão compartilhada com o Nasf. Em reunião compartilhada com o Nasf, o CARDÁPIO ofertado é consulta compartilhada entre enfermeira e fonoaudióloga com o “sujeito-pipoca”. Rosa falta na proposta ofertada pela equipe.

O “sujeito-pipoca” mobilizou a equipe, solicitando novas ações e novos olhares para a gestão de seu cuidado. Os profissionais da equipe Palmeira sentiram a necessidade, diante do movimento de Rosa, de realizar outras conexões profissionais para pensar e fazer o cuidado. Convocam o dispositivo do Nasf para um AM e discussão do caso pipoca na tentativa de experimentar novas formas de cuidar, trabalhar e de relacionar-se com Rosa. Porém, Rosa não teve voz nessa discussão, a equipe tomou a DECISÃO da consulta compartilhada com enfermeira e fonoaudióloga.

Dias depois, a equipe toma a DECISÃO de ofertar outra possibilidade, pois Rosa não foi à consulta compartilhada. Após a leitura do prontuário, durante essa nova reunião com o Nasf sobre o “sujeito-pipoca”, observam que Rosa tem muita aderência às consultas médica. Utilizam-se disso e oferecem novo encontro, o CARDÁPIO de uma consulta médica com Hortência, atual médica da equipe Palmeira.

Em consulta médica, o CARDÁPIO oferecido é a renovação da receita médica de psicotrópicos, o laudo médico para dar entrada no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e o convite para participação no Grupo de Atividade Física.

Novamente a renovação de receita, prática que vai se repetindo. Mas agora temos a inclusão de laudo médico para o INSS. Um fluxo comum? Será que o ideal é pedir o afastamento? E como pensar diferente?

A médica Hortência responde às necessidades: de dores lombares, ansiedade e hérnia de disco utilizando de um cardápio de tecnologia dura e leve-dura. Porém, uma tecnologia de nível relacional é proposta, o Grupo de Atividade Física. Há um cuidado da equipe ao reconhecer os vínculos que Rosa realiza com a médica e o utiliza para possibilitar novas conexões pela equipe Nasf.

Rosa participa de Grupo de Atividade Física, com CARDÁPIO de ações de autoestima, lazer, atividade física, práticas complementares e integrativas com Lian Gong, massagens e técnicas de relaxamento. Margarida acrescenta: *“Promove a autoestima, tem danças, brincadeiras, datas comemorativas. Ela era a bailarina”*.

Questionamentos surgem na pesquisadora durante a produção do Fluxograma, ela, Rosa, a “bailarina”? Com dor na coluna? Com “hérnia de disco”? Ansiedade e depressão? O que aconteceu com Rosa cheia de queixas que vira bailarina? Como ela passou a bailar? Bailar sua dor? Dor bailarina...

Cinthia relata outra reunião compartilhada que ocorreu entre o Nasf e ESF num momento de *“rediscussão de caso”* (Cinthia). A Equipe toma a DECISÃO de *“manter o plano proposto”* (Cinthia), e lê em prontuário: *“[...] está participando do Grupo de Atividade Física com diminuição das queixas”*.

A adesão de Rosa no grupo proposto parece que promoveu um cuidado diferenciado, com outros elementos a que a pesquisadora não teve acesso, de sua dor e sofrimento, fazendo significar aquele acontecimento. Margarida resume:

Ela vinha na unidade toda chorosa, com dor aqui, dor ali, não saía da unidade. Depois que ela começou a participar no Grupo, não sente mais nada, dança feito uma molinha. Não sente mais nada. Tanto que está trabalhando agora. É difícil eu ver ela.

A gestão do cuidado ganha novos elementos, uma diversidade de encontros e tecnologias foram disponibilizados pela entrada de Rosa no grupo, talvez

possibilitando o autocuidado, a socialização e de formação de um “grupo-sujeito” no qual o sujeito é ativo porque “[...] esforça-se para ter um controle sobre sua conduta [...]” (GUATTARI, 1985, p. 93).

Os grupos desenvolvidos na AB podem direcionar seus trabalhos para se tornarem permeáveis

[...] a outras possibilidades de discurso e encontros, articulando-se com um conjunto de discurso histórico produzido na família, escola, igreja, hospitais, centros de saúde. O grupo será uma oferta do serviço e mais um ponto da rede social de cuidado [...] (BRASIL, 2013, p. 122).

Cinthia conclui:

É, quando ela iniciou com o Grupo de Atividade Física percebemos que diminuiu as demandas de queixas de preocupação com a saúde. Porque ela sempre achava que tinha uma coisa estranha, porque não era normal. Aí, assim, até mesmo por uma questão de precaução, por valorizar a queixa, ela ia para muitos especialistas né!... Então, assim, foi encaminhada para o neuro várias vezes, reumato.... Com o tempo foi se percebendo que essas queixas eram infundadas, mas era uma questão do sofrimento mesmo... Então, com a inserção dela na Atividade Física, essas queixas desapareceram, então as consultas seguintes eram só para troca de algum... assim, Papanicolau... só o cuidado mais de rotina mesmo, mais questões preventivas mesmo, ela faz os exames anualmente. Mas aquela ansiedade de busca pelo serviço diminuiu bastante.

Há uma percepção dos participantes da pesquisa sobre o cuidado por um longo período não ser um cuidado subjetivo, mas centrado num modelo médico-hegemônico. Porém, quando os profissionais de saúde reconheceram o sofrimento nas queixas constantes que Rosa trazia, promoveram um cuidado pautado nas relações, possibilitando a ela outros significados para sua dor.

Franco e Merhy (2013, p. 125-126) esclarecem que há diferentes modos de reorganizar as tecnologias de saúde, configurando diferentes modelos tecno-assistenciais:

[...] no modelo médico-hegemônico ocorre uma dominância e predomínio das tecnologias duras, sobre as outras, inclusive comandando ou mesmo esvaziando a presença das outras nos seus atos produtivos. Já nos modelos centrados no mundo das necessidades de qualificação da vida, individual e coletiva, dos usuários, há que deslocar o centro tecnológico para o mundo das tecnologias leves, relacionais.

Rosa criou um vínculo muito grande com o Grupo da Atividade Física e com o Nasf, principalmente com o profissional Cristiano, que assumiu o grupo quando houve a saída da profissional Sandra, fisioterapeuta do Nasf.

Ele fez com que ela se socializasse... acho que isso que é importante... Ela tinha esse vínculo muito grande com ele, mas também com o grupo. O Grupo que fez o aniversário para ela, o grupo era envolvido e, com outras questões do grupo. Criou um vínculo muito grande com ele e com o grupo (CINTHIA).

Cássia complementa: *“E ela sempre ganha como Rainha da Primavera. Ela era muito querida no grupo, fizeram até festa de aniversário”.*

Nas falas dos participantes desta etapa da pesquisa, Sandra e Cristiano podem ter possibilitado ao “sujeito-pipoca” uma vinculação com o grupo e a comunidade.

O Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental (BRASIL, 2013, p. 121-123) traz o grupo como dispositivo do encontro da SM na AB. Mas alerta que o objetivo deve ser proporcionar uma atenção integral, de vínculo, acolhimento e autonomia dos sujeitos. A “participação ativa” dos componentes do grupo pode produzir a elaboração dinâmica de propostas de cuidar.

A equipe reconhece a diferença que ocorre na vida e no agir de Rosa:

Mas o que eu acho mais gritante, que não está escrito, é a postura. Ela era uma paciente que causava confusão, anotado em prontuário que paciente deixou receita e não achou... Ela chega agora aqui no corredor... ela chega ela abraça, ela beija todo mundo, cumprimenta. Superagradável!... Sabe, ela vem na consulta, ela é disponível. Feliz. Isso muito, muito diferente. (CINTHIA)

Você vê que ela está bem mais leve mesmo. Você tem que ver o jeito dela, 100% melhor. (CÁSSIA)

Caso tivesse uma consulta com especialista, ela faltava, ela preferia muito mais ir no Grupo, quando tinha compromisso com ele, fazer as atividades do Grupo que passar no especialista. (SHEILA)

Algo revelador aparece nas falas, que não está escrito no prontuário: a leveza, a postura diferenciada. O que fica registrado é o problema, o que não dá certo, a queixa, a confusão, a dor. Digamos, a âncora. O pesado. Arrisco a dizer que parece não ser uma percepção dos profissionais de saúde a alegria, a leveza, a vida que vibra. O que é legitimado na escrita é a âncora, a tristeza, o negativo, o duro. O diferente não aparece. Fica na memória do profissional.

E ela ficou mesmo “muito diferente”?

Cinthia conclui: *“Ele tinha um vínculo bem grande. Isso que é legal, não é um profissional da saúde mental que... é educador físico”*.

Cristiano, educador físico, com as tecnologias de saúde que utilizou pode ter possibilitado uma ruptura, associado a outros elementos que compõem a vida de Rosa, do sofrimento que a protagonista vivenciava. Segundo os sujeitos participantes da pesquisa, o profissional fazia uso de: atividades grupais, trabalhos com autoestima, práticas corporais, danças, brincadeiras, passeios, festas e bailes com concurso para rainha.

No encontro entre o profissional e o sujeito em sofrimento psíquico, existe a “[...] capacidade de despertar o entusiasmo, a vontade de viver, a vontade de lutar e criar” (BAREMBLITT, 2010, p. 15).

Os dispositivos das tecnologias duras e leve-duras, como exames, especialistas e medicações, parecem que não foram produtores de vida e potência no processo saúde-doença da protagonista. Porém, ao convocar o Nasf, que utilizou de uma tecnologia leve e relacional, a equipe pôde promover um cuidado do diferente e de construção de projetos vivos de cuidado.

O “sujeito-pipoca” parece ter encontrado fuga de seus diagnósticos construídos ao longo de seu cuidado na UBS Jardim. Há indícios também que a equipe reconheceu que as necessidades de saúde e vida de Rosa não seriam resolvidas com especialistas, exames e remédios, mas por outras formas de cuidar das diferenças, tanto que a presença no grupo lhe trouxe mais benefícios que a ida a especialistas, de modo que a “busca pelo serviço diminuiu bastante”.

Ayres (2004, p. 73), numa reflexão sobre as práticas de saúde, revela a necessidade de os serviços de saúde e profissionais voltarem “[...] ativamente à presença do outro no espaço assistencial [...]”, tornando possível uma diversificação e inovação nas formas de relacionar-se e posicionar-se com o outro. Ao utilizar o encontro para o compartilhamento e “[...] trocas de saberes e fazeres [...]”, pode-se trazer mudanças no modo de pensar e fazer o cuidado (AYRES, 2003, p. 73). Parece que o cuidado de Rosa apresenta movimentos instituintes e instituídos, a depender das conexões feitas por ela na equipe Palmeira. Há conexões produtoras de um cuidado subjetivo e outras não.

Atualmente Rosa não participa mais do grupo, porque começou a trabalhar há um ano. O trabalho foi oferecido por Cristiano:

Não, agora ela está trabalhando. E trabalhando com ele. Ele abriu um Pet... aí ele ofereceu uma oportunidade. Na verdade, eu fui na inauguração, elas (ACS e Rosa) foram para ajudar. Para decorar, para servir o pessoal na inauguração. Aí precisou de funcionário, aí ele convidou ela para trabalhar. (CINTHIA)

A equipe toma uma DECISÃO diante do distanciamento de Rosa da UBS pelo trabalho de ofertar um CARDÁPIO de outras possibilidades.

Aí vem só os acordos mesmo que a gente faz agora com ela... E as questões assim de... consulta a gente procura não atrapalhar, porque assim a gente percebeu a grande importância e valorização do emprego para ela nesse processo. Então, a gente procura, se ela não pode vir na consulta agendada, eu falo se tiver alterado eu te aviso, mas se tiver normal eu só vou deixar no seu prontuário. Então, esses, assim, para que ela não falte. Para que ela não perca oportunidade mesmo. (CINTHIA)

O movimento da equipe para reorganizar o serviço, reconhecendo Rosa e seu trabalho, parece ser um facilitador no processo de elaboração de cuidados diferenciados. Cuidado produzido na micropolítica das conexões entre ela e os profissionais de saúde, criando rupturas ao instituído na organização do processo de trabalho e serviço da UBS Jardim. Movimentos que parecem não ocorrer somente a Rosa mas também a outros sujeitos. Cinthia acrescenta:

[...] a gente tem essa sensibilidade não só para ela, mas quem traz essa queixa, que a gente sabe, né, é direito dessa pessoa passar no médico, a gente sabe disso. Mas a gente conhece o lado do empregador, que não entende isso. A gente abre horário fora da agenda ou traz, tipo, no acolhimento não é pra essa demanda, mas se a pessoa trabalha a gente abre essa exceção, se ele pode vir esse dia, por essa questão da importância do emprego.

Processos de autogestão são possíveis aos trabalhadores no encontro destes com os sujeitos. A autogestão possibilita aos trabalhadores utilizar os instrumentos necessários para gerenciar seu modo de trabalhar a partir de sua necessidade. São movimentos “instituinte-organizante” (BAREMBLITT, 2012, p. 153), em que os conhecimentos e as decisões são coletivizados, visando como produto final à vontade do sujeito a ser cuidado.

Rosa provocou a equipe com seu estouro, gerando intensidades e vetores que mobilizaram a equipe a convocar outros sujeitos para pensar e fazer a gestão do seu cuidado. Ao mobilizar o Nasf, podem ter acontecido rupturas na gestão. Linhas produzidas pela reorganização da agenda, do atendimento e da assistência dos profissionais da equipe Palmeira a Rosa, reconhecendo-a na construção de seu cuidado.

Porém, algo surge como pista nas falas. Será que essa flexibilização é para quem? Para o profissional ou para o sujeito? A flexibilização para algumas coisas é um respeito à diversidade da vida. “Se algo tiver alterado” haverá o encontro, “caso esteja normal” será deixado no “prontuário” para quando o sujeito tiver oportunidade e condições para buscar. Mas será que isso poderá entrar na repetição de ações como a renovação de receita médica?

Acredito em não pensar diferente, mas atuar no diferente. Devemos respeitar a “oportunidade” dos sujeitos que cuidamos abrindo rupturas ao instituído pelo serviço, pelo processo de trabalho. Porém, não podemos deixar de encontrá-los, de ouvi-los e permitir a “consulta”, devendo ter essa “sensibilidade”.

Ao término da construção do Fluxograma, no grupo começam a surgir processos de autoanálise:

A demanda com o Nasf foi pela ACS que já aposentou. Eu acho que isso que é legal, é um olhar do ACS que é uma pessoa poliqueixosa, quanto tempo ela foi para tantos especialistas, com uso excessivo da rede, e no especialista, tudo, e ela continua tendo o seu problema de coluna... Ela não tem mais a demanda para especialista. Ela tem trabalhado a dor e as questões que o emocional tem interferido nisso... Porque ela tem a hérnia, mas ela não tem mais a queixa de dor... não traz mais isso para a equipe. (CINTHIA)

A fala revela uma gestão do cuidado produzida como um rizoma, ao apresentar a diversidade dos olhares dos membros da equipe sendo valorizados para a construção do cuidado. Olhar que evidenciou um sujeito “poliqueixoso” que foi encaminhado para diversos especialistas para sanar sua queixa principal de dor e problema na coluna. Olhar carregado por um modelo biomédico, mas que não parou aí...

O fato de o sujeito em sofrimento mobilizar a equipe a pensar, fazer e viver a gestão do seu cuidado de outra forma produziu um movimento instituinte que fez a equipe acionar outro dispositivo para o seu cuidado, o Nasf. Fazer isso provocou na

equipe Palmeira um novo pensar o sujeito em sofrimento psíquico; de “poliqueixosa” se transforma em “bailarina”, bem como iniciam construções coletivas e compartilhadas com a protagonista para não “atrapalhar” sua vida e seu trabalho.

Hoje, Rosa parece ter desenvolvido estratégias para lidar com o sofrimento físico e psíquico devido ao compartilhamento, à responsabilização e à integralidade da assistência desenvolvida pela equipe Palmeira e pelos profissionais do Nasf, através de uma diversidade de encontros, ações, pensar e agir entre a protagonista e os profissionais.

Porém, pistas indicam que essas ações do Nasf, somadas a outras a que a pesquisadora não teve acesso, foram além e produziram na equipe uma ruptura devido à nova forma de olhar Rosa além de um sujeito “poliqueixoso”. Arrisco dizer que hoje alguns profissionais de saúde da equipe Palmeira identificam que a dor e o problema da coluna são necessidades de saúde muito mais amplas que precisam ser exploradas no cotidiano de cuidados. A equipe percebeu que as questões do sofrimento psíquico estavam interferindo na vida de Rosa, sendo o motivo principal da busca incessante dela à UBS Jardim.

Saída

A saída foi vibrante, demonstrando o bailar de Rosa na construção e condução de seus cuidados. A ACS Margarida conclui que, mesmo diante de cuidados biomédicos de encaminhamentos e exames: *“Mas é nesse vai e volta do serviço que ela conseguiu se reencontrar... Até trabalha... Nesse vai e vem ela conseguiu até serviço”*.

O acompanhar da gestão do cuidado na dimensão profissional demonstra forças instituídas pelas condutas num modelo biomédico, necessário em alguns momentos na vida de Rosa para o seu processo saúde-doença, sendo gerador de afastamento pelo INSS, definição de diagnóstico para laudo a benefícios sociais. Porém, as dores não cessavam, só aumentavam, bem como a busca constante ao serviço. Até o momento em que aquela dor é envolta no movimento de uma bailarina e essa dor e busca são (res)significados.

Neste mapa, são reveladas linhas de forças que ora homogeneízam o cuidado a modelos biomédicos ora capturam o exercer dos profissionais por dispositivos como níveis de atenção, tempo, intensidade do sofrimento, produtividade e ora possibilitam uma diversidade de encontros e heterogeneidade de ações por dispositivos como o AM, Nasf e o Fórum presentes na RAS.

Observo que ocorre um jogo de tensões entre forças instituintes e instituídas, levando os profissionais, gestores e sujeitos a produzirem arranjos no modo como produzem ou recebem o cuidado (FRANCO, 2006). Tensões existentes que ora são conservadoras ora capturam ora libertam e produzem vida e saúde (FRANCO; MERHY, 2013).

A transversalidade parece ser possível nos momentos de encontros da SM na AB, nos espaços: da reunião de equipe com a discussão de cuidados, nas reuniões compartilhadas com os profissionais do Nasf, nas consultas compartilhadas entre ESF e Nasf e do Caps, nos grupos educativos e principalmente na conexão de Rosa com a equipe do Nasf e a equipe da ESF. Movimentos que parecem ser produzidos por Rosa ao provocar os profissionais a (re)pensarem seu cuidado.

A protagonista, ao realizar a conexão com o Nasf, principalmente com o educador físico, hoje se apresenta com uma “postura” “mais leve” e “agradável” à equipe, que parece que compartilha e se responsabiliza, por identificar ações que poderiam “atrapalhar” o trabalho dela. Hoje, há indícios de que a equipe procura construir com ela o cuidado e organizar o serviço para que ela não perca a oportunidade de vida.

O Nasf e a equipe trouxeram possibilidades somadas a vários outros elementos e atividades do cotidiano de Rosa, que ganhou um novo entendimento de seu sofrimento, produto de uma possível reabilitação psicossocial, quando foi colocada como cidadã, trabalhadora e gestora de sua vida e saúde.

Há indicativos de que Rosa passa por outro processo em sua vida, uma nova etapa de constituição como sujeito está sendo possível pelas conexões que estabeleceu no seu bailar pela UBS Jardim. Uma nova profissão, uma (res)significação e um reposicionamento de sua dor e sofrimento psíquico. E processos outros que podem e devem vir...

A saída de Rosa foi graciosa. Seu bailar nas conexões que foram sendo estabelecidas fizeram a “*poliqueixosa com sofrimento psíquico*” (Cinthia) encontrar a “*bailarina*” (Margarida). Bailando como “*Rainha da Primavera*” (Cássia), bailando sua dor, dor bailarina.

A implicação da pesquisadora pode ser evidenciada quando Margarida fez o convite à pesquisadora: “*Se você for na casa dela vai ver, é parecendo uma boate até, é toda colorida agora. Só vive ela e o marido. Você tem que ir lá ver*”. Monceau (2008), em uma discussão sobre o conceito implicação, esclarece que a pesquisa produz novos resultados quando os sujeitos da pesquisa convidam o pesquisador a entrar no lugar onde se dá a produção do objeto da pesquisa. Naquele momento a pesquisadora evidenciou o processo de intervenção possibilitado pela cartografia.

4.3 Mapa Viver a Gestão do Cuidado: Descobrindo a Bailarina

Neste mapa apresenta-se a narrativa do caso traçador e as pistas do acompanhar da pesquisadora na dimensão individual. Acompanho o relato de Rosa com a intencionalidade de acompanhar a gestão feita para ela.

A apresentação foi realizada com base na entrevista semiestruturada individual com o caso traçador do Fluxograma Analisador, na análise do diário de campo e em discussões no Grupo de Pesquisa, conforme descrito no Navegar Metodológico.

O mapa foi nominado pela pesquisadora de Viver a Gestão do Cuidado, pois, na dimensão individual da gestão, há possibilidade de o sujeito desenvolver estratégias para livrar-se das “[...] determinações sociais mais amplas, e que se traduziria na conquista, em maior ou menor medida, de graus ampliados de autonomia, de processos de cuidar de si, de viver a vida de forma mais plena” (CECILIO, 2011, p. 591).

A história de Rosa não é fácil narrar, pois se trata da vida, do real, dos acontecimentos do passado e do presente e das projeções futuras sendo contados e abertos a um estranho. Há alguns fatos de que Rosa não se lembrava completamente ou evitava falar por serem tristes e difíceis de reviver. A entrevista foi sendo conduzida percebendo os momentos que a protagonista gostaria de abrir à

pesquisadora, sendo às vezes uma (re)descoberta de si mesma ao reviver os movimentos de seu bailar pela vida.

O processo de agendamento foi demorado porque as folgas de Rosa às vezes não coincidiam com as da pesquisadora. Levou cerca de três meses após a construção do Fluxograma Analisador para o esperado e ansioso encontro. Período importante, pois revivia e reencontrava Rosa sempre no olhar dos trabalhadores, planejando como poderia ser o momento e torná-lo o mais acolhedor possível.

A princípio, o agendamento ficou a cargo de Cinthia e de Margarida, porém, devido ao tempo, férias de Cinthia, dias festivos, o trabalho de Rosa e o meu, os agendamentos não coincidiam e não ocorriam. A comunicação estava difícil entre nós. Então, Margarida acordou com Rosa que eu ligaria e agendaria. Assim o fizemos, liguei para Rosa e uma voz amorosa atendeu e agendamos a entrevista. Preferiu que o encontro ocorresse na UBS.

No dia e horário marcados, compareceu à UBS. Todos a conheciam, logo a levaram à sala onde eu a aguardava. Margarida foi quem nos apresentou. Chegou com um largo sorriso, simpática e demonstrando abertura à entrevista. Estava com um vestido florido, um casaco de um tom claro, os cabelos soltos com cachos bem definidos, mais claros que os tons de seu cabelo, maquiada num tom leve igual às flores de seu vestido. Meu primeiro olhar identificou uma mulher decidida, segura, alegre, amável e de fácil entrosamento. Um pouco distante de como havia imaginado.

No Mapa Pensar e Fazer a Gestão do Cuidado, elementos trazidos pelos profissionais de saúde construíram a ideia para a pesquisadora de uma Rosa com problema de coluna, poliqueixosa, acima do peso, baixa autoestima, fechada. Demonstrou-se o oposto.

O encontro provocou na pesquisadora uma necessidade de descobrir quem seria o sujeito do caso traçador e um reposicionamento, porque o encontro foi pensado para um sujeito introvertido, com poucas falas. Como a preparação para desenvolver a pesquisa foi intensa com as leituras, as reflexões e as conversas no Grupo de Pesquisa, logo me distanciei do planejado e deixei que aquele momento guiasse os passos da pesquisa e da pesquisadora.

Na sala, ela se sentou, perguntei se poderia fechar a porta para não sermos interrompidas e mantivesse sua privacidade. Ela concordou. Sentei a sua frente e comecei a explicar sobre o objetivo da pesquisa e como foi a escolha para a participação dela na pesquisa. Respondeu que Margarida tinha explicado e que estava muito feliz por ter sido escolhida, pois tinha grande “*amor pela equipe*” Palmeira (Rosa).

Expliquei à Rosa sobre a necessidade de uso do gravador, para que meu olhar e minha atenção ficassem sempre envoltos nela, evitando perdas nas suas falas, em seus gestos e sentimentos. Rosa, com voz carinhosa, respondeu que não havia problema, entendendo a necessidade daquele instrumento entre nós. Em seguida, realizei orientações sobre a pesquisa, ela assinou o TCLE e iniciei com a entrevista semiestruturada.

A narrativa que se segue foi organizada nos movimentos que a bailarina Rosa realizou no seu dançar pela vida. Bailarina, pois os sujeitos da pesquisa, o grupo de profissionais de saúde que participaram do fluxograma, caracterizam-na assim: “*A bailarina*” (Margarida). Trago os nomes do *ballet* e seus significados, representando a trajetória de vida de Rosa. Utilizo como referência os movimentos de *ballet* definidos pelo *site* Mundo da Dança (2016).

Os movimentos utilizados do *ballet* foram: *arrière, temps levé, retiré, temps lié, sauté, jeté, raccourci, pas de deux, adage, avant*.

Um movimento *arrière, en* (movimento para traz) foi solicitado à Rosa: acessar as memórias alegres, tristes, os apoios, as aflições, os cuidados prestados à sua saúde e vida. Rápida e alegremente, aceita o convite, um *arrière, en* se realiza.

Rosa, sexo feminino, 54 anos, casada há 25 anos, sem filhos, vive com o marido Bernardo, atualmente trabalha em Pet Shop. Ia terminar a 8ª série, mas parou o supletivo. Não se sentiu motivada a terminar, pois achava estar velha para isso e estava com dificuldades de realizar os trabalhos propostos, uma vez que exigiam o uso de internet e computador, algo que não tem em casa. Iniciou supletivo para estimular esposo que não tem quase nenhum estudo, porém desistiram.

Sua profissão inicial foi como cabeleireira, porém relatava muitas dores na região lombar nesse trabalho. Os médicos da UBS Jardim identificaram a presença

de hérnia de disco e indicaram evitar trabalhos que piorassem sua dor. Decidiu então parar de trabalhar como cabeleireira e começou a vender Yakult pela vizinhança; andava muito durante o dia, mas gostava do que fazia. Quando a dor piorou, devido ao nervo ciático, teve que ficar de cama por um longo tempo; foi quando conseguiu afastamento do serviço e começou a receber benefício do INSS.

É católica praticante. Segunda filha de uma prole de dois, sendo Pedro o primogênito. Pedro e José, pai de Rosa, moram na mesma rua que ela e Bernardo. Tem uma ótima relação com todos. José mora no quintal de Pedro, que é casado com Isadora, e tem três filhas, Samanta, Daiane e Dora. Rosa, que fica mais com José, porque o leva ao médico, ajuda com a medicação e o leva a passeios pelo bairro em que moram.

Rosa conta uma infância e adolescência sofridas por ouvir coisas à noite, como passos pela casa e ver coisas chegando ao pé de sua cama. Situação que a deixavam nervosa e irritada. Não consegue descrever ao certo como eram essas possíveis visões e escutas, só lembrava que causavam muito sofrimento a ela e sua família. Relata que gritava muito à noite, não dormia sozinha, exigindo que familiares dormissem com ela. José sempre trocava de lugar com Rosa, indo dormir em sua cama, e ela dormia com Cida, sua mãe.

Depois eu fiquei adolescente. A mesma coisa... Eu não dormia, eu não deixava minha mãe dormir... Eu não deixava meu pai dormir. Porque eu via as coisas. Eu via... Chegava na beira da minha cama. Eu via... Andava pela casa. Eu via assim luzes... Eu via um monte de besteiras. Então aquilo me perturbava muito. Então, aquilo, meu pai tinha que trocar de lugar... eu dormia com minha mãe... Meu pai dormia na minha cama porque eu não dormia. (ROSA)

Em discussões no Grupo de Pesquisa, a fala acima gerou inquietações e trouxe alguns questionamentos nas relações familiares que poderiam parecer nebulosas, mas que no encontro com o sujeito da pesquisa não foram esclarecidas e não surgiram no olhar da pesquisadora. Diante disso, a narrativa segue os movimentos feitos pela bailarina, Rosa para a pesquisadora.

Um movimento, *temps levé* (tempo levantado, salto em um só pé), gerou intensidades na vida de Rosa. Conta que, por volta de 21 anos, Cida percebeu que seu sofrimento não era algo comum e procurou a Santa Casa X, local já conhecido na trajetória de cuidados de Rosa. Conta que realizava tratamento de cistos

ovarianos no período em que os sofrimentos decorrentes das vozes e visões se intensificaram, conforme relatado no trecho acima.

Cida parece que coordenava os cuidados de saúde, procurando serviços na tentativa de promover soluções às necessidades de saúde apresentadas pela filha. Temos um movimento apoiado, levantado na gestão do cuidado à Rosa, realizados por Cida.

Sua menarca ocorreu aos 8 anos, momento que causou muito sofrimento a Rosa, pois as cólicas e o fluxo menstrual eram bem intensos. Somente por volta de 20 anos começou o tratamento de cistos ovarianos na Santa Casa X, antes disso sofria com as dores das cólicas. Cida, durante os acompanhamentos nas consultas médicas programáticas na Santa Casa, relatou ao médico as visões e vozes que a filha tinha.

Foi encaminhada pela primeira vez ao psicólogo e ao psiquiatra, realizava terapia três vezes por semana; porém, parou tratamento por ser puxado e de difícil acesso. Moravam na região leste da cidade São Paulo e a Santa Casa X estava no centro da cidade. Fez tratamento por 2 anos para o sofrimento psíquico, e recebeu prescrição médica e indicação de terapia individual; refere ter parado o tratamento porque o local era longe de sua residência e porque o uso da medicação a deixava “viciada”:

Passaram medicação porque, assim, eu só dormia com a medicação... Porque... Para não ficar perturbada... Pra aquela coisa... Só que o médico achou que eu estava viciada, que eu era muito nova pra viciar em remédio. Ele foi diminuindo a dosagem... Em vez de eu tomar todo dia à noite, eu tomava uma sim uma não. (ROSA)

As ações de cuidado ao sofrimento físico e psíquico ofertado a Rosa apresentavam preferencialmente naquela época, década de 1980, um uso maior da tecnologia dura e leve-dura. Era atendida, medicada ou encaminhada a especialidades. Rosa exemplifica em sua fala que os profissionais passavam medicação, se preocupavam com a dependência dela ao remédio, mas suas práticas continuavam pela tecnologia dura e leve-dura de diminuir a dosagem e alternar o consumo do remédio.

Merhy (2013, p. 73) aponta que de acordo com o arranjo tecnológico que se faz no momento do encontro do profissional com o sujeito, na “micropolítica do

trabalho vivo em ato”, pode-se produzir um sistema de qualidade com valorização do sujeito, efetividade no “[...] controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema, e desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo [...]”. Sempre se usou e são usadas as três tecnologias do trabalho em saúde (dura, leve-dura e leve); a questão é o peso que se dá a cada uma, em cada cuidado, conforme o modelo tecno-assistencial (MERHY; FRANCO, 2013, p. 125).

Outro fator que dificultava os cuidados era a distância entre os serviços de saúde e o local de morada de Rosa e familiares. Na década de 1980, o Brasil passava por uma crise econômica e financeira da Previdência Social, provocando a necessidade de uma reforma no setor saúde; a assistência era de responsabilidade da gestão estadual e havia uma dificuldade da gestão municipal em ordenar e coordenar a rede de assistência. A implementação do programa de “Ações Integradas de Saúde (AIS), que buscava a reorganização institucional da assistência à saúde [...] teve um papel fundamental na consolidação dos caminhos da APS no Brasil” (MELO, 2009, p. 120). Desta forma, no período em que Rosa realizava acompanhamento na Santa Casa, as discussões estavam iniciando para a reestruturação de uma rede de cuidados pensada na gestão municipal dos serviços de saúde.

Neste momento temos dois movimentos concomitantes no bailar de Rosa. O *retiré* (retirado) e o *temps lié* (tempo ligado, sequência de movimentos que se ligam suavemente uns aos outros). O movimento de *retiré* foi o tratamento de cisto ovariano nos dois ovários. Rosa refere que aos 21 anos a proposta de tratamento foi histerectomia total para ser eficaz no controle dos sintomas ginecológicos. Temos o movimento de retirada, proporcionado pelo histerectomia total, retirando de Rosa algumas possibilidades, como a de ter filhos. Descreve muito sofrimento até esse tratamento efetivo, o que potencializava o sofrimento psíquico, desencadeando depressões constantes, que foram identificadas pelo psicólogo e pela psiquiatra que a acompanhavam na Santa Casa:

Porque eu comecei a tomar anticoncepcional e eu comecei a menstruar o mês inteiro... Era uma cólica que eu nem podia colocar o pé no chão... E eu tive que parar com aquilo, porque até quase me deu anemia profunda. Então, de tanto que eu menstruava... Então, isso tudo já tinha um problema da... depressão... já foi, foi, deixando pior... cada vez pior... Aí, assim... eu não queria papo com ninguém. Não queria conversar com ninguém, eu sempre fui mais irritada, qualquer coisinha pra mim era o suficiente para mim ficar gritando, irritada, nervosa [...]. (ROSA)

Questionamentos surgem na pesquisadora: como fica a mulher aos 21 anos com uma cirurgia dessa?

Uma revisão bibliográfica realizada por Sousa et al. (2013, p.120) sobre o procedimento cirúrgico ginecológico da histerectomia na sexualidade das mulheres identifica que pode causar problemas sexuais, como dor pélvica, dispareunia e alterações emocionais. E acrescenta que por mais que as mulheres submetidas ao procedimento sintam alívio aos incômodos que tinham antes da cirurgia, posteriormente podem apresentar comprometimento na sexualidade devido à “[...] identidade social e de gênero e da falta de conhecimento de seu corpo, dos órgãos e suas respectivas funções [...]” (SBROGGIO; OSIS; BEDONE, 2005, p. 270).

Melo e Barros (2009, p. 80), no estudo sobre o simbolismo do útero e suas repercussões na sexualidade da mulher, revelam a associação do “útero à reprodução”, desencadeando repercussões na sexualidade, como a “falta de desejo e prazer sexual”, mas que mesmo assim os sujeitos da pesquisa recomendariam o procedimento, porque o “[...] útero passa a ser visto como ameaçador e até indesejável quando não mais desempenha sua finalidade reprodutiva” (MELO; BARROS, 2009, p.92). A pesquisa identificou entre as participantes um “[...] silêncio que ronda o corpo feminino e acompanha sua relação com o sexo, o que pode repercutir no não reconhecimento da sexualidade da mulher, contribuindo para a dificuldade que a mulher tem para lidar com este tema” (MELO; BARROS, 2009, p.89).

Rosa traz em sua fala todo o sofrimento pela doença do útero, e como após o procedimento cirúrgico isto trouxe alívio para seus sintomas físicos. Porém, nos movimentos da bailarina, existe um silêncio presente, silêncio sobre como a cirurgia repercutiu em sua vida, na sua sexualidade, no seu corpo e na sua relação com o sexo.

No caminhar das entrevistas, Rosa demonstra que aprofundar nas questões da histerectomia e de não ter tido filhos poderia não ser o querer dela no momento. Parece que esse processo ela gostaria de manter escondido, não ser revivido. Em silêncio. Seguindo as intensidades que circulavam, paramos a conversa sobre o procedimento a que foi submetida ao responder para a pesquisadora que havia sido bom o procedimento cirúrgico porque melhorou as cólicas menstruais e o fluxo intenso.

Mas Rosa produziu um *temps lié* ao começar a realizar associações com movimentos em sua vida que tinham ligação com seu sofrimento psíquico. Associa o sofrimento psíquico por ser uma

[...] pessoa muito sofrida na vida [...] sou uma pessoa extremamente nervosa e ansiosa. Você pode ver que eu sou ansiosa. Então, eu sempre fui assim... E minha mãe tinha muito medo, porque eu enfrentava qualquer coisa... Eu era terrível. Eu não sei se é ruindade também e minha família é tudo louca sabe... Meu tio já se enforcou, meu primo já se enforcou, ficou internado no manicômio por 2 anos... Então, quer dizer, eu já venho de uma família meio louca [risos]... Então, não é nem de reparar sabe.

Como ela me instigou, não a senti tão ansiosa assim.

O sofrimento é causado pelas visões, escutas que ocorrem, e as depressões que estão relacionadas ao fato de ela já ser uma pessoa difícil de lidar, ansiosa, irritada e nervosa e com histórico familiar de sofrimento psíquico.

Rosa repete duas vezes que sua família “é tudo louca”, “meio louca”. Fala assim e ri. Neste ponto da apresentação da entrevista, fico com a fala dela mesma: “então, não é nem de reparar sabe”.

Não é fácil precisar o início dos quadros depressivos, das visões e escutas de Rosa. Segundo ela, há episódios de sua vida que agravavam a situação, levando a um sofrimento maior, mas que rotineiramente ela aprendeu a lidar com esses sentimentos. O diagnóstico de depressão foi identificado no acompanhamento de Rosa na Santa Casa. O sentido que esse termo apresenta para a protagonista retrata o isolamento social, desânimo intenso, falta de apetite, irritabilidade e nervosismo fácil com outras pessoas e pequenas coisas da vida. Descreve:

Você não tem prazer com nada. [silêncio]. Você não tem vontade de conversar, você não tem vontade de sair... Você não tem vontade de nada, nada... Tinha dificuldade de relacionar com outras pessoas, nem conversar eu sabia conversar.

No curso da entrevista, percebia uma negação da protagonista em relação ao sofrimento psíquico, sempre que tentava retomar as falas e aprofundar a conversa, ela fugia. Parece que não identificava como necessidade de saúde para ser discutida com os profissionais de saúde.

Meu problema maior mesmo é a coluna. Eu tenho um problema sério na coluna, eu tenho desgaste, eu tenho a coluna torta, eu tenho artrite, artrose. Eu tenho. Eu tenho... Tenho hérnia de disco... Eu tenho uma série de problemas na coluna... O meu problema é no nervo ciático. Por isso travei... Fiquei travada uns 15 dias sem poder andar. Então esse meu problema é o maior. (ROSA)

Rosa afirma que sua maior necessidade de saúde se refere ao problema da coluna, da hérnia de disco, e relembra outros: a artrite, a artrose e o do nervo ciático. Vale uma parada para tentar compreender algumas doenças apresentadas e buscar elementos heterogêneos nas referências clínicas e outras de cunho psicológico e emocional para revelar essas necessidades de saúde da protagonista. Uma parada que não visa aprofundar em conceitos ou termos, mas revelar outras possibilidades para olhar a gestão do cuidado à Rosa.

Artrite é um termo utilizado para definir um processo de inflamação da articulação e pode ser sintomas de inúmeras doenças, sendo importante realizar o diagnóstico da patologia que originou a inflamação. Já a artrose é uma doença que atinge cerca de 30% da população acima de 50 anos, sendo uma degeneração da articulação, devendo ser tratada o mais precocemente possível (NOVAES, 2016).

O nervo ciático é o maior do corpo humano e possibilita o “[...] movimento dos músculos das pernas, permitindo as articulações dos membros inferiores, além de ser responsável pelas sensações [...]” (ITC, 2016, p.1). A dor ciática é causada pela inflamação ou pelo dano no nervo ciático, normalmente decorrente de lesões degenerativas da coluna, como a hérnia de disco. Sujeitos que estão apresentando dor no nervo ciático podem apresentar alguns sinais e sintomas como: fraqueza muscular em uma ou nas duas pernas, mudar o padrão de caminhada, perder o controle da urina, formigamento, sensação de queimação, perda de sensibilidade ou redução dos reflexos da região atingida, dentre outros (ITC, 2016).

O problema da hérnia de disco que produziu uma dor ciática em Rosa que a faz travar produziu uma fraqueza muscular nas suas pernas, impedindo a bailarina de exercer seu caminhar pela vida e pelo bairro, afastando-a do trabalho como vendedora de Yakult.

A protagonista traz a hérnia como principal problema que a impede de realizar seus afazeres e sua profissão. Relata também ser uma pessoa “muito sofrida na vida”, com dificuldade de socialização, “extremamente nervosa e ansiosa”, e que sempre enfrentou tudo sozinha, sem medo. Parece que Rosa tem dificuldade de realizar o que gosta, de dedicar-se a si mesma, dando-se o direito a ser feliz porque “era muito terrível” e tinha uma “ruindade”.

Mas o que aconteceu com Rosa que a transformou na bailarina? Uma bailarina com hérnia de disco e uma “ruindade”...

O problema da hérnia de disco é movimento importante na vida de Rosa, que a vincula à UBS. *“Tenho que agradecer muito a Deus e à equipe aqui também... Tenho muito que agradecer”*. Mas, antes de narrar tal situação, o movimento foi o *sauté* (saltar, pular), que gerou intensidades e apresentou um ponto final de sua infância e adolescência para o início de uma vida adulta, tornando-a gestora de sua vida e dos cuidados de sua saúde. Movimento em que há um salto, sozinha, apoiada nos dois pés.

Seu casamento, aos 28 anos, torna-a responsável pela sua vida e saúde. Antes, sempre há relato da figura materna guiando os passos de Rosa no cuidado à sua saúde. Mas, com o casamento, os relatos demonstram seus movimentos, sozinha, para a gestão de seu cuidado.

Então eu casei... Só que é, assim, eu via, eu deitava na minha cama, eu via aquela coisa sabe? Toda noite eu deitava na minha cama, do meu lado aquilo. Uma perturbação miserável... Eu ouvia vozes na janela. Sabe. Aquelas coiseras todas... Sempre foi assim! Eu sempre fui de ver as coisas. Eu não sei se eu vejo mesmo, se é imaginação. Eu não sei. Só sei que eu sinto, eu vejo e até hoje eu vejo. (ROSA)

Rosa neste trecho parece que tem dúvidas sobre as coisas que vê e a perturbam. Aprofundo com ela se essas dúvidas e sentimentos foram alguma vez levados aos profissionais de saúde que cuidaram e cuidam dela, e Rosa responde: *“Meu problema maior mesmo é a coluna”*; refere que essas situações não foram trazidas à tona aos profissionais, pois não representam um problema de saúde para

ela, somente *“Na hora só. Porque, assim, eu como tenho muita fé em Deus, como Deus já me libertou de tantas coisas, eu tenho certeza que ele vai me libertar de vez disso daí”*.

Durante a entrevista, Rosa vai trazendo as situações de sua vida que a moviam e outras vezes não. Esclarece que a equipe Palmeira não percebia o sofrimento que apresentava. *“Não, porque é assim... Eu, eu fazia de tudo para demonstrar que eu não estava! Sempre procurando estar sorrindo, estar sempre brincando”*. E esclarece como lidava com o sofrimento psíquico: *“Aí, eu tenho que achar um refúgio, então eu saía! Saia pras lojas, ficava o dia inteiro na rua... Olhava roupa. Entrava na loja de um real, ficava olhando, pra distrair! Aí, eu fui descobrindo que isso me distraía bastante”*.

Rosa no encontro com os profissionais de saúde procura não demonstrar suas angústias e aflições; criava estratégias em outros lugares para achar refúgios a seu sofrimento.

Dalmolin (2006, p. 196) conclui que os protagonistas de sua pesquisa constroem no mundo urbano seus projetos sociais e subjetivos, e

[...] vivem fraternalmente e apropriam-se da cidade de tal maneira, que podem não só viver nela como, ainda, estabelecer estratégias de vida, de reforço de suas referências, de escolhas, o que torna esse “pedaço” um exercício vital para enfrentar outros momentos da existência.

A protagonista desta Tese desenvolve no seu território e meio social as estratégias de refúgio aos momentos de sofrimento. Sai em busca de um espaço que fosse libertá-la para enfrentar esses momentos da existência.

Dúvidas são lançadas pela pesquisadora: será que não seria bom que esses sentimentos fossem escutados e cuidados, não apenas medicados, nominados, diagnosticados?

O movimento de *jeté* (lançado, atirado, solto de uma perna para outra) aparentemente parece muito comum no bailar de Rosa com os profissionais de saúde durante alguns anos. Parece que as necessidades de saúde de Rosa eram submetidas a encaminhamentos, de modo que ela era lançada, atirada para especialidades médicas e exames laboratoriais e de imagem. Rosa não lembra com qual idade ou em que ano procurou a UBS Jardim referência de sua residência para

tratar o problema da coluna, mas recorda que foi após o casamento, em torno dos 35 anos, na década de 1990. Foi encaminhada ao ortopedista, neurocirurgião, cogitada uma operação da coluna no Hospital Y. Neste momento, houve a constatação de hérnia de disco e artrose, então recebe laudo médico de Roberto, que na época fazia parte da equipe Palmeira, e se afasta pelo INSS em função da piora do quadro por dor ciática.

Relata que estava tudo preparado para a operação na coluna, mas desistiu, não quis. *“Porque eu falei, Deus é maior, eu vou ficar bem e não vou precisar operar... O médico me respondeu... Problema seu, quem tá sentindo a dor é você!... Então, doutor, pode deixar quieto”*. Neste momento Rosa abandona o tratamento, para com as medicações e volta à UBS Jardim, na qual é encaminhada ao tratamento fisioterápico e grupal.

Os profissionais de saúde que acompanhavam Rosa durante sua trajetória de cuidados até o momento se utilizaram preferencialmente de linhas de força do modelo biomédico para oferecer tratamento às suas queixas. Tecnologias dura e leve-dura importantes para identificar os motivos das dores lombares constantes, levando-a a conseguir afastamento do trabalho, como vendedora de Yakult, e realizar escolhas na gestão de seu caso, evitando a operação da coluna. Porém, algo além das dores a fazia retornar à UBS Jardim. Ela provoca um certo movimento nos profissionais.

Ressalto a narrativa do quarto movimento de *jeté* num parágrafo, mas que levou anos para ocorrer. Relembro que a intenção é cartografar os movimentos. Movimentos que ocorrem simultaneamente, alguns podem ocorrer antes, outros depois, porque falamos da vida. E na vida o mais importante é a composição dos movimentos que ocorrem e vão guiando nosso navegar.

Carvalho e Franco (2015, p.880), numa cartografia sobre os caminhos de um sujeito nos serviços de saúde mental, relatam: “[...] que mais chama atenção é o fato de que o usuário pesquisado é um grande protagonista na construção de sua rede, do seu cuidado, criando, a partir disso, novas possibilidades de existência”.

Parece que Rosa vai fazendo escolhas sobre o seu cuidado, construindo as relações, as conexões, sua rede de cuidados e movimentando a gestão do cuidado. Provocava os profissionais de saúde ao retornar várias vezes à UBS Jardim. O

“sujeito-pipoca”, poliqueixoso, estourava e fazia um barulho na equipe Palmeira, fazendo-os rever as ofertas do serviço e do cuidado.

O movimento de *raccourci* (encolhido) gerou intensidades que agravaram o sofrimento psíquico, levando à necessidade de intervenções medicamentosas e terapêuticas. O falecimento de sua mãe, Cida, que ocorre em 2001, aos 39 anos de Rosa. Esse fato é contado com grande emoção, choro persistente e sofrimento “*Desculpa... [choro]... Mas é uma coisa que dói... dói muito!*”. Neste momento de sua vida, Rosa se recolhe:

[...] tive que aguentar meu irmão que entrou em depressão. Meu irmão tomou umas cartelas de remédios. Sabe. Eu tive que ajudar. Acudir... Sabe, eu era muito apegada a minha mãe.... Aí, Deus me deu tanta força pra ajudar meu pai, o meu irmão... Apesar que eu fiquei muito mal... Mas eu chorava calada. Sozinha. Sabe [...]. Aí que depois eu entrei em depressão total. Depois que todo mundo ficou bem, eu fiquei mal.

O sofrimento psíquico levou a protagonista a entrar em desnutrição, insônia, ideação suicida, uma depressão severa. Procurou ajuda na UBS Jardim, sendo encaminhada pelo médico Roberto ao Caps. Rosa relembra “*ele foi lá conversou, tudo. E me encaminhou para lá. Aí eu fiquei um tempo lá*”. O médico que acolheu o caso de Rosa realizava contatos telefônicos frequentes com o Caps para manter o tratamento de Rosa tanto pela Atenção Básica como pelo Caps, assegurando sua recuperação.

No Mapa Pensar e Fazer a Gestão do Cuidado, a pesquisadora ficou com a dúvida de qual situação na vida de Rosa levou os profissionais de saúde a produzirem a conexão e o encontro com outros dispositivos para o cuidado, e aqui encontrei uma das possíveis respostas: o “sujeito-pipoca” estava vivenciando um processo de sofrimento devido ao falecimento de sua mãe, à qual era muito apegada, o que exigiu dela acudir outros membros da família.

O tratamento do Caps ocorreu por 6 meses

Passava com o psiquiatra lá. Passava com ele. A medicação tudo forte que deixava você meio louco [...]. Depois eu não sei nem o que aconteceu que eu não fiquei lá. Eu não sei... Eu não sei se eu desisti... Eu não sei... Eu não sei exatamente o que aconteceu. (ROSA)

Difícil ela saber o que aconteceu, já que o medicamento era tão forte que a deixava “meio louca” (Rosa).

A gestão do cuidado toma novos rumos ao produzir novas conexões entre os profissionais e outros equipamentos de saúde para pensar e fazer as ações de cuidados. Rosa, o “sujeito-pipoca”, provocou reações na equipe que escutou o estouro da protagonista sendo lançado a procurar novas estratégias para seu cuidado, produzindo uma reação em cadeia de convocações de outros profissionais (psiquiatra e psicólogo) e serviços (Caps).

O AM utilizado para trocas de saberes, práticas, responsabilização e compartilhamento do caso entre equipes (Caps e ESF) para a ponte entre os equipamentos produziu uma travessia de Rosa de um ponto a outro da RAS, mas não parecer ter trazido mudança significativa no modelo assistencial. Quando pensamos em elementos que disparam mudanças no modelo de atenção, falamos de dispositivos que produzem novos fluxos de assistência, novos cuidados, levando a uma ruptura ao instituído (BETOLLI; LAVRADOR, 2012). Para a equipe há indícios de novos fluxos de assistência, mas na produção do cuidado havia predominância das tecnologias dura e leve-dura. Rosa responde a isso e produz uma ruptura no proposto para seu cuidado abandonando o acompanhamento no Caps e as medicações que a deixavam “louca”.

Neste momento, a ordem cronológica se perde; Rosa não traz o movimento que a fez parar o tratamento e ser novamente reencaminhada a outro serviço de nível ambulatorial para o seguimento de seu tratamento, ficando uma lacuna nesta narrativa.

Como dito no início, há questões que a protagonista preferiu manter escondidas, encobertas durante o encontro com a pesquisadora. Sinais foram apresentados de situações que Rosa preferia manter em sigilo, como: as vivências com o marido, o irmão, o pai e outros membros da família; sua relação com a sexualidade; seus sofrimentos como eram desencadeados. Respeitando o silêncio de Rosa e seus sinais de fuga, a narrativa seguiu os movimentos que a protagonista fez ao relacionar-se com a equipe de saúde.

O movimento de *pas de deux* (passo de dois) apresenta uma frequência com os atuais profissionais de saúde que acompanham Rosa. Movimento a dois, pois a equipe acompanha Rosa de forma compartilhada com outros profissionais e com ela.

O movimento traz o acompanhamento de Rosa com o psiquiatra, em nível ambulatorial, encaminhamento feito pela médica generalista Hortência, atual profissional de saúde da equipe Palmeira na UBS Jardim. O tratamento foi prolongado no Ambulatório X, que culminou com o agravamento do quadro de saúde da coluna. *“Então, ela (Hortência) sempre passando medicação. Só que, assim, depois que aconteceu isso eu fiquei ruim da coluna. Sabe aquela história... Aí veio tudo junto”*. Neste momento, o já citado laudo de INSS foi acrescido ao sofrimento psíquico que Rosa não sabe referir o nome, diz não se lembrar. Mas afirma que o encaminhamento foi devido à insônia e depressão.

A protagonista ressalta durante a entrevista que a busca por ajuda profissional ocorria devido à depressão, ansiedade, ao nervosismo e à insônia. Nenhum momento há falas dela com os profissionais de saúde sobre as vozes e visões que tinha, somente afirmando existência disso e como ela foi criando estratégias para lidar com o momento do sofrimento.

Durante um bom tempo, que não fica claro na entrevista, *“ela (Hortência) me passava medicação. Trocava medicação. Passava o remédio... Quando não dava pra passar. Era difícil marcar o retorno... Às vezes estava de férias”*. Há trocas contínuas da receita dos medicamentos e laudo para INSS, sendo ofertado a Rosa acesso fácil para a Hortência e outros membros da equipe (Cinthia e Margarida).

O acesso oferecido à protagonista pelos profissionais possibilitava a repetição de receita, a troca de medicação. Mas, simplesmente a renovação de receita sem sentir, olhar e perceber o outro estaria sendo uma prática da gestão do cuidado?

O estudo de Caçapava (2008, p.18) mostra que os trabalhadores das ESF, embora reconheçam os “[...] fatores sociais como determinantes [...]” do processo de adoecimento e saúde da população, concebem que a “[...] finalidade do cuidado realizado era compensação” do sujeito do sofrimento, sendo o diagnóstico e a prescrição de medicamentos os dispositivos mais valorizados para as ações no campo da saúde mental. *“Tenho que agradecer muito a Deus e à equipe aqui também. Tenho muito que agradecer. E eu sou uma pessoa muito grata também. Eu sei onde as pessoas fazem o bem pra mim e eu não esqueço nunca.”* (ROSA).

A equipe, ao se demonstrar disponível para Rosa, fazendo a troca de receitas, uma vez que ela sabe “onde as pessoas fazem o bem”, faz com que ela crie mais vínculo e desenvolva uma relação afetuosa, pois “tem muito que agradecer”.

Há indicativos de que as ações desenvolvidas por Hortência têm o predomínio de linhas de força do modelo biomédico por identificar a necessidade do sujeito em sofrimento psíquico por práticas em saúde de prescrições medicamentosas, laudos médicos e acesso fácil para renovação das receitas. Porém, observa-se a valorização de Rosa diante das ofertas tecnológicas e do fácil acesso produzido pela médica. Ação que parece produzir satisfação para aquele momento de Rosa, o qual reconhece e valoriza “o bem” que lhe é feito e “não esquece nunca”.

O movimento de *adage* (movimento lento e gracioso essencial para elevar a capacidade de sustentação além do desenvolvimento do equilíbrio) apresenta-se muito importante para Rosa. *“Só que é, assim, eu não estava me sentindo bem com o remédio. Faltava alguma coisa, sabe”*: o encontro com os profissionais da Unidade de Apoio Ambulatorial e do Nasf.

Aí eu vim, comecei a fazer exercício... aí que eu comecei a melhorar a coluna. Comecei a ficar bem... Aí eu comecei a me entrosar com as pessoas, porque eu não me entrosava com ninguém. Eu era assim sabe uma pessoa amarga, isolada, que não queria, sabe... chorava muito. Não queria papo com ninguém, sabe... eu era uma pessoa muito assim, sabe... Aí comecei a brincar, a me envolver com as pessoas. A me envolver com a Sandra. Sabe, a Sandra foi um comecinho de tudo, assim. (ROSA)

Neste movimento a protagonista consegue ir além de seu sofrimento e de suas dores, atinge um equilíbrio pela socialização, pelo entrosamento no grupo e por se tornar uma pessoa alegre. Oposto do que era antes. Rosa descreve como primordial em sua vida essa conexão com a profissional da Unidade de Apoio Ambulatorial que estava alocada na UBS Jardim. Conexão produzida pela equipe Palmeira que solicitou a Sandra que a inserisse no grupo que realizava na UBS Jardim.

O encontro com outros profissionais e sujeitos parece que possibilitou a Rosa um novo entendimento e vivência de seu sofrimento psíquico e físico, permitindo desenvolver novas estratégias para a produção de sua saúde e posicionamento na vida, tornando-a mais feliz no seu viver.

A protagonista tem grande apreço e alegria pelos profissionais de saúde existirem em sua vida: *“Sabe, são pessoas que eu chegava para falar alguma coisa, eu chegava, eu chorava, me ajudava, me aconselhava, me ajudava e falava comigo. Sabe, são pessoas assim davam muita força e me deu muita forças”*. Ela se refere a todos que participaram da história de Rosa até aquele momento da entrevista (Hortência, Margarida, Cinthia e Sandra). E ainda revela o sofrimento pelo qual está passando por saber que Hortência irá para outra UBS:

Dói muito no coração de saber que as pessoas que você ama... porque você aprende a amar as pessoas, né. Vai embora. Isso dói. Isso dói. Muito... eu não queria que ela fosse... [choro]... A gente cria um laço, sabe, um laço mesmo! Laço de amizade, de gratidão, carinho, amor... A gente sente tudo, né. Não sei qual a relação deles comigo, né. Mas eu acredito que seja a mesma coisa, porque o carinho que a gente recebe é inexplicável, porque elas são demais, todas maravilhosas.

As conexões que Rosa estabeleceu na UBS Jardim apresentam-se criadoras de vínculo e acolhimento ao estabelecer laços de amor, amizade, carinho, respeito, abrigo e atenção com o sujeito.

Franco, Bueno e Merhy (1999, p. 346-347) revelam o acolher e vincular como dispositivos para questionar os processos “intercessores” construídos nas práticas de saúde, levando a uma “[...] responsabilização clínica e sanitária e à intervenção resolutiva [...]” para a “[...] otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença”. Os autores reforçam a necessidade da organização e do funcionamento do serviço de saúde para tornar o sujeito do sofrimento ativo na construção de seu projeto de cuidados ao ser escutado e acolhido por uma equipe multiprofissional que produza vínculos e compromissos com o sujeito.

A protagonista vai revelando como o acolhimento e vínculo com a equipe produzem movimentos no seu bailar pela vida. *“Assim, tipo assim, eu às vezes tava muito, assim, triste alguma coisa, assim, aí eu arrumava um jeito de vir aqui, aí eu conversava com uma, conversava com outra”* (ROSA). O conversar, acolher, ouvir do profissional de saúde produz no sujeito movimentos de alegria, amor, gratidão e uma (res)significação do momento do sofrimento.

No momento do encontro de Rosa com alguns profissionais de saúde poderá ter ocorrido “intersubjetividades” e “subjetividade”, produzidas pela tecnologia

relacional de vínculo, acolhimento, escuta e valorização do sujeito, produzindo um cuidado de potência e alegria (MERHY, 2013, p. 73).

Outro movimento de *adage* foi realizado por Rosa quando os profissionais do Nasf são inseridos no cuidado, estimulando ainda mais o equilíbrio no seu existir,

Então, eu cheguei fazendo exercício, tudo. Depois veio o Cristiano, foi a armação na minha vida [risos]. (ROSA)

O Cristiano veio... veio todas as pessoas do Nasf. Nossa menina aí foi uma maravilha. Nossa, melhorou muito a minha vida. A minha autoestima, melhorou a minha coluna, melhorou o meu relacionamento com as pessoas. Melhorou em tudo, em tudo! (ROSA)

Os profissionais do Nasf, em especial Cristiano, o educador físico, foram a “armação na vida” da protagonista, melhorando sua autoestima, socialização, relações sociais, as dores na coluna e possibilitando uma inserção dela num novo trabalho.

O sujeito em sofrimento psíquico, poliqueixoso, com hérnia de disco, configura-se hoje como a bailarina, com postura leve e um melhor relacionamento social. Rosa fez parte do Grupo Qualidade de Vida por cerca de 1 ano até a saída conjunta com Cristiano, conta: “*Continuo com o Cristiano, mas não no grupo do Cristiano. Eu trabalho para ele [risos]*” (ROSA).

Parece que a gestão do cuidado ganhou mais elementos com o encontro com os profissionais do Nasf. A equipe Palmeira, ao ser mobilizada pelo “sujeito-pipoca”, estabeleceu uma ponte de cuidados singulares para a protagonista. Ponte construída nos encontros com o Nasf, a Unidade de Apoio e a comunidade, por meio da participação dela nos grupos ofertados na UBS Jardim.

Quando a equipe Palmeira escuta o barulho de estouro provocado por Rosa busca novos e outros dispositivos para compor o cuidado. Faz uso conjugado de novas práticas à saúde e saberes diversificados, parecendo disparar vetores de mudanças no modelo assistencial, a exemplo de criação de novos fluxos de assistência e de inclusão de novas propostas de cuidado. Movimentos moleculares são produzidos pelos encontros heterógenos e múltiplos dos diversos atores sociais, trazendo rupturas ao instituído (BELLÓTI; LAVRADOR, 2012).

A configuração de novas práticas em saúde potencializou na protagonista um alívio de seu sofrimento pelo modo de ela estar no mundo. Hoje ela caminha com mais leveza, se socializa com mais facilidade, se firmando no trabalho e sendo responsável pela sua felicidade e autonomia.

Um movimento de *avant* (para frente) foi realizado pelo trabalho que Cristiano ofertou. Fato relatado nas seguintes falas:

Apesar que eu prefiro ele como professor do que como patrão. [risos]. Não que ele seja chato, mas assim é diferente, né. Já não brinca, já é uma coisa mais séria. Então, eu não tenho mais tempo para nada. Antes eu fazia, fazia... olha tá fugindo tudo da minha cabeça hoje... Artesanato. Às quartas-feiras com a Samanta (profissional do Nasf)... aí depois eu comecei a trabalhar, trabalhar... e eu não faço mais nada. (ROSA)

Rosa necessita hoje de um novo reposicionamento diante de Cristiano e de si mesma. Reposicionamentos necessários ao se colocar como trabalhadora, gestora de sua saúde e vida, com a (res)significação de sua dor e de seu sofrimento, e também pela construção de novas conexões fora da UBS Jardim, possibilitada pela inserção no seu trabalho que a afastou das atividades da UBS.

As atuações dos profissionais do Nasf e da Unidade de Apoio, convocados pela equipe Palmeira, indicam ações de reconhecimento do sujeito no seu lugar existencial e social. Parece que produziram acontecimentos que potencializaram a inclusão social, a oferta de trabalho e o novo posicionamento de Rosa diante de sua vida e saúde.

No movimento de *avant*, podemos identificar atitudes e posicionamentos que Rosa realiza em sua vida para superar o sofrimento. E que parece que foram construídos ao longo do tempo nos acompanhamentos, nas solicitações e nos movimentos que ela realizava e provocava na equipe Palmeira. Relata:

Assim, os exercícios foram de muito alongamento, porque esses exercícios são bons... Só que, assim, ensina a como abaixar, não abaixar de uma vez, você não abaixa com o corpo todo.

É, assim, eu não dou muito assunto mais pra isso mais não. Eu vejo as coisas, aí eu falo com Deus... aí já... Às vezes eu vejo as coisas aí eu sinto um pouco de medo, mas às vezes eu não sinto medo... Aí eu falo eu não tô com medo, eu não tô vendo nada, eu não quero ver, aí pronto, acabou. Eu tento me dominar. (ROSA)

Rosa novamente dá sinais de como lida com o sofrimento psíquico, por meio da construção de lugares no território, no meio social e em si mesma para dominar o momento existencial. E a questão religiosa parece ser muito importante para Rosa, que sempre utiliza expressões como “falo”, “agradecer”, “é maior”, “libertou”, “tenho muita fé”.

Um pequeno navegar da vida de Rosa foi apresentado à pesquisadora durante nosso encontro. A gestão do cuidado pensada e feita pela equipe e provocado pela protagonista aparece com elementos múltiplos e diversificados de ações em saúde, e em alguns momentos rupturas ocorrem. Rupturas na assistência com abandono de tratamentos, rupturas de cuidados biomédicos a cuidados de potência, rupturas de uma poliqueixosa para uma bailarina.

Pistas do Mapa Viver a Gestão do Cuidado na dimensão individual

A narrativa de Rosa coincide com um panorama político e social de desenvolvimento da saúde pública e do sistema público brasileiro de saúde, importantes movimentos que interferem na gestão.

Os primeiros relatos de Rosa sobre os cuidados de sua saúde se referem à década de 1980, início dos movimentos sociais que culminaram com a Reforma Sanitária Brasileira. A protagonista realizava acompanhamento em um serviço de cunho religioso e social, as Santas Casas, serviços muitas vezes longe das residências da maioria da população e de difícil acesso. A gestão do cuidado apresenta linhas de força do modelo biomédico, cujo cuidado é fragmentado e vale-se preferencialmente do modelo tecnológico duro e leve-duro.

Com a Reforma Sanitária Brasileira e o desenvolvimento do SUS, na década de 1990, Rosa inicia seu tratamento no Programa Saúde da Família (PFS). A implementação do PSF no Município de São Paulo deu-se no ano de 1995, com o denominado Qualidade Integral a Saúde (Qualis), uma parceria entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado de Saúde e duas organizações sociais sem fins lucrativos, Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini (CAPISTRANO FILHO, 1999).

Bousquat, Cohn e Elias (2006, p.1941), ao realizar um estudo sobre a implementação do PSF e a exclusão socioespacial do Município de São Paulo, percebem uma tensão entre a proposta de o PSF ser a estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde e o processo de heterogeneidade de sua implementação. Identificaram a implantação do PSF de forma mais consistente e de maior maturidade nos distritos administrativos mais periféricos, os de maior exclusão social, e chegam a duas conclusões não necessariamente excludentes,

A primeira refere-se ao ritmo e ao processo de implantação, em que se destacam os distritos administrativos periféricos, a indicar a configuração de política pública capaz de contribuir para a diminuição das desigualdades sócio espaciais na metrópole paulista, denotando uma “discriminação positiva”. A outra indica ser o PSF política pública voltada à população de baixa renda e residente na periferia urbana, evidenciando uma opção de tipo focalizador.

O conjunto de ações construídas pela equipe Palmeira, nos primórdios do PSF, pelo médico Roberto, apresenta linhas de segmentaridade molar, pautadas no modelo biomédico pelo encaminhamento a especialidades médicas e exames de imagem e laboratoriais a partir das necessidades de saúde de Rosa. Algo importante, que produz diagnósticos médicos levando ao afastamento laboral e ao recebimento de benefícios sociais.

Os cuidados não param e a protagonista retorna à equipe e solicita movimentos.

Rosa produz movimento na equipe Palmeira. Produz barulho e exige um cuidado inovador, no encontro com Roberto. A gestão ganha novos elementos heterógenos, apresentando-se como um rizoma, ao convocar outras conexões com o Caps e utilizando o dispositivo do AM. O encontro produzido com o Caps parece apoiar Rosa em seu sofrimento, potencializado pelo falecido de sua mãe; mas, ao perceber que a medicação estava deixando-a meio “louca” (Rosa), causa uma ruptura.

Uma convocação da equipe para um pensar, fazer e viver diferente sobre os cuidados ofertados a Rosa se destaca de outros elementos heterogêneos que compõem e compuseram a estratégia de cuidado a ela. Uma convocação da equipe do Nasf e da profissional da Unidade de Apoio parece possibilitar uma elaboração dinâmica de propostas de cuidar, dando indícios que utilizaram de tecnologias

relacionais e de linhas de forças flexíveis ao fazer acessar o novo e um cuidado vibrante no viver de Rosa.

O dispositivo do Nasf apresenta-se como a possibilidade de acessar o novo no cuidado, por estar fora da dinâmica da equipe Palmeira, mas dentro do espaço físico da equipe. Os profissionais do Nasf movimentam a equipe, que é movimentada pelos sujeitos. Sujeito que pipoca e produz reações na equipe, que produz outras reações em cadeia, gerando outras ações que podem possibilitar linhas moleculares, de rupturas dentre outras e produzir um cuidado inusitado e diferenciados ou não, a depender do posicionamento e das escolhas que os profissionais fazem no momento do encontro com o sujeito em sofrimento.

5 NAVEGAR PARA ALÉM DA PESQUISA: VISLUMBRE DEVANEIO

*Hoje me sinto mais forte
Mais feliz, quem sabe
Só levo a certeza
De que muito pouco sei
Ou nada sei*

*Conhecer as manhas
E as manhãs
O sabor das massas
E das maçãs*

*É preciso amor
Pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso a chuva para florir
(SATER; TEXEIRA, 2009)*

Neste momento finalizo aqui este navegar retomando o objetivo desta tese: acompanhar a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na AB. E, para isso, utilizei cinco grandes conceitos que percorrem toda a produção deste trabalho: um deles, a SM na AB, esteve mais bem detalhado no item 2.1; outro, a gestão do cuidado, foi detalhado no item seguinte, 2.1; já o rizoma foi descrito no subitem 3.1; por fim, a implicação assim como a subjetividade permearam toda a tese.

Ressalto que todos os meandros da subjetividade estiveram expostos nesses vários conceitos e discussões e também na escolha do navegar e dos símbolos da ponte, pipoca, abelha e bailarina que a pesquisadora fez.

No fim temporário desta navegação, sinto-me mais forte ou feliz, quem sabe, ao compreender que muito pouco ou mesmo nada sei sobre a gestão do cuidado a sujeitos em sofrimento psíquico na AB, objeto de pesquisa. Nesta tese, tive pistas sobre como se dá essa gestão, acompanhando algumas das suas dimensões e encontrando alguns atores sociais (gestor, profissional da saúde, sujeito).

[...] ao afirmar uma pesquisa que investiga a experiência a partir da experiência, é necessário sublinhar a posição firme do cartógrafo no que se refere à diretriz da investigação: o acesso/produção do plano de forças que responde pela criação/transformação de experiência. (PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2014, p. 9)

Assim, as pistas fizeram pulsar e produzir algo novo, pistas que fizeram chorar diante de tantas outras forças, movimentos e tempos, fazendo pedir paz para poder desabrochar algo.

A esquizoanálise foi escolhida como referencial teórico, pois se trata de uma construção de conhecimentos em consonância com minhas escolhas profissionais, que têm haver com a filosofia da diferença (BAREMBLITT, 2010). E fiz a escolha pela cartografia como método, porque “o cartógrafo é, antes de tudo, um antropófago” (ROLNIK, 2014, p. 23), visto que me permitiu estar atenta aos vários elementos, símbolos e sinais percebidos durante este navegar.

Deste modo, o navegar se propôs a conhecer a multiplicidade das manhas e das manhãs e degustar da heterogeneidade das massas e das maçãs. Uma multiplicidade de sujeitos participantes da pesquisa com suas heterogeneidades de ações, funções, saberes e viveres nas distintas dimensões da gestão do cuidado.

Esse navegar foi compartilhado com a capitã e navegadora, quando convidei quem produz a gestão do cuidado (profissionais de saúde, gestores, um sujeito em sofrimento psíquico) para navegar comigo.

Lanço neste capítulo a tentativa de responder: “O que significa pensar no cenário atual a gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na atenção básica?”.

O meu exercício profissional como enfermeira na ESF e como pesquisadora não é fácil, assim como de outros trabalhadores da enfermagem e profissionais da saúde coletiva. Uma luta constante sobre quais dos tempos vão prevalecer no meu tempo como enfermeira, no meu horário de trabalho. Uma tensão entre: o que é possível pelo protocolo diante da demanda do sujeito; como o serviço está organizado para o atendimento; como o processo de trabalho é executado; quais as necessidades da enfermagem, dos ACS, dos gerentes, da supervisão técnica de saúde, do secretário de Saúde, dos dias festivos, dos sujeitos, dos coletivos, das instituições escolares, dentre outras.

A gestão do cuidado parece uma luta de forças na qual quem tem mais estouro e faz mais barulho naquele momento ganha a atenção da enfermeira, do gerente, do médico, do gestor, do sujeito, dos coletivos.

Tantos tempos são solicitados que às vezes presenciava sofrimento nos colegas de profissão e durante a produção de dados desta Tese. Em conversas com os que sofriam e os que aparentemente não sofriam, uma fala sempre surgia: “Com o tempo ela(e) aprende a se importar menos e fazer o necessário”. O que é se importar menos? O que é fazer o necessário? Essas questões sempre incomodavam e incomodam.

Arrisco a pensar que aquele que mais sofria era porque não adquiriu com o tempo o “jogo de cintura”, em que você precisa realizar um descobrimento diante do que é para você ser profissional, enfermeiro, do que é para você ser sujeito, do que é para você estar no mundo, do que é ser pesquisador implicado no campo da saúde.

Para mim, hoje, após este longo navegar na pesquisa, ser enfermeiro, ser trabalhador e pesquisador na saúde é ser sujeito humano implicado. E ter qualidades é ter defeitos, é buscar reconhecer seus limites; é construir reconhecimentos acerca dos limites do outro; é produzir ações com ética, respeito, amor, atenção, clareza, objetivos comprometidos com os dos outros; e é se importar consigo e com o outro, fazendo o necessário para construir em conjunto soluções às necessidades, ao sofrimento e aos problemas.

O ser enfermeiro e ser trabalhador e pesquisador na saúde não difere do ser sujeito e do estar no mundo, são três dobras que ora se complementam, ora se distanciam, ora trazem sofrimento.

E cuidar do sujeito em sofrimento psíquico na AB exige, conforme afirma Saraceno (1998, p. 31), que os trabalhadores de saúde não queiram “[...] ser reprodutores de sentido, mas sim produtores de novos sentidos. Esse é o exercício onde está a terapia, a ética e a política, é uma grande vocação”.

Penso que cumprir a vida
Seja simplesmente
Compreender a marcha
E ir tocando em frente
Como um velho boiadeiro
Levando a boiada
Eu vou tocando os dias
Pela longa estrada, eu vou
Estrada eu sou (SATER; TEXEIRA, 2009)

Com esse trecho de música, penso que devemos cumprir a função de trabalhadores da saúde, compreendendo como hoje caminha nossa profissão, nosso serviço de saúde, nossa política, nosso sujeito em sofrimento psíquico e coletivos para lidar com as subjetividades. E nisso caminhar com eles o sujeito e o coletivo pela longa ponte do cuidado, sabendo que essa ponte é nossa também e devemos ser ativos para inventar a melhor assistência em saúde para a produção de vida e saúde. Todos os atores sociais compõem a subjetividade produzida pelos caminhares na ponte.

Porém, neste momento, o que mais aflige alguns profissionais de saúde, gestores, governantes, sujeitos e coletivos são os cortes estrondosos de recursos que a citada PEC 55 dos gastos públicos pode produzir e mais um tanto de ajustes e desajustes políticos e econômicos dessa democracia brasileira, em que muitas das conquistas sociais de cidadania, éticas e legítimas podem ser prejudicadas (BENITES, 2016).

Philip Alston, relator da Organização das Nações Unidas (ONU) afirmou que a PEC violará os direitos humanos porque:

Essa é uma medida radical, desprovida de toda nuance e compaixão... Vai atingir com força os brasileiros mais pobres e mais vulneráveis, aumentando os níveis desigualdade em uma sociedade já extremamente desigual e, definitivamente, assinala que para o Brasil os direitos sociais terão baixa prioridade nos próximos 20 anos. (TOKARNIA, 2016)

Hirdes e Scarparo (2015) em seu artigo relembram sobre a Portaria Oficial 1.097, de 22 de maio de 2006, que publicou as Diretrizes da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI), nas quais foram incluídas as ações em saúde mental na AB; porém, afirmam que, até o momento da construção do citado artigo, os repasses financeiros propostos pela inclusão de indicadores de saúde mental no Sistema de Informações do SUS não haviam sido realizados de maneira estabelecida, reforçando a necessidade de esses recursos serem aportados.

Diante disso, se com as portarias e políticas existentes não se realiza de maneira eficaz, eficiente e efetiva o repasse instituído, como ficarão as ações de SM na AB com essa aprovação do novo teto para o gasto público?

Trata-se de uma questão que incomoda a pesquisadora, profissional de saúde e sujeito político e social, e que vai gerar repercussões sobre a gestão do cuidado,

ao pensar nas pistas dos ruídos, das aflições e angústias que os sujeitos da pesquisa trouxeram na produção de dados desta Tese.

Um exemplo foi a violência que Paola, gerente da UBS Jardim, sofreu. Situação a que os profissionais de saúde estão sujeitos, diante tantos incômodos que a população brasileira vive pela falta de recursos à saúde, educação e assistência social, e que pode agravar com a contenção financeira de cerca de 20 anos. Algo que poderá refletir diretamente nos trabalhadores que atendem cotidianamente a população.

Outro exemplo foi o que os profissionais e gestores participantes da pesquisa trouxeram sobre a falta de profissionais de saúde mental na rede, que trouxe prejuízos na gestão do cuidado ao exigir que os serviços absorvam as demandas de saúde mental mesmo não tendo suporte clínico. Essa questão envolve a gestão local para reorganizar os serviços de saúde, realizar um dimensionamento de pessoal e fortalecer construções coletivas para pensar e fazer a construção da rede, os serviços e dos processos de trabalhos.

Porém, existem limites nesse fazer local, porque as políticas públicas, portarias, emendas constitucionais, dentre outras que pertencem às instâncias governamentais e de gestores de outros níveis hierárquicos, atravessam esse pensar ao instituir limites de gastos públicos, de serviços, de profissionais e na produção de vida e saúde dos atores sociais, podendo trazer capturas nas subjetividades, conforme esses atores se posicionam e se reposicionam diante dessas forças instituídas.

Tal situação pode produzir efeitos no encontro do profissional com o sujeito em sofrimento psíquico, mediante a necessidade de adequar o agir profissional diante das políticas públicas, dos recursos financeiros, humanos e materiais disponíveis nos serviços de saúde.

No momento da produção de dados e da escrita propriamente dita da Tese, identifiquei pistas que indicam sobreimplicação (MONCEAU, 2008), no encontro com os sujeitos participantes da pesquisa. Ou seja, durante as entrevistas e na produção do Fluxograma, a enfermeira, o sujeito profissional, também estava presente, às vezes fazendo as entrevistas irem para uma perspectiva de cuidar do outro, de

pensar na construção de rede, de construção de planos de cuidados, de avaliação de condutas profissionais.

Porém, durante as entrevistas e o Fluxograma, lampejos e pistas se fizeram presentes sobre essa tendência do sujeito profissional, mas que em alguns momentos não se sustentaram. A profissional sutilmente e de maneira imperceptível estava presente.

Mas, como não envolver-se também como profissional, porque a própria cartografia propõe a não separação entre sujeito e objeto do conhecimento, prevê o envolvimento do pesquisador com o objetivo estudado e a interferência deste no campo de pesquisa (PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2014). E a pesquisadora realizou sua pesquisa no seu campo de atuação, encontrando os profissionais e gestores que compõem seu território de atuação diariamente. Todavia, a profissional estava em outra posição, de construção coletiva e de acesso às experiências dos sujeitos participantes da Tese.

Diante disso, o rigor do método cartográfico está na avaliação da produção de dados, e acredito que existiram momentos de sobreimplicação e implicação profissional. Porém, após alguns lampejos e pistas emanadas do coletivo de forças da experiência da cartógrafa, procurava manter meu olhar acompanhando os movimentos, dando passagem ao inusitado, ao não dito, aos instantes de rupturas das falas, aos momentos de mudança, tentando “[...] acessar o plano compartilhado de experiência” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2014, p. 93).

Na produção dos mapas, percebe-se uma diferença na construção e escrita. Cada mapa teve sua vibração e intensidades, soaram distintamente, mas com imanência entre si.

O Mapa Pensar a Gestão do Cuidado apresentou uma escrita difícil, tensa e carregada de questões burocráticas, protocolares e de fluxos. O encontro da pesquisadora com as gestoras participantes foi tenso para a pesquisadora, necessitando de suspiros na tentativa de não realizar uma coleta de dados ou responder a questões do sujeito profissional. Suspiros para construir o “[...] manejo cartográfico da entrevista [...]”, visando acompanhar os processos, realizar trocas, ampliando a escuta e o olhar para além da experiência, de seu caráter processual (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2014, p. 95).

No Mapa Pensar e Fazer a Gestão do Cuidado, a escrita foi rápida, fácil e prazerosa, porque foi o encontro da profissional e pesquisadora com os profissionais de saúde no seu exercer no campo da SM na AB. Um encontro que gerou intensidades e produziu potência ao possibilitar o resgate de toda a trajetória de construção do projeto de pesquisa que culminou com a produção desta Tese. Diante disso, foi possível não apenas revelar os sentidos dos profissionais de saúde, mas também multiplicá-los em outros sentidos possíveis (PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2014).

Já o Mapa Viver a Gestão do Cuidado apresentou leveza, trouxe o movimento para a produção da Tese. O bailar de Rosa em sua vida, produzindo a saúde, revelando o coletivo, a diferença e o heterogêneo “[...] enquanto experiência do comum [...]”, ao potencializar “saberes até então excluídos”, garantiu a “[...] legitimidade e a importância da perspectiva do objeto e seu poder de recalcitrância” (KASTRUP; PASSOS, 2014, p. 19).

Porém, há indicativos de algo comum em todos os mapas: o encontro entre os diversos atores sociais demonstra-se como uma “tensão” de forças (MERHY, 1999, p. 10). Tensões existentes que ora são conservadoras ora capturam ora libertam e produzem vida e saúde (FRANCO; MERHY, 2013). Agir em saúde é um tensionamento de “[...] forças instituintes, como necessidades, e o modo como socialmente um dado processo instituído as captura ou é invadido pelas mesmas [...]” (MERHY, 1999, p. 16).

Para trazer um possível produto da diferença e das multiplicidades dos mapas, realizo pequenas retomadas de algumas linhas, alguns ruídos e dispositivos que compuseram o acompanhar da gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na AB, para depois trazer um pequeno vislumbre devaneio.

Início apresentando o Mapa Viver a Gestão do Cuidado, em que Rosa se constitui como uma produtora da gestão do cuidado em sua desobediência como “sujeito-pipoca”. Ela produz e convoca encontros com várias pessoas, profissionais, lugares no meio social e instituições, tornando-se referência para si. A gestão é construída na medida em que ela provoca os profissionais de saúde e de como ela mesma cria as estratégias para lidar com seu sofrimento no seu vai e volta no serviço, na vida e no mundo. Como conclui Margarida: *“Mas é nesse vai e volta do*

serviço que ela conseguiu se reencontrar... Até trabalha... Nesse vai e vem ela conseguiu até serviço”.

A protagonista pensa, faz e vive a gestão do cuidado. Pensa a gestão ao exigir que novos cuidados sejam ofertados. Faz a gestão ao produzir escolhas, ou seja, se segue orientações, se segue medicações, se segue o planejamento pela equipe. E vive a gestão ao produzir um rizoma de diversos encontros e diferentes ações, a depender da necessidade que revela aos profissionais, e como realiza conexão no território e meio social para “dominar” seu sofrimento (Rosa).

Rosa segue demonstrando as construções coletivas e constantes do plano de cuidados e da rede, a partir da provocação do “sujeito-pipoca”, produzindo vetores de intensidade nos profissionais de saúde e reações em cadeia constantes no território na gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico.

Dalmolin (2006, p.12) revela em seu estudo o modelo de atenção aos sujeitos com sofrimento psíquico, suas famílias e usuários de um serviço de saúde de uma comunidade urbana como

[...] se, por um lado, podemos reconhecer que as alterações dos serviços especializados não deram conta de aprofundar e explicitar mudanças mais radicais, por outro, os indivíduos, suas famílias e a própria comunidade buscam, em seu cotidiano social, responder às necessidades dos cidadãos portadores de uma saúde mental que necessita de permanentes “retoques”, de afetos diferenciados e escuta sensível.

Parece que a narrativa de vida de Rosa, a protagonista do caso traçador, vai ao encontro do que Dalmolin apresenta, e que outros mapas desta Tese revelaram. Por mais que tenham ocorrido mudanças na assistência especializada da saúde mental, algumas práticas de saúde deixam a desejar aos sujeitos em sofrimento psíquico. A protagonista desta Tese relata que não deixava os profissionais perceberem seu sofrimento, mantendo-se diante deles sempre alegre e brincando. Retomando outro mapa, o do Pensar e Fazer, Rosa é apresentada pelos profissionais inicialmente como a poliqueixosa, a que procurava muito o serviço. Será que os profissionais não perceberam o sujeito diante tantas demandas, tantas queixas, tantos sorrisos?

Para tentar responder a esse questionamento, resgato uma discussão já apresentada nesta Tese sobre o ensaio produzido por Merhy (1999, p. 13-14), da

“micropolítica do trabalho vivo”. O espaço de “intersecção” produzido na relação dos sujeitos no “espaço partilhado”, “[...] mesmo que o modelo [que] se institua seja o de seu abafamento [...]”. Forças “[...] instituintes em ato estarão sempre gerando ruídos no seu interior [...]”. Diante disso, mesmo que na micropolítica do encontro do sujeito com o profissional de saúde haja a presença de linhas de forças biomédicas, com a oferta de exames, medicação e encaminhamentos, o agir em saúde está permeado pelo instituinte “[...] pelo modo de sentir e elaborar a necessidade de saúde, para o momento do trabalho [...]” (MERHY, 1999, p. 14).

O profissional, no momento do encontro com o sujeito que demanda um cuidado, é atravessado por diversas forças que compõem a produção do cuidado, a exemplo: forças do modelo biomédico, forças da intensidade do sofrimento, forças de produtividade. Mas na micropolítica do encontro há forças instituintes agindo e que podem permitir ao profissional sentir e elaborar a necessidade de saúde de maneira diferenciada e proporcionar a autonomia ao sujeito e no seu caminhar na vida.

A esquizoanálise, referencial teórico desta Tese, acredita em uma “política dos movimentos singulares” que pode ser feita “[...] em todo e qualquer pequeno, médio ou grande âmbito” (BAREMBLITT, 2010, p. 16).

Talvez uma das questões seja que o profissional pode ser estimulado, provocado a refletir sobre a existência dessas forças instituintes para não sucumbir sobre a força e o poder do instituído, tornando possível a “[...] criação do diferente, a geração constante do novo [...]” na gestão do cuidado (BAREMBLITT, 2010, p.16).

Diante disso, como se coloca o profissional que está na linha de frente desses processos instituintes para valorizar, compreender e instigar esse poder que ele tem de fazer o diferente? Virar um profissional-pipoca para poder provocar os que estão sucumbidos pela lógica instituída? Uma vez que o normativo, padronizado e protocolar é pesado, uma âncora, que mina a energia do profissional de perceber que temos um enorme poder criativo no encontro com o sujeito, o profissional, o professor, o pesquisador, etc.

No navegar desta Tese, percebo que para criar o diferente devemos potencializar os espaços de encontros que já existem (Fórum, AM, consulta, reuniões de equipe, grupos educativos, etc.) para refletir o processo de trabalho e o

poder criativo que eles têm, apresentando aquilo que eles podem. Afinal “[...] somos portadores de uma energia criativa que nos faz formar parte de um mundo [...]” (BAREMBLITT, 2010, p. 16).

No Mapa Pensar e Fazer a Gestão do Cuidado, quando a equipe é convocada pelo “sujeito-pipoca” a estabelecer outras e novas conexões e encontros, vetores de diversas intensidades podem ser produzidos e gerados, algumas vezes pulsam para o novo e diferente e outras vezes não. Mas, nessas idas e vindas de Rosa, provocando o serviço e os profissionais, subjetividades parecem ter sido produzidas, pois a gestão inicia um processo rizomático de uma produção conjunta e vibrante de cuidados.

Caçapava et al. (2009), ao cartografar o cuidado ao usuário com necessidades no campo da saúde mental, concluíram que a organização do processo de trabalho em saúde mental na ESF interage e se articula ao acolher o usuário, disparando múltiplas redes de conversa nos encontros promovidos entre esse usuário e outros trabalhadores, usuários, serviços e comunidade.

Compreendo isso no sentido de o profissional de saúde, no momento do encontro com o sujeito, utilizar-se de tecnologias de cuidado que reconheçam o outro como sujeito de ação e reação e trocas, coordenando e ordenando o serviço e os processos de trabalho, de forma a garantir a heterogeneidade das necessidades tanto do sujeito como do profissional, sendo possível o respeito às singularidades e subjetividades.

Identifico, também, que, para promover a integralidade da assistência de forma articulada com a RAS e a rede intersetorial, podemos, por meio de pactos compartilhados e conjuntos, estimular a expressão do sujeito em sofrimento psíquico e tornar possível uma gestão produtora de projetos vivos de cuidados.

A micropolítica existente nos encontros entre os atores sociais (profissional, gestor, sujeito, coletivos) pode possibilitar rupturas no instituídos, arrebatando para novos modos de cuidar.

Nas falas de Cinthia e Cássia sobre postura “*mais leve*” (Cássia) de Rosa e o fato de ela estar “*Feliz. Isso muito, muito diferente*” (Cinthia), há indicativos de que os profissionais de saúde percebem a importância de “criação do diferente” (BAREMBLITT, 2010, p. 16), de reconhecer outras questões além da doença,

valorizando a “dor”, o “emprego”, “emocional”, o “atrapalhar” do sujeito; algo que não fica relatado em prontuário, o diferente não aparece, mas parece estar na memória, no momento do pensar dos profissionais sobre o sujeito.

A produção do Mapa Pensar na Gestão do Cuidado parece revelar que, para ocorrer transformações na gestão nas dimensões organizacional, sistêmica e societária, os atores sociais que as compõem necessitam desenvolver ações criativas e inovadoras. Assim, produzem relações “[...] de confiança, respeito, reconhecimento e colaboração nos coletivos [...]” (FERREIRA, et al., 2016, p. 207), ao privilegiar a micropolítica do encontro entre esses distintos atores.

O lugar que o sujeito deve ocupar é indicado pela intensidade do sofrimento e o seu não lugar é gerador de angústias e aflições, assim como os níveis de atenção, ruídos trazidos pelos profissionais de saúde no Mapa Pensar e Fazer a Gestão do Cuidado. A ponte é pensada pelos profissionais de saúde dentro da rede para que o “sujeito-pipoca” atravesse. Indícios parecem revelar que a construção dessa ponte não traz a singularidade do sujeito em sofrimento. Existe uma diversidade de encontros possíveis para o sujeito, porém esses encontros e conexões parecem ser marcados pelo modelo biomédico de enquadramento do sujeito dentro dos equipamentos da RAS.

A rede apresenta-se em construção constante, devires frequentes são produzidos nos encontros dos profissionais e gestores que vão definindo como o cuidado deve ocorrer ao tecer as possíveis pontes. Devires que surgem a partir da visão do sujeito que o profissional capta no encontro e depois transmite a outros profissionais e gestores. A gestão do cuidado neste mapa é produzida a partir dos casos complexos, o “sujeito-pipoca”, sobre os quais os profissionais tentam pensar as possibilidades para o plano de cuidado.

Mas como pensar diferente dos níveis de atenção e da intensidade do sofrimento?

Uma pista surge na fala de Maria:

Ajudar nesse movimento de renovar o olhar de estar sempre buscando outras possibilidades de intervenção, porque é, a gente tem um desgaste natural de nossas intervenções, né. Então, a gente tem que estar o tempo inteiro renovando, colocando uma prática, trazendo uma prática diferente. Experiências de tantos lugares que dão certo. Então, você tem que tentar trazer, né. Às vezes você tria a partir de um acontecimento, né, aí você cria um projeto. Aí você começa a pensar em novas possibilidades e você vai criando projetos possíveis.

Um fala reveladora que poderia representar o olhar para a diferença na prática em saúde. Pensando na gestão do cuidado, os atores sociais que compõem as distintas e iminentes dimensões devem trazer movimentos constantes buscando novos olhares diante das múltiplas possibilidades da vida. Se houver uma prática da diferença existe a possibilidade de pensar no novo, fazer o novo e viver o novo. Existe a necessidade de atualizar as práticas em saúde, a partir do cotidiano de cuidados, dando passagem ao novo, ao que está ali, a princípio escondido pedindo passagem.

O novo é o atual. O atual não é o que somos, mas antes o que nós nos tornamos, aquilo que estamos nos tornando, isto é o Outro, nosso tornar-se outro. Em todo dispositivo, é preciso distinguir aquilo que nós somos (aquilo que nós já não somos mais) e aquilo que nós estamos nos tornando: a parte da história, e a parte do atual. (DELEUZE, 1989, p. 3)

Compreendo que, para atualizar nossas práticas, devemos realizar a distinção do que já se parece apresentar-se como o “desgaste natural” (Maria) da prática, para, então, construir uma nova prática no cotidiano coletivo do cuidar e da vida. Ao nos permitirmos olhar para além da prática, podemos trazer novas possibilidades que estão pulsando ao redor, no encontro com o outro.

Os mapas produzidos nesta Tese, no navegar da pesquisadora sobre a gestão do cuidado a sujeitos em sofrimento psíquico na AB, parecem demonstrar a multiplicidade de linhas de força, ações, reações e pensares na gestão, à medida que o “sujeito-pipoca” provoca os profissionais de saúde, levando-os a realizar atualizações de suas práticas para potencializar o modo de trabalhar dos profissionais e em consequência o modo de vida do sujeito. Porém, o contrário também foi possível, com a permanência de um cuidado pautado no modelo biomédico e no uso de tecnologias duras e leve-duras para a construção da estratégia de cuidado ao sujeito, atuando, assim, processos de dominação que não produziram intensidades no encontro.

Há indicativos de que o “sujeito-pipoca” constrói seu caminho na rede e no cuidado, fazendo rizoma. E este deve participar ativamente dessas construções do cuidado, da rede, das políticas, da organização do serviço, do processo de trabalho para produzir pontes de reconhecimento do outro e de seu não lugar como produto das subjetividades.

Esta Tese revelou alguns encontros e dispositivos que os sujeitos participantes da pesquisa utilizam para o encontro da SM na AB, como também dispositivos que dificultam as possibilidades de produção de um cuidado inovador e de valorização da autonomia, vida e saúde dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Os encontros da SM na AB puderam acontecer na discussão de caso, em conjunto com o Nasf, no Fórum de Saúde Mental e no Caps, bem como nas consultas compartilhadas com o Nasf e o Caps propostas ao sujeito em sofrimento, nas consultas programáticas da ESF, nas reuniões de equipe rotineiras, na articulação com as pessoas que compõem o intersetorial e na inclusão do sujeito nos grupos educativos propostos na UBS.

Alguns dispositivos puderam ser mais evidenciados que outros na gestão do cuidado. Um dispositivo híbrido que possibilita tanto transversalidade como atravessamentos é o Fórum de Saúde Mental. O AM, na maioria das vezes, é um dispositivo que possibilita uma inovação na prática em saúde ou a produção de processos reflexivos, compartilhados e de responsabilidade entre os equipamentos da RAS; mas às vezes não produziu um cuidado inovador de valorização do sujeito e de seu modo de andar e estar na vida.

O analisador identificado pela pesquisadora, produtividade, se apresenta com indícios de dominação, levando os profissionais e gestores a estarem alertas para seus elementos, na tentativa de inová-lo produzindo subjetividades, novas formas de se relacionar com este, novos sentidos, modos de vida e saúde (BRITO, 2012).

O dispositivo do Nasf e algumas ações intersetoriais convocadas pela equipe, ao ser provocada pelo “sujeito-pipoca”, apresentaram-se como produtores de atualização das práticas em saúde que se revelaram homogêneas no modelo biomédico. As ações em saúde destes criaram novas formas de cuidar de Rosa.

Quando profissionais e gestores fazem uso de dispositivos de construção coletiva e intersetorial possibilitam uma troca de saberes e a multiplicidade de encontros e heterogeneidade de ações, podendo produzir rupturas no instituído pelo trabalho em saúde.

Deste modo, podem articular e utilizar todos os recursos disponíveis na rede, no serviço de saúde, na organização do processo de trabalho e no saber científico, na tentativa de acompanhar o sujeito. Podem também utilizar de elementos heterógenos e inusitados, para pensar e fazer o cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico; afinal, estão agregadas outras questões além da saúde, como individuais, sociais, políticas, que causam o sofrimento e produzem o navegar do sujeito na vida. E, por fim, podem agir de forma inclusiva diante do sujeito em sofrimento psíquico, trazendo-o para uma construção democrática, participativa e ativa para pensar e fazer a gestão. Diante disso, acredito que podemos produzir cuidados subjetivos em respeito à diferença, autonomia, inclusão e vida do sujeito em sofrimento psíquico.

Por fim, parece que a forma como os profissionais de saúde, gestores e sujeitos em sofrimento psíquico se encontram na micropolítica poderá produzir linhas flexíveis na gestão do cuidado ou não.

Vislumbre devaneio para o caminhar além da pesquisa...

Neste navegar da gestão do cuidado a um sujeito em sofrimento psíquico na atenção básica, fui convocada a novos modos de pensar, viver e ser na vida, percebendo que esse processo nunca tem um fim. Quando achamos que encontramos algo somos lançados a novas pistas, novas descobertas e ao desconhecido.

Rompe-se assim o equilíbrio dessa nossa atual figura, tremem seus contornos [...] nos desestabiliza e nos coloca a exigências de criarmos um novo corpo – em nossa existência, em nosso modo de sentir, de pensar, de agir, etc. – que venha encarnar esse estado inédito que se fez em nós. E a cada vez que respondermos à exigência imposta por um desses estados, nos tornamos outros. (ROLNIK, 1993, p. 242)

Um desequilíbrio às vezes ocorre ao sermos colocados a (re)pensar o nosso modo de existência. Diante disso, tive a necessidade de encontrar novos significados, sentidos e signos para o que antes parecia natural; assim, arrisquei um novo pensar, viver e ser que, a princípio, pode parecer estranho e incômodo, mas é produto dessa nova existência que se fez durante esta cartografia.

Durante a Tese, trabalhei com imagens relacionadas à ponte, pipoca, bailarina, ao navegar e agora, no navegar além da pesquisa, trago uma outra, a abelha.

Na escrita inicial da Tese e na transcrição das entrevistas e do Fluxograma, pude acompanhar a transferência de uma colmeia de abelhas jataí que se encontrava na parte oca de um tronco para uma caixa de madeira no sítio do Alemão, meu sogro.

Isso gerou incômodo, pois as abelhas estavam em seu hábitat, adaptadas e vivendo e convivendo no meio ambiente que escolheram para sua produção e reprodução. Algo assim modificaria uma complexa rede de interações e relações entre outras espécies animais e vegetais que dependiam das abelhas pelo processo de polinização (FRIGIERI, 2013).

Minha intenção não é descrever como ocorre uma transferência de uma colmeia, pois não saberia, não tenho conhecimento técnico e prático para isso. Mas trago os elementos que me fizeram pensar sobre a gestão do cuidado como um favo.

Descrevo o que seria um favo. Uma essência (pólen) é captada por uma abelha, que leva a outros olhares (outras abelhas) que processam aquela essência captada pela primeira abelha. E muitas outras primeiras abelhas também captam várias outras essências e levam para outras abelhas. Assim, essências múltiplas produzem um favo, composto de diferentes essências que são armazenadas em alvéolos (SILVA, 2010).

Há uma abelha rainha que guia as ações principais, as tarefas de todos; porém, as essências ditam o sabor, o aroma e a densidade do mel. Afinal, falamos de multiplicidades singulares do favo, que armazenam o mel.

A Figura 3 traz a representação gráfica de um favo de mel, com seus componentes e suas definições, segundo o Dicionário *Priberam* da Língua Portuguesa (2013b).

Figura 3 – Representação gráfica de um favo de mel

Fonte: Elaboração própria.

Faço uma navegação delirante e penso que os alvéolos podem representar a produção do cuidado, produzidos nos encontros entre os atores sociais, abelhas, que são compostos de diferentes essências e tamanhos, de acordo com as necessidades individuais e coletivas.

Os favos representam todos os cuidados produzidos no sentido de tentar sanar as distintas e as complementares necessidades de saúde dos sujeitos e coletivos, formando a gestão do cuidado.

As essências são as subjetividades processadas pelas abelhas (sujeito, profissionais de saúde, gestores) em singularização, pois a subjetividade “[...] é essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares” (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p.33).

Desta forma, entendo gestão do cuidado inspirada na estrutura do favo. E antes de começar neste outro navegar, peço licença a meus colegas profissionais de saúde quando faço esta analogia com as abelhas.

Os atores sociais, profissionais de saúde (abelhas), captam a essência processada pelo sujeito (abelha). Essência única, produzida por ele naquele momento, que num próximo encontro pode ser outra, de outro sabor, aroma, aspecto e entendimento. E, após esse primeiro encontro entre o profissional de saúde e a

essência que o sujeito produziu, o profissional transmite seu compreender da essência a outras múltiplas abelhas (profissionais e gestores), processando a essência num favo, num cuidado.

Esse cuidado é produzido também de outras subjetividades dos profissionais e de outras essências trazidas de outros sujeitos, familiares e coletivos. Os favos representam as possibilidades de cuidado produzidas pelos profissionais de saúde. Há essências que se misturaram e produziram um alvéolo, um cuidado. Também há infinitos alvéolos conectados entre si, nos quais pode existir a essência do primeiro e produzir cuidados coletivos, mas ao mesmo tempo singulares.

Assim exemplifico: Rosa transfere a Cristiano uma determinada essência que compõe a dimensão de seu existir. Diante desse encontro, o profissional, com seu saber e “corpo vibrátil” (ROLNIK, 2014, p.31), processa o encontro produzindo uma determinada visão e tenta capturar a essência primária do sujeito. Com essa essência processada, acessa outras possibilidades para acompanhar o que captou como necessidade do sujeito. Neste processar, outros encontros podem ser produzidos, com outros profissionais, possibilitando que sabores, aromas, densidades penetrem naquele primeiro alvéolo, cuidado. E também outros alvéolos podem ser conectados para preencher a essência ou as essências que o sujeito demonstrou como necessidade ou necessidades e que foram captadas pelos profissionais.

Assim, uma gestão do cuidado vai sendo produzida, a partir da captura dos distintos atores sociais das essências emanadas nos encontros, mas partindo de uma essência única, do sujeito em sofrimento psíquico, que foi sendo misturada a outras essências.

O sujeito a ser cuidado realiza sua gestão; escolhe qual essência vai apresentar ao profissional, qual de sua faceta será demonstrada, qual de sua essência poderá ser capturada naquele encontro. E, diante de suas escolhas, escolhe se o encontro entre o profissional será levado à frente ou não. Por exemplo: Rosa, no encontro com alguns profissionais de saúde, parecia esconder o sofrimento que vivia. Mantinha-se sempre sorridente e alegre. Fazia a escolha diante do profissional de não levar em frente aquele encontro e produzir um cuidado para seu sofrimento.

Os profissionais que encontram o sujeito captam suas necessidades e facetas e formam um pensar e agir diante daquele sujeito. Ao transmitir aquele agir e pensar a outros sujeitos e profissionais, formam um pensar e agir daquele sujeito descrito. Os profissionais da equipe Palmeira transmitiam a outros profissionais que compunham a rede e até a mim, pesquisadora, uma Rosa “poliqueixosa” (Cinthia) pela captura que realizaram de uma determinada existência da protagonista.

Assim, a gestão do cuidado vai ocorrendo, nos diferentes encontros e pensares sobre o sujeito, e do sujeito nos encontros que teve. Essências vão sendo agregadas nesse processo, para no momento produzir o favo, o encontro de alvéolos (cuidados singulares).

Para a produção dessa gestão do cuidado, o favo, uma ordem e cerimonial são necessários, para coordenar os distintos processos que se complementam e os diferentes cargos e posições que se ajudam. Como ocorre na colmeia, a abelha rainha dita a regra geral, para coordenar o trabalho e manter viva a colmeia.

As leis, portarias, instituições, etc., comandam como o trabalho deve ser realizado na gestão do cuidado, mas, para o mel ser puro, saboroso, com delicado aroma, as essências são fundamentais. As essências devem ser mantidas puras, livres de outras contaminações, mas com a possibilidade que outras essências sejam mescladas, misturas que produzem um sabor único em cada mel, devido aos sabores e aromas singulares captados.

Para o cuidado ser puro, a partir da singularidade dos sujeitos, contaminações dos saberes tecnológico, científico, estruturado e das instituições devem ser evitadas para não trazerem um amargor a um cuidado, tornando a gestão do cuidado saborosa e com aroma agradável ao sujeito, coletivos e aos profissionais de saúde. O produto final deve ser a qualidade da assistência a partir de políticas, saberes e instituições que foram construídas e procuram manter o cuidado protegido.

Para finalizar meu devaneio e esta Tese, digamos essa loucura cartográfica, compreendo que a gestão do cuidado ocorre na singularidade dos atores sociais e também coletivamente no encontro entre esses atores.

Desta forma, no singular momento do encontro entre o sujeito e o profissional, muito pode ser construído na perspectiva da produção desejante (BAREMBLITT,

2012). Ou seja, nessa micropolítica do encontro, caso o sujeito e o profissional apostem na possibilidade de transmitir e captar essências primárias, a gestão do cuidado poderá ser iniciada. Quando profissionais e gestores se encontrarem, se houver a releitura do sujeito a ser cuidado, se captarem e transmitirem de forma pura e rica as outras essências, a gestão prosseguirá. Assim, poderá ser inventado um melhor acompanhamento para o sujeito.

REFERÊNCIAS⁶

- ABRASCO. **Carta Aberta Abrasco** – Contra a PEC 241, em defesa do SUS, dos direitos sociais e da democracia. Rio de Janeiro, 5 out. 2016. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/2016/10/carta-aberta-abrasco-contra-a-pec-241-em-defesa-do-sus-dos-direitos-sociais-e-da-democracia/>>. Acesso em: 4 dez. 2016.
- ALVARENGA, D.; LAPORTA, T. PEC 241 – um teto para os gastos públicos. **Globo (G1)**, 23 out. 2016. Disponível em: <<http://especiais.g1.globo.com/economia/2016/pec241-umtetoparaosgastospblicos/>>. Acesso em: 4 dez. 2016.
- AMARANTE, P. D. C. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: _____. (Org.). **A Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 73-84.
- ANASTÁCIO, C. C.; FURTADO, J. P. Reabilitação psicossocial e *recovery*: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de Saúde Mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 9, 2012.
- ANDRADE, L. H. et al. Mental Disorders in Megacities: Findings from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. **PLOS ONE**, United States of America, v. 7, n. 2, 2012.
- ANJOS, F. K. et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, oct./dez. 2013.
- ARANTES, J. T. Exposição à violência no trabalho pode causar depressão em profissionais de saúde. **Agência FAPESP**, São Paulo, 2 abr. 2015. Disponível em: <http://agencia.fapesp.br/exposicao_a_violencia_no_trabalho_pode_causar_depressao_em_profissionais_de_saude_/20923/>. Acesso em: 11 dez. 2016.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 8, n. 14, 2004.
- BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, 2010.
- BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. 6. ed. Belo Horizonte: Editora FGD, 2012. 260p.
- _____. **Introdução à Esquizoanálise**. Belo Horizonte: Biblioteca da Fundação Gregorio Baremlitt/Instituto Félix Guattari, 2010.

⁶ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

BENITES, A. Sousa Santos: “A esquerda está desmaiada, mas não foi a nocaute. A partida não acabou”. **El País Brasil**, Brasília, 21 nov. 2016. Disponível em: <http://brasil.elpais.com/brasil/2016/11/15/politica/1479234938_529272.html>. Acesso em: 18 dez. 2016.

BETOLLI, M.; LAVRADOR, M. C. C. Apoio matricial: cartografando seus efeitos na rede de cuidados e no processo de desinstitucionalização da loucura. **Polis e Psiqui**, v. 2, 2012.

BIGATTO, K.R.S.; SANTOS, S.G. A música entoando a saúde mental pela via da subjetividade. IN: **SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA – USP**, 16, 2008, São Paulo, 2008.

BOUSQUAT, A.; COHN, A.; ELIAS, P. E. Implementation of the Family Health Program and socio-spatial exclusion in the city of São Paulo, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 9, 2006.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. **Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Republicada em 4 mar. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002**. In: _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Planalto, 2011.

BRITO, M. R. Dialogando com Gilles Deleuze e Félix Guattari sobre a subjetividade desterritorializada. **Alegar**, n. 9, jun. 2012.

CAÇAPAVA, J. R. **O acolhimento e a produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica**: uma cartografia do trabalho em equipe. 2008. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

_____. et al. Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, p. 1256-60, 2009.

CAPISTRANO FILHO, D. O Programa Saúde da Família em São Paulo. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, 1999.

CARVALHO, M. N.; FRANCO, T.B. Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, 2015.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface**, Botucatu, v. 13, suppl. 1, p. 531-542, 2009.

CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitich, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, n. 1, p. 545-555, 2009.

_____. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 37, jun. 2011.

_____. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, 2012.

CHIAVERNO, D. H. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.

COLVERO, L. A. et al. Cotidiano de cuidados e saúde mental na atenção básica à saúde. In: MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A.; RODOLPHO, J. R. C. (Orgs.). **Saúde mental**: cuidado e subjetividade. São Caetano do Sul: Difusão Editora; Rio de Janeiro: Editora Senac Rio de Janeiro, 2013. Cap. 4, p. 97-129. v. 2.

COLVERO, L. A.; MACHADO, A. L. O cuidado de enfermagem: o sujeito do cuidado como sujeito da relação. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, n. 18, v. 1/2, p. 51-55, jan./ago. 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2013.

COSTA-ROSA, A; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: SCLAR, M. et al. **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

DALMOLIN, B.M. **Esperança equilibrada**: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 214p.

DELEUZE, G. Qu'est-ce qu'un dispositif?. Michel Foucault philosophe. Various. **Rencontre internationale**. Paris 9, 10, 11, janvier 1988. Paris, Seuil. 1989

_____; GUATTARI F. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia. 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 2011. v. 1.

_____; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Editora Escuta, 1998.

DICIO. Dicionário Online de Português. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br>>. Acesso em: 4 dez. 2016.

DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA. **Prontuário**. 2013a. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/prontu%C3%A1rio>>. Acesso em: 11 dez. 2016.

_____. **Favo**. 2013b. Disponível em: <<https://www.priberam.pt/dlpo/favo>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

DRUMMOND, C. Entenda o que está em jogo com a aprovação da PEC 55. **Carta Capital**, São Paulo, 30 nov. 2016. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/economia/entenda-o-que-esta-em-jogo-com-a-aprovacao-da-pec-55>>. Acesso em: 4 dez. 2016.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; DALL ALBA, R. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, sup., ago., 2012.

FERREIRA, G. E.; KAISER, D. E.; DUARTE, Ê. R. M.; FERLA, A. A. Configurações contemporâneas do mundo do trabalho, proatividades e redes de colaboração. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Orgs.). **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas**: conexões para a produção de saberes e práticas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, 2009.

FORTUNA, C. M. **Cuidando de quem cuida**: notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca mutante para a produção de vida. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem de Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo em trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em Redes**. CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_-_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2016.

_____. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise e serviço de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E.E.; MAGALHAES, Junior H. M.; RIMOLI, R.; FRANCO, T.B., BUENO, W.S. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 161-98.

_____; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 1999.

_____; MERHY, E.E. Cartografia do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus- Actas Saúde Coletiva**, v. 6, n, 2, 2012.

_____; _____. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRIGIERI, F.F. **Como fazer transferência de colmeia da Jataí**. Plantando Vida, 19 mar. 2013. Disponível em: <<https://plantandovida.wordpress.com/2013/06/19/como-fazer-a-transferencia-da-colmeia-da-jatai/>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

FROSSI, R. V.; TESSER, C. D. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, 2015.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**, v.9, n.17, mar./ago. 2005.

GRYSCHKE, G.; PINTO, A.A.M. saúde Mental: como as equipes de saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.10, 2015.

GUATTARI, F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. Suely Rolnik (seleção, prefácio, produção). 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografia do desejo. 4. ed. Petrópolis: Vozes; 1996.

GUIZARDI, F.L.; LOPES, M.R.; CUNHA, M.L.S.; Contribuições do Movimento Institucionalista para o estudo de políticas públicas de saúde. In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p. 200-2018.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais de Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.20, n.2, 2015.

_____. A reforma psiquiátrica: uma (re)visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, 2009.

_____; SCARPARO, H.B.K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.2, 2015.

IBGE. Censo demográfico, 2010. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=sp>>. Acesso em: 21 dez. 2016.

ITC Vertebral. **Nervo ciático**. Disponível em:
<<http://www.itcvertebralgo.com.br/informativos/43-nervo-ciatico>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

JORGE, M.S.B.; RANDEMARK, N.F.R.; QUEIROZ, M.V.O; RUIZ, E.M. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n. 6, 2006.

KASTRUP, V. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. In: CASTRO, L.N.; BESSET, V. L. (Orgs.). **Pesquisa-intervenção na infância e juventude**. Rio de Janeiro: Nau, 2008. pp. 465-489.

_____. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 32-51.

_____; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Sulina, 2014.

L'ABBATE, S. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, 2012.

LAVRADOR, M.C.C; RIBEIRO, W.L. As forças do CAPS: uma experiência cartográfica. **Revista Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 7, n. 2, 2015.

LEITÃO, M. Crise econômica é a grande causa do impeachment. **O Globo**, São Paulo, 25 ago. 2016. Disponível em: <<http://blogs.oglobo.globo.com/miriam-leitao/post/crise-economica-e-grande-causa-do-impeachment.html>>. Acesso em: 4 dez. 2016.

LENINE; QUEIROGA, L. A. **Ponte**. O dia em que faremos contato. BMG/Ariola, 1997. 1 CD-ROM.

LOURAU, R. Objeto e método da análise institucional. In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 66-86.

MACHADO, A.L.; COLVERO, L.A. (Orgs.). **Saúde Mental**: texto de referência para auxiliares e técnicos de Enfermagem. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.

_____; _____. RODOLPHO, J.R. (Orgs.). **Saúde Mental**: cuidado e subjetividade: São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora; Rio de Janeiro: Editora Senac Rio de Janeiro, 2013. v. 2.

MARTINES, W.R.V. **O cotidiano da produção do cuidado em saúde mental e a produção do prazer**: uma cartografia. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

_____; MACHADO, A.L.; COLVERO, L.A. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Revista Eletrônica Tempus**, v.7, n.2, 2013.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na Saúde em transformação**: um ensaio cartográfico do acolhimento. Tese (Doutorado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2003.

MELO, M.C.B.; BARROS, É.N. Histerectomia e simbolismo do útero: possíveis repercussões na sexualidade feminina. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, 2009.

MELO, R.J. **Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde**: os discursos ideológico-políticos do Ministério da Saúde. 2009. Dissertação (Mestrado em Política Social), Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Espírito Santo, 2009.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar**: a alma dos serviços de saúde. Texto produzido a partir do texto didático: o ato de cuidar como um dos nós críticos-chave dos serviços de saúde. Curso DMPS/FCM/Unicamp; 1999.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. IN: ONOKO, R. (Org.). **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 74-111.

_____. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, Túlio Batista; PERES, Marco Aurélio de Anselmo (Org.). **Acolher Chapecó**. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Editora Hucitec, 2004a, p. 21-45.

MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores, 2004b. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção do seu modo de trabalhar a assistência. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

_____; BUENO, W.S. **Organizações sociais**: autonomia de quem e para que?. São Paulo: Câmara Municipal de São Paulo, jun., 1998. Debate sobre as OS. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-15.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

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

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: a pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec. 9. ed. 2006.

_____; GUALHANO, L. 10 anos da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, 2016.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, 2008.

MUNDO DA DANÇA. **Dicionário do Ballet**. 2016. Disponível em: <<http://www.mundodadanca.art.br/2011/04/dicionario-do-ballet.html>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

NASCIMENTO, A. **Resenha sobre a música**: os argonautas de Caetano Veloso. Recantos das Letras, abr. 2014. Disponível em: <<http://www.recantodasletras.com.br/resenhas/4753015>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

NOVAES, A.C. Qual a diferença entre artrite, artrose, osteoartrite e osteoartrose. **Osteoartrose** – NG Sites Ltda. Disponível em: <<http://www.osteartrose.com.br/editorial/34/tema-do-mes/artrite-artrose-osteoartrite-e-osteartrose-qual-a-diferenca>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

PASQUALE, E; PERREIRA, M.A.O. Gestão da psiquiatria na comunidade. **Cient., Ciênc. Biol.** Saúde, Londrina, v.2, n.1, out. 2000.

PASSOS, E.; BARROS, R.B. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, jan./abr. 2000.

PASSOS, E.; EIRADO, A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: _____; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

_____; KASTRUP, V. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. In: _____; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2014.

_____; _____; ESCÓSSIA. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

_____; _____; TEDESCO, S. A experiência cartográfica e a abertura de novas pistas. In: _____; _____; _____. (Orgs.). **Pistas do método cartográfico: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2014. v. 2.

PELBART, P.P. **A vertigem por um fio: políticas da subjetividade contemporânea**. São Paulo: Iluminuras, 2000.

PERES, R.S.; BORSONELLO, E.C.; PERES, W.S. A esquizoanálise e a produção da subjetividade: considerações práticas e teóricas. **Psicologia em Estudo**, v. 5, n.1, 2000.

PESSOA, F. **Livro do desassossego** - composto por Bernardo Soares, ajudante de guarda-livros na cidade de Lisboa. Richard Zenith (Org.). 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

PIGOZI, P.L. et al. Revisão Integrativa da cartografia na produção de pesquisas em enfermagem no Brasil. **Saúde e Transformação Social**, v.5, n.3, 2014.

PIRES, M.R.G.M.; GÖTTEMS, L.B.D. Análise da gestão do cuidado no programa de saúde da família: referencial teórico-metodológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, 2009.

REIS, V. **'Austeridade faz mal à saúde' diz o último Grande Debate em Cuiabá**. ABRASCO, Rio de Janeiro, 12 out. 2016. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/2016/10/austeridade-faz-mal-a-saude-diz-o-ultimo-grande-debate-em-cuiaba/>>. Acesso em: 4 dez. 2016.

RODRIGUES, H. B. C.; SOUZA, V. L. B. A análise institucional e a profissionalização do psicólogo. In: SAIDON; O.; KAMKHAGI, V. R. (Orgs.). **Análise institucional no Brasil**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987. p. 17-35.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2014.

ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, v. 1, n. 2, set./fev. 1993.

ROMAGNOLI, R.C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia & Sociedade**, n. 21, v. 2, p.166-173. 2009.

SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup.**, v. 9, 1998.

_____. Psiquiatria e saúde mental. **J. Bras. Psiq.**, v. 44, n. 8, ago. 1995.

SATER, A.; TEIXEIRA, R. **Tocando em frente**. Warner Music, 2009.

SBROGGIO, A.M.R.; OSIS, M.J.M.D.; BEDONE, A.J. O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v.51, n.5, 2005.

SILVA, A.T. et al. **Soc. Psychiatry and Psychiatr Epidemiol**, v. 50, n. 9, 2015.

SILVA, K. P. Como as abelhas fazem o mel? **Diário de Biologia**, 2010. Disponível em: <<http://diariodebiologia.com/2010/05/como-as-abelhas-fazem-o-mel/>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

SILVA, P. L. et al. A interface saúde mental e atenção básica. **Boletim de Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 18, n. 1, jan./jun. 2004.

SMS. Chamamento público para seleção de organização social para gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde em Unidades Básicas de Saúde. 2014 Disponível:

<<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/EDITALPENHAERMELINOMATARAZZOCHAMAMENTO0192014.pdf>>. Acesso em: 8 dez. 2016.

SOUZA, A.C.; RIVERA, F.J.U. A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev. Tempus Actas. Saúde Colet.**, n. 4, v.1, 2010.

SOUZA, A.V.M. **Marcas de diferença**: subjetividade e devir na formação de professores. Rio de Janeiro: E-papers, 2007.

SOUZA, L.P.; GONÇALVES, M. J.; VALLE, F.; GEBER, S. Histerectomia total e subtotal: há diferença quanto ao impacto na sexualidade? **Reprodução & Climatério**, v. 28, n. 3, 2013.

SPOLLE, C.W.; MACHADO, A.L.; BIGATTO, K.R.S.; SANTOS, S.G. Música no cuidado em saúde mental. In: MACHADO, A.L.; COLVERO, L.A.; RODOLPHO, J. R. C. (Orgs.). **Saúde mental**: cuidado e subjetividade. São Caetano do Sul: Difusão Editora; Rio de Janeiro: Editora Senac Rio de Janeiro, 2013. v. 2. cap. 6. p. 153-170.

TEDESCO, S.H.; SADE, C.; CALIMAN, L.V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Sulina, 2014.

TEIXEIRA, R.R. Cuidado e subjetividade: sob signo da invenção. In: MACHADO, A.L.; COLVERO, L.A.; RODOLPHO, J.R.C. (Orgs.). **Saúde mental**: cuidado e subjetividade. São Caetano do Sul: Difusão Editora; Rio de Janeiro: Editora Senac Rio de Janeiro, 2013. v. 2. p. 11-13.

TOKARNIA, M. Relator da ONU diz que PEC do Teto terá impacto “severo” nos mais pobres. **Agência Brasil**, 2016. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2016-12/relator-da-onu-diz-que-pec-do-teto-tera-impacto-severo-e-recomenda-debate>>. Acesso em: 13 dez. 2016.

TOQUINHO. **Aquarela**. 1983.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas; 1987.

VASCONCELOS, M.G.F. et al. Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, jan./jun. 2012.

VELOSO, C. **Oração ao tempo**. Cinema Transcendental: 1979. CR-ROM.

_____. **Os Argonautas**. Caetano. Chico e Caetano, juntos e ao vivo, Polygram, 1969. CD-ROM.

ANEXOS

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cartografia da gestão de cuidado da saúde mental na atenção básica

Pesquisador: Sara Giubilei Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31700214.7.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 713.991

Data da Relatoria: 10/06/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de doutorado, com usuários, trabalhadores e gestor de UBS com Estratégia Saúde da Família, na particularidade do tratamento em saúde mental.

A pesquisadora informa que pretende, a partir de 1 caso selecionado para a discussão no Fórum de Saúde Mental da Região, descrever o percurso e a gestão do cuidado da saúde mental na atenção básica com a articulação das RAS, acompanhando as ações já realizadas e as que estão para serem desenvolvidas com o usuário em sofrimento psíquico em seu território adstrito. Serão entrevistados usuários e trabalhadores da equipe de SF que o atendem, gerente da UBS, e gestores Regionais (coordenadores: de saúde mental e da atenção básica).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Acompanhar a gestão do cuidado a um usuário em sofrimento psíquico

Objetivos Específicos:

Cartografar a dimensão sistêmica e organizacional da gestão do cuidado em saúde mental.

Cartografar a dimensão profissional da gestão do cuidado de um usuário em sofrimento psíquico em uma UBSF.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

Cartografar a dimensão individual de um usuário em sofrimento psíquico de uma UBSF

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

os riscos são mínimos uma vez que todos os sujeitos, ao serem esclarecidos, terão condição de optar por participar, ou não, da pesquisa. Além disso os usuários, por estarem em acompanhamento, também terão a retaguarda do serviço de saúde caso necessitem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não está clara como será escolhida a UBS, bem como o único sujeito a ser acompanhado.

Na descrição dos sujeitos afirma-se que "O intuito desta pesquisa é desenvolver-se a partir de um caso traçador escolhido por uma equipe de SF para a discussão no Fórum de Saúde Mental...".

No entanto, em seguida afirma-se que "A Coordenação de Saúde Mental da região escolherá qual caso traçador e UBSF serão pesquisadas, a partir dos já discutidos ou que estão para serem discutidos no Fórum de Saúde Mental".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os TCLE para usuários e trabalhadores contém textos muito parecidos e por isso contém equívocos. Dos Termos para trabalhadores e gestores consta: "Caso tenha alguma dificuldade ou diminuição da capacidade de consentimento, pediremos o devido consentimento para algum representante legal para que assim este possa se responsabilizar pelo termo de consentimento livre e esclarecido ...". Provavelmente essa frase seja destinada ao usuário e não aos trabalhadores.

Do termo aos usuários consta: "... se quiser, poderá parar quando quiser e suas respostas serão preservadas". Deve ficar garantido que ele pode retirar-se da pesquisa e retirar também suas respostas. Da forma como está, ainda que ele não queira mais participar, suas respostas serão mantidas. portanto, não está preservada a escolha de não participar.

O TCLE dos usuários contém termos que dificultam a compreensão (pesquisa-intervenção, gestão do cuidado, entre outras). Não se trata de desqualificar a possibilidade de compreensão, mas de uniformizar a possibilidade de compreensão, para que o usuário possa optar com clareza pela sua participação.

Recomendações:

não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Esclarecer como será feita a escolha da UBS e do usuário.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 713.991

- Esclarecer se será apenas um caso ou um caso de cada UBSF e quantas UBSF,
- Esclarecer o que vem a ser "caso traçador"
- aprimorar os textos dos TCLE.

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aguarda-se as respostas às pendências assinaladas num prazo máximo de 60 dias, após esse período o processo será arquivado.

SAO PAULO, 10 de Julho de 2014

Assinado por:
Ruth Natalia Teresa Turrini
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cartografia da gestão de cuidado da saúde mental na atenção básica

Pesquisador: Sara Giubilei Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31700214.7.3001.0086

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 808.352

Data da Relatoria: 04/09/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto para obtenção do título de doutor, junto à Escola de Enfermagem da USP, com foco em todos os aspectos do atendimento na atenção básica de um paciente em sofrimento mental.

Serão 15 participantes da pesquisa, todos com algum tipo de participação no tratamento (o paciente, os familiares e os profissionais envolvidos no caso). Será utilizado o método cartográfico que pretende acompanhar o processo e não apenas representar o objeto.

Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo pesquisa/intervenção.

Os dados serão colhidos por meio de entrevistas semi-estruturadas e reuniões com os profissionais de saúde envolvidos de qualquer maneira com o caso, para traçar o processo de atendimento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Acompanhar a gestão do cuidado a um usuário em sofrimento psíquico na atenção básica.

Objetivo Secundário:

- Cartografar a dimensão sistêmica e organizacional da gestão do cuidado em saúde mental.
- Cartografar a dimensão profissional da gestão do cuidado de um usuário em sofrimento psíquico em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF).

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 808.352

- Cartografar a dimensão individual de um usuário em sofrimento psíquico de uma UBSF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos, pois o paciente estará sob atendimento de profissionais da saúde mental, buscando entender e melhorar o processo de atendimento realizado na Atenção Básica. Ao possibilitar momentos de reflexão para os participantes, a pesquisa possibilitará construções de novas potências no trabalho, que se traduzirão em benefícios para o paciente em estudo e para outros doentes mentais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A intenção de refletir sobre o atendimento do paciente em sofrimento mental possibilita a identificação dos aspectos deste atendimento que devem ser alterados e daqueles que devem ser fortalecidos.

A metodologia é adequada aos objetivos descritos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada. Cronograma foi atualizado, a pesquisadora se compromete a não iniciar a coleta dos dados antes da emissão do parecer de aprovado pelo CEP.

Orçamento detalhado foi apresentado, os custos do projeto estarão a cargo do pesquisador. Há benefícios previstos na realização do estudo.

O TCLE foi retificado.

Recomendações:

Enviar um adendo ao CEP da instituição proponente a fim de que sejam informadas as alterações feitas ao projeto ora aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

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. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 26 de Setembro de 2014

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE
FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Eu, Sara Giubilei Santos, aluna de doutorado da EEUSP (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo) sob orientação da Professora Ana Lucia Machado, estou desenvolvendo uma pesquisa chamada “Cartografia da gestão do cuidado da saúde mental na atenção básica” trata-se de uma pesquisa-intervenção com o objetivo de cartografar a gestão do cuidado de um usuário em saúde mental na atenção básica entre profissionais de saúde, gestores e usuário do serviço de saúde. Em outras palavras cartografar é acompanhar processos, mapear problemas, diálogos e afetos e registrar cenas cotidianas. A metodologia utilizada nesta pesquisa é a própria cartografia.

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar de nossa pesquisa onde serão realizados dois encontros. Um primeiro encontro será realizado para que você e sua equipe compreendam as intenções desta pesquisa e o instrumento de pesquisa chamado Fluxograma Analisador. Solicitaremos também sua colaboração para acompanhar a abordagem ao usuário para que a aproximação possa ser realizada no tempo necessário, com respeito e cautela. Este acompanhamento poderá ser à distância e através de discussões comigo sobre o andamento das conversas e entrevista com o usuário.

No segundo encontro usaremos o Fluxograma Analisador, o qual possibilita traçar os caminhos do usuário no serviço de saúde e fora dele. Com seu consentimento a construção do Fluxograma Analisador será gravada (com gravador de voz) e seu discurso será registrado. Garanto sigilo absoluto de sua identidade pessoal, de forma que seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo não serão divulgados na pesquisa. Você fica totalmente livre para sair do trabalho em grupo quando achar necessário.

Cabe esclarecer que você tem total liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso implique em qualquer prejuízo pessoal, não utilizaremos também as informações fornecidas por você, se assim o quiser.

Caso queira participar, garantimos sigilo absoluto de sua identidade pessoal na apresentação do relatório final da pesquisa que será apresentado em forma de tese de doutorado e divulgado em revistas científicas especializadas.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será para compreender como ocorre o cuidado ao usuário em sofrimento mental na atenção básica e isto poderá ajudar os profissionais que trabalham na saúde mental e atenção básica a cuidar melhor dos usuários.

Disponho-me a esclarecer, sempre que necessário qualquer aspecto relacionado à pesquisa, durante o seu desenvolvimento, a fim de eliminar possíveis dúvidas.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é elaborado em duas vias, as quais uma ficará em posse do pesquisador e outra em posse do pesquisado ou de

seu representante legal.

Para que você possa acompanhar o desenvolvimento da pesquisa ou retirar seu consentimento, oferecemos meu e-mail e telefone: sarags@usp.br / 11-964115288 o da Profa. Ana Lúcia Machado almachad@usp.br / 11-3061-7602.

Informamos também o email e telefone de contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP: edipesq@usp.br / (11) 3061-7548 e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo: smscep@gmail.com / (11) 3397-2464, caso seja necessário esclarecer dúvidas e realizar denúncias quanto às questões éticas.

Agradecemos a sua atenção,

Sara Giubilei Santos

Declaro que aceito participar do presente Protocolo de Pesquisa, depois de ter sido convenientemente esclarecido e ter entendido o que me foi explicado a respeito do objetivo, da forma de participação e da utilização das informações na pesquisa, além da liberdade de participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento sem prejuízo pessoal.

São Paulo, ____ de _____ de 2014.

Nome: _____ Fone: _____

Assinatura do Sujeito da Pesquisa ou Responsável legal:

Assinatura da Pesquisadora: _____

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GESTOR)

Eu, Sara Giubilei Santos, aluna de doutorado da EEUSP (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo) sob orientação da Professora Ana Lucia Machado, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Cartografia da gestão de cuidados da saúde mental na atenção básica” trata-se de uma pesquisa-intervenção com objetivo de cartografar a gestão do cuidado de um usuário em saúde mental na atenção básica entre profissionais de saúde, gestores e usuário do serviço de saúde. Em outras palavras cartografar é acompanhar processos, mapear problemas, diálogos e afetos e registrar cenas cotidianas. A metodologia utilizada nesta pesquisa é a própria cartografia.

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar de nossa pesquisa onde serão realizados dois encontros. Um primeiro encontro para que você compreenda as intenções desta pesquisa e para que você e sua equipe possam sugerir uma unidade básica de saúde com estratégia saúde da família, com o qual iremos construir um Fluxograma Analisador, que possibilita traçar os caminhos do usuário no serviço de saúde e fora dele.

No segundo encontro realizaremos entrevista semi-estruturada com questões norteadoras, com seu consentimento a entrevista será gravada (com gravador de voz) e seu discurso será registrado. Garanto sigilo absoluto de sua identidade pessoal, de forma que seu nome ou qualquer informação que possam identificá-lo não serão divulgados na pesquisa. O dia, local e horário da entrevista serão definidos de acordo com a sua disponibilidade.

Cabe esclarecer que você tem total liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso implique em qualquer prejuízo pessoal, não utilizaremos também as informações fornecidas por você, se assim o quiser.

Caso queira participar, garantimos sigilo absoluto de sua identidade pessoal na apresentação do relatório final da pesquisa que deverá ser apresentado em forma de tese de doutorado e divulgado em revistas científicas especializadas.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será para compreender como ocorre o cuidado ao usuário em sofrimento mental na atenção básica e isto poderá ajudar os profissionais que trabalham na saúde mental e atenção básica a cuidar melhor dos usuários.

Disponho-me a esclarecer, sempre que necessário qualquer aspecto relacionado à pesquisa, durante o seu desenvolvimento, a fim de eliminar possíveis dúvidas.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é elaborado em duas vias, as quais uma ficará em posse do pesquisador e outra em posse do pesquisado ou de seu representante legal.

Para que você possa acompanhar o desenvolvimento da pesquisa ou retirar seu consentimento, oferecemos meu e-mail e telefone: sarags@usp.br / 11-

964115288 o da Profa. Ana Lúcia Machado almachad@usp.br / 11-3061-7602.

Informamos também o email e telefone de contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP: edipesq@usp.br / (11) 3061-7548 e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo: smscep@gmail.com / (11) 3397-2464, caso seja necessário esclarecer dúvidas e realizar denúncias quanto às questões éticas.

Agradecemos a sua atenção,

Sara Giubilei Santos

Declaro que aceito participar do presente Protocolo de Pesquisa, depois de ter sido convenientemente esclarecido e ter entendido o que me foi explicado a respeito do objetivo, da forma de participação e da utilização das informações na pesquisa, além da liberdade de participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento sem prejuízo pessoal.

São Paulo, ____ de _____ de 2014.

Nome: _____ Fone: _____

Assinatura do Sujeito da Pesquisa ou Responsável legal:

Assinatura da Pesquisadora: _____

ANEXO E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (USUÁRIO SERVIÇO DE SAÚDE)

Eu, Sara Giubilei Santos, aluna de doutorado da EEUSP (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo) sob orientação da Professora Ana Lucia Machado, estou desenvolvendo uma pesquisa chamada “Cartografia da gestão de cuidados da saúde mental na atenção básica”, trata-se de uma pesquisa sobre como o cuidado é realizado a um usuário de uma unidade básica de saúde (UBS), será realizada com profissionais da saúde, gestores e um usuário do serviço de saúde. Esta pesquisa tem como objetivo cartografar o cuidado realizado a um usuário em sofrimento mental na atenção básica entre profissionais de saúde, gestores e usuário do serviço de saúde. Em outras palavras cartografar é acompanhar processos, mapear problemas, diálogos e afetos e registrar cenas cotidianas. A metodologia utilizada nesta pesquisa é a própria cartografia.

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar de nossa pesquisa. Os profissionais da UBS, a equipe que trabalha aqui, está sabendo deste trabalho e colabora conosco. Será assim: se você quiser e aceitar, vamos conversar com você várias vezes para nos conhecermos com calma e para explicar a pesquisa. E assim, conversando vamos marcar um dia, hora e local para realizarmos algumas perguntas, por exemplo: como foi e esta sendo seu acompanhamento nos serviços de saúde, quando começou seu tratamento e onde, quais suas dificuldades e as facilidades no seu tratamento. Com seu consentimento, a entrevista será gravada (com gravador de voz) e sua fala será registrada.

Garanto sigilo total de sua identidade pessoal, de forma que seu nome ou qualquer informação que possa identifica-lo (a) não serão divulgados na pesquisa. A pesquisa será apresentada em forma de tese de doutorado e divulgada em revistas científicas especializadas.

Agora, solicitamos sua atenção para preencher junto a nós este papel que faz parte da pesquisa. Caso tenha alguma dificuldade, pediremos o apoio e o consentimento de alguma pessoa da sua família ou seu representante legal.

Você tem total liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso implique em qualquer prejuízo pessoal e também garantimos sigilo absoluto de sua identidade pessoal. Quer dizer, você vai participar desta pesquisa se quiser, poderá parar quando quiser e suas respostas não serão utilizadas se assim desejar.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras, ou seja, você não precisa pagar nada para conversar com a gente sobre o cuidado que recebe e nós também não vamos pagar nada a você durante este trabalho. O benefício relacionado à sua participação será para compreender como ocorre o cuidado ao usuário em sofrimento mental na atenção básica e isto poderá ajudar os profissionais que trabalham na saúde mental a cuidar melhor dos usuários.

Disponho-me a esclarecer, sempre que necessário qualquer aspecto relacionado à pesquisa, durante o seu desenvolvimento, a fim de eliminar possíveis dúvidas.

Este termo de consentimento livre e esclarecido, quer dizer, este papel é feito

em duas vias, uma ficará com você e outra conosco.

Para que você possa acompanhar o desenvolvimento deste trabalho ou retirar seu consentimento, oferecemos meu e-mail e telefone: sarags@usp.br / 11-96411-5288 e o da Profa. Ana Lúcia Machado almachad@usp.br / 11-3061-7602.

Informamos também o email e telefone de contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP: edipesq@usp.br / (11) 3061-7548 e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo: smscep@gmail.com / (11) 3397-2464, caso seja necessário esclarecer dúvidas e realizar denúncias quanto às questões éticas.

Agradecemos a sua atenção,

Sara Giubilei Santos

Declaro que aceito participar do presente Protocolo de Pesquisa, depois de ter sido convenientemente esclarecido e ter entendido o que me foi explicado a respeito do objetivo, da forma de participação e da utilização das informações na pesquisa, além da liberdade de participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento sem prejuízo pessoal.

São Paulo, ____ de _____ de 2014.

Nome: _____ Fone: _____

ANEXO F

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM GESTOR (COORDENADOR ATENÇÃO BÁSICA E GERENTE UBSF)

I) Caracterização do sujeito da pesquisa:

Nome: Idade: Sexo:

Formação profissional? Tempo de Formação?

Tempo de atuação no atual cargo?

Experiência anterior na gestão?

Experiência de trabalho assistencial anterior?

II) Questões norteadoras:

- 1) Como se estabelece a rede de atenção à saúde mental na região?
- 2) Quais os equipamentos de saúde mental existentes?
- 3) A equipe de saúde articula com os equipamentos sociais e de saúde? Como se articulam? Quais as dificuldades e facilidades existentes nesta articulação?
- 4) Como a equipe de saúde promove o cuidado ao usuário em sofrimento psíquico?
- 5) Existem momentos de discussão com a equipe sobre a gestão do cuidado em saúde mental? Quais são eles? Como são construídos esses espaços? Quais suas problemáticas e suas facilidades?
- 6) Há encontros trabalhadores-usuários que promovem um cuidado ampliado, criativo, de potência e reinvenção do humano ao usuário em sofrimento psíquico? Se não, como desenvolver? É necessário esse cuidado? Se ocorre, como ocorre? Como potencializar esses encontros?

ANEXO G

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA USUÁRIO DO SERVIÇO DE SAÚDE

I) Caracterização do sujeito:

Nome: Idade: Sexo:

Filhos: Situação conjugal: Com quem Vive: Formação: Tem

Profissão? Qual?

Diagnóstico Médico? Tempo de Diagnostico médico?

Tempo de tratamento médico?

Serviços que acompanhou?

Quais serviços de saúde você acompanha atualmente?

Quais equipamentos, lugares de seu território você utiliza?

II) Questões norteadoras:

- 1) Como você iniciou seu cuidado na UBSF?
- 2) Como você observa o cuidado prestado a sua saúde na UBS?
- 3) Você apresentou dificuldades de acessar/entrar na rede de assistência de saúde?
- 4) Quais suas dificuldades com seu sofrimento psíquico? A equipe de saúde percebe essas dificuldades?