



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Taís Fernanda Maimoni Contieri Santana

***CARTOGRAFIA DO CUIDADO EM UM TERRITÓRIO DAS
REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL***

**Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Câmpus de Botucatu,
junto ao Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem:
Mestrado e Doutorado, para
obtenção do título de Doutora em
Enfermagem**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eliana Mara Braga

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Alice Ornellas Pereira

**Botucatu
2018**

TAÍS FERNANDA MAIMONI CONTIERI SANTANA

**CARTOGRAFIA DO CUIDADO EM UM TERRITÓRIO DAS REDES
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Câmpus de Botucatu,
junto ao Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem:
Mestrado e Doutorado, para
obtenção do título de Doutora em
Enfermagem**

Orientadora: Prof^a. Dr^a Eliana Mara Braga

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Alice Ornellas Pereira

**Botucatu
2018**

Ficha catalográfica

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Santana, Taís Fernanda Maimoni Contieri.
Cartografia do cuidado em um território das Redes de Atenção
Psicossocial / Taís Fernanda Maimoni Contieri Santana. -
Botucatu, 2018

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de
Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Eliana Mara Braga

Coorientador: Maria Alice Ornellas Pereira

Capes: 40404005

1. Cartografia. 2. Atenção Psicossocial. 3. Saúde mental. 4.
Atenção primária à saúde. 5. Serviços de saúde mental. 6.
Enfermagem

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde; Cartografia;
Cuidado.

Folha de aprovação

Taís Fernanda Maimoni Contieri Santana

Cartografia do cuidado em um território das Redes de Atenção Psicossocial

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem: Mestrado e Doutorado, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eliana Mara Braga

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Alice Ornellas Pereira

Comissão examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

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: _____

Dedicatória

Dedico esta pesquisa aos meus filhos Gabriel e Murilo que são minha missão de cuidado e amor nesta existência terrena.

Gratidão e sutilezas....

Palavras encharcadas de amor, cuidado e aprendizado

Agradeço a ti, ó Deus, por me amparar nos momentos difíceis, dar-me sabedoria e paciência para superar as dificuldades, iluminar meus caminhos nas horas incertas e me suprir em todas as necessidades.

A minha mãe, pela compreensão de minhas ausências durante este percurso e especialmente ao meu marido Júlio pelo apoio, cumplicidade e companheirismo e aos meus filhos pela paciência e afeto.

A minhas orientadoras Dr.^a Eliana Mara Braga e Dr.^a Maria Alice Ornellas Pereira. Que presente tê-las em minha vida! A vida nos reservou muitas surpresas e com discernimento e resiliência conseguimos transpor as barreiras burocráticas que permeiam o mundo acadêmico. A você, Maria Alice, agradeço imensamente por me permitir estar pela segunda vez sob sua orientação, por sua ajuda nos momentos mais críticos, por acreditar em mim e no futuro deste projeto, contribuir para o meu crescimento profissional e por ser também um exemplo a ser seguido. Sua dedicação e ternura jamais serão esquecidas por mim. E à querida Eliana, que foi colo que acolhe, minha gratidão e admiração, pela pessoa e profissional que é. E como na comunicação você soube me compreender.

Às professoras, Dra. Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua e Dr.^a Carmen Maria Casquel Monti Juliani que aceitaram participar de minha banca de qualificação. Vocês são mais do que especiais. Agradeço pelas contribuições que sem sombra de dúvida fortaleceram ainda mais esta tese.

Aos docentes que colaboraram com sua experiência, participando de minha defesa, meus sinceros agradecimentos.

Aos colaboradores diretos e indiretos desta pesquisa, profissionais da rede de saúde de Lins, pacientes e gestores.

A todos os docentes e discentes do programa de doutorado em enfermagem com os quais tive a honra de somar, multiplicar e dividir conhecimentos, em especial minha fiel e confidente amiga Daniela Garcia. E aos funcionários da pós-graduação, em especial ao César, atencioso e dedicado em suas funções.

Ao Centro Paula Souza (ETEC de Cafelândia) que me concedeu afastamento parcial das aulas para que eu pudesse me dedicar aos estudos.

E, finalmente, agradeço in memoria ao meu pai Roberto Contieri e minha avó Gumercinda Montrezol, que junto a Deus foram o alento nas horas difíceis. O exemplo e legado de bondade, honestidade e perseverança deixado por vocês foram essenciais nas horas de desânimo. Hoje compreendo que a vida é bem mais do que aquilo que podemos ver.

Muito obrigada!

Epígrafe

Balada Do Louco

*Dizem que sou louco por pensar assim
Se eu sou muito louco por eu ser feliz
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz*

*Se eles são bonitos, sou Alain Delon
Se eles são famosos, sou Napoleão
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz*

*Eu juro que é melhor
Não ser o normal
Se eu posso pensar que Deus sou eu*

*Se eles têm três carros, eu posso voar
Se eles rezam muito, eu já estou no céu
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz*

*Sim sou muito louco, não vou me curar
Já não sou o único que encontrou a paz
Mais louco é quem me diz
E não é feliz
Eu sou feliz*

NEY MATO GROSSO

RESUMO

Desde as últimas décadas, o sistema de saúde brasileiro tem passado por transformações essenciais, imprimindo um percurso caracterizado por enfrentamentos, desafios e avanços. Com a criação e implantação do SUS, mudanças significativas e necessárias vêm acontecendo, principalmente no campo da Saúde Mental. Dentre elas, a reversão do modelo manicomial para políticas de base territorial, como o cuidado integral nas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS). Com o olhar voltado para essa questão, a presente pesquisa cartografou o cotidiano do cuidado em saúde mental dos profissionais atuantes numa Unidade Básica de Saúde articulada a um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPSI). Para tanto, empregamos o método qualitativo e cartográfico. Utilizamos ferramentas, tais como a observação sistemática, diário de campo, fluxograma e entrevista audiogravável com onze profissionais que atuam nas unidades mencionadas acima, de um município do interior paulista. Três autores foram base referencial para análise: Emerson Merhy, autor que subsidiou a temática do cuidado; Benedetto Saraceno, autor que sustentou a discussão pertinente à Reabilitação Psicossocial e Eugênio Vilaça Mendes, autor que discutiu o trabalho em Redes, com enfoque na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Como resultado, foi constatado que apesar do acolhimento e acesso ofertados, os encontros e narrativas no território das redes conectivas da RAPS revelaram a fragilidade dos profissionais entrevistados frente aos cuidados em saúde mental na Atenção Primária, visto a percepção deturpada de que o cuidado é hegemônico e medicalizante, tendo o CAPS I como seu ordenador na maioria das vezes. Foi detectada, em algumas situações, uma mobilidade dos trabalhadores na rede, circulando entre os equipamentos de saúde. Isso favoreceu as conexões e fluxos entre equipes na construção das linhas de cuidado, sendo possível sentir as nuances das práticas em rede, dos novos serviços sob essa lógica que podem ser denominados espaços de produção de sujeitos sociais, de produção de subjetividades. A partir da cartografia, percebemos que a atenção em saúde mental no território pesquisado requer políticas intersetoriais, integradas, ampliando possibilidades, oportunidades e redimensionando a noção de direito e cidadania, bem como considerando o usuário como integrante da elaboração de projetos terapêuticos, fortalecendo o trabalho multiprofissional e qualificando os profissionais para as ações dirigidas ao cuidado. Destarte, a articulação de profissionais no campo da saúde mental em rede deve promover a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento, sendo que esta rede, no entanto, não deve limitar-se aos serviços especializados.

Palavras Chave: Atenção Primária à Saúde, Cartografia, Cuidado, Enfermagem, Rede de Atenção Psicossocial e Saúde Mental

ABSTRACT

Since the last decades, the Brazilian health system has gone through essential changes, establishing a path characterized by confrontations, challenges, and improvements. With the creation and implementation of the Unified Health System (SUS), necessary and substantial changes have been happening, mainly in the area of mental health. Among them, the reversal of the asylum model for territorial basis policies, such as the full care in the Psychosocial Care Networks (RAPS). Focusing on this issue, this research charted the mental health care of professionals from a Health Center linked to a Center for Psychosocial Attention I (CAPS). For this purpose we used the cartographic and qualitative method. We used tools, such as systematic observation, a field diary, a flowchart and a recordable interview with eleven professionals who work in the above-mentioned health centers of an inner city in the State of São Paulo. Three authors supported the analysis: Emerson Merhy, who subsidized the care topic; Benedetto Saraceno, who supported the discussion about Psychosocial Rehabilitation and Eugênio Vilaça Mendes, who discussed the work in Networks, focusing on the Psychosocial Care Network (RAPS). As a result, it was stated that despite the offered access and reception, the encounters and narratives in the area of connective network from RAPS revealed the fragility of the interviewed professionals facing mental health care in the Primary Health Care, considering the distorted perception that care is hegemonic and medicalized, often using the CAPS I as its authorizing officer. It was detected, in some cases, a mobility of the workers in the network, transiting between health equipment. This fact promoted the connections and flows between teams in the construction of care lines, making it possible to feel the nuances of network practices in new services under this logic, which can be called production spaces of social individuals, of production and subjectivity. From this cartography, we noticed that the attention to mental health in the studied area requires integrated intersectoral policies, widening possibilities, opportunities and resizing the idea of human rights and citizenship, as well as considering the user as a member in the elaboration of therapeutic projects, reinforcing the multi-professional work and qualifying professionals to care related actions. Therefore, the articulation of mental health network professionals should promote the formation of a real and solid group of references capable of receiving the individual in pain, however, this network, should not limit itself to specialized services.

Keywords: Primary Health Attention, Cartography, Care, Nursing, Center for Psychosocial Attention and Mental Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.....	37
Figura 2 - Princípios da RAPS.....	48
Figura 3 - Mapa das Regionais de Saúde de São Paulo.....	57
Figura 4 – Exemplo de fluxograma analisador.....	62
Figura 5 - Fluxograma analisador do processo de trabalho, Caps I e UBS - Lins/SP.....	68
Figura 6 - Fluxograma analisador do processo de trabalho, UBS/SOAD e Caps I - Lins/SP.....	75

LISTA DE SIGLAS

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

APS- Atenção Primária à Saúde

ASM - Ambulatório de Saúde Mental

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

ESF - Estratégia Saúde da Família

NASF - Núcleo de Atenção à Saúde da Família

OMS- Organização Mundial da Saúde

PACS- Programa de Agentes Comunitários da Saúde

PTS- Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RP- Reabilitação Psicossocial

RT- Residência Terapêutica

RUE - Rede de Urgência e Emergência

SOAD- Serviço Organizado para Atendimento Domiciliar

SUS- Sistema Único de Saúde

TDM - Transtorno Depressivo Maior

TOC - Transtorno Obsessivo Compulsivo

UA - Unidade de Acolhimento

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
1 INTRODUÇÃO.....	18
2 CAPÍTULO I: Dinâmicas Vertentes: Redes de Atenção à Saúde, Reabilitação Psicosocial e Cuidado em Saúde Mental.....	31
2.1 As Redes de Atenção à Saúde (RAS): Ações de Saúde Mental Desenvolvidas no Território.....	32
2.1.1 Redes Prioritárias.....	35
2.1.2 Rede de Atenção Psicosocial - RAPS.....	36
2.2 Reabilitação Psicosocial: Intersubjetividades.....	40
2.3 Os Caminhos Do Cuidar Em Saúde Mental.....	45
3 CAPÍTULO II: Método.....	52
3.1 Método.....	53
3.2 Cartografia: passos singulares.....	54
3.3 “Planejando”	57
3.3.1 Contexto da pesquisa.....	57
3.3.2 Participantes.....	61
3.3.3 Procedimentos éticos.....	61
4 PRODUÇÃO DE DADOS.....	63
4.1 Análise dos Dados.....	65
5 CAPÍTULO III: Cartografia do cuidado nas Redes de Saúde Mental.....	66
5.1 Caracterizãodos sujeitos.....	67
5.2 Elaborando o fluxograma.....	68
5.3 Descrição do Fluxograma Analisador.....	69
5.3.1 Entrada.....	70
5.3.2 Recepção.....	71
5.3.3 Decisão.....	72
5.3.4 Cardápio.....	74
5.3.5 Saída.....	74
5.4 Fluxograma 2.....	75

5.5	Descrição do Fluxograma Analisador.....	77
5.5.1	Entrada.....	77
5.5.2	Recepção.....	78
5.5.3	Decisão.....	79
5.5.4	Cardápio.....	80
5.5.5	Saída.....	80
5.6	Explorando os Territórios.....	81
5.6.1	Território do cuidado nas redes conectivas.....	83
5.6.2	Território das desterritorializações.....	90
5.6.3	Território do instituído e instituinte e seus platôs.....	95
6	Considerações Finais: Fecham-se as cortinas.....	99
	REFERÊNCIAS.....	105
	APÊNDICES.....	117
	ANEXOS.....	121



Fonte: Google imagens

APRESENTAÇÃO

O tema desta pesquisa, Saúde mental nas Redes de Atenção Psicossocial, consiste numa pessoal inquietação que acompanha minha experiência profissional como docente de Enfermagem há quinze anos e também como gestora municipal de saúde em 2017, passagem breve na função, mas muito rica, pois tive a oportunidade de caminhar por alguns territórios da rede de atenção psicossocial, o que me instigou ainda mais a conhecer e desvelar o cuidado com o portador de transtorno psíquico. Com o olhar e a prática voltados para o campo da saúde mental, tenho refletido acerca da efetivação da Reforma Psiquiátrica no país, seus meandros, rumos e desdobramentos.

No ano de 2012, defendi minha dissertação de mestrado na renomada Universidade Estadual Paulista – Júlio de Mesquita Filho – UNESP (Botucatu), onde pude cartografar o cotidiano do cuidado ao portador de transtorno psíquico, tendo como sujeitos os profissionais da saúde de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) e de um Núcleo Atenção a Saúde da Família (NASF). Face aos resultados da citada pesquisa, apontavam-se dificuldades no que tangia à possibilidade de reversão do cuidado, ainda embasado no modelo médico hegemônico. Revelaram-se sentimentos ligados à impotência do cuidar em saúde mental, com ênfase nos entraves para a efetivação do vínculo, da responsabilização e do comprometimento dos profissionais para vislumbrarem avanços no cotidiano das práticas em saúde.

A partir deste estudo, novas inquietações foram geradas, meu olhar ampliou-se, visto que me questionava se a reabilitação psicossocial é acessível a quem requer ajuda. Novamente, permeava meus pensamentos a Reforma Psiquiátrica e seus pressupostos, especialmente a importância da Atenção Primária para a efetivação das ações em comunidade. Acredito que existe experiência bem sucedida e de efetiva modificação paradigmática, mas, muitas vezes, houve um “aceite” da Reforma Psiquiátrica no aspecto protocolar, não atingindo a dimensão ideológico-política.

Eis que em minha incessante busca pelo cuidar em saúde mental, lembrei-me de uma leitura sobre a Rede de Atenção Psicossocial, esta visando ações articuladas de serviços. Segundo Mendes⁽¹⁾, as ações em saúde mental devem acontecer em rede na lógica da integralidade em todos os níveis de atenção à saúde, articulando-se com outras políticas sociais, que valorize os setores da cultura, educação, trabalho, assistência social, entre outros. O tratamento do componente psíquico prescinde, em algumas situações, de internações e de outros equipamentos responsáveis pela reabilitação sociofamiliar.

Os esforços de consolidação da Política de Saúde Mental ainda têm se deparado com grandes impasses na operacionalização de uma rede de cuidados e, especialmente, da capacidade de desenvolver ações que se estendam ao espaço social mais amplo. Eu me questionava sobre a existência de uma rede e sua efetividade.

Oportunamente, em 2014, fui aprovada para o doutorado, acolhida pela mesma orientadora. E neste momento já sabia em que solo penetrar. Não podia ser diferente, a cartografia acompanhou-me. Apanhei meu diário de campo e acessei a rede que me foi disponibilizada, direcionada por um questionamento macro: o cuidar em saúde mental é satisfatório quando realizado/articulado em rede?

Minha pretensão, posso até dizer anseios, de fato foi cartografar os movimentos, os percursos, de quem tem que lidar profissionalmente e no nível de suas afetações, com uma demanda atravessada pelas más condições de vida que atingem diretamente a saúde dos usuários, isto é, a falta de emprego, pobreza e fome, violência, tráfico de drogas, moradias precárias.

A cartografia, que se apropria de uma palavra do campo da Geografia, refere-se ao traçado de mapas processuais de um território existencial.

Um território desse tipo é coletivo, porque é relacional; é político, porque

envolve interações entre forças; tem a ver com uma ética, porque parte de um conjunto de critérios e referências para existir; e tem a ver com uma estética, porque é através dela que se dá forma a esse conjunto, constituindo um modo de expressão para as relações, uma maneira de dar forma ao próprio território existencial. Por isso, pode-se dizer que a cartografia é um estudo das relações de forças que compõem um campo específico de experiências e investigações que pedem estratégias metodológicas e procedimentos investigativos mais abertos e inventivos.⁽²⁾

Cartografar esses processos na Rede de Cuidados em Saúde Mental é investigar o que dá expressão e o que transforma os modos de produção de cuidado; escutar os seus “ruídos”, seus incômodos; fazer aparecer aquilo que está ali, mas não tem visibilidade.⁽³⁾

Motivei-me a buscar as respostas, ou melhor, a compreender os fenômenos que estavam imbricados no contexto do cuidar em saúde mental. Muitas “visitas” ao campo foram necessárias, contato com os profissionais, observação dos grupos terapêuticos, entrevistas, reuniões para elaboração de fluxogramas.

Percebi que saúde, doença e intervenção, praticadas pela economia do contemporâneo, produzem prescrições, sintomas, mortes, tratamentos e curas, mas também uma sensibilidade específica aos modos de produção de vida ou de adoecimento, aos modos de produção coletiva de novas subjetividades.

Ressalto aqui que muito pouco tem se produzido acerca das práticas “psi” desenvolvidas nas unidades de saúde, local onde profissionais de saúde mental atuam e acabam por se deparar com uma infinidade de empasses, mas também com um universo de possibilidades de ação junto à comunidade, bastante rico, quando explorado.

Esta investigação tomou, como ponto de referência, a perspectiva do serviço de saúde, ou melhor, parte das concepções e dos modos de ação/intervenção dos trabalhadores em saúde. Assim, este estudo situa-se no espaço existente entre profissional e usuário, construído e expressado através do vetor das práticas em saúde co-produzidas por todos os envolvidos no processo.

Saliento que toda a complexidade do tema e também o fato de estar inserindo-me como pesquisadora nos debates acerca da Rede de Atenção Psicossocial - no contexto tanto das novas políticas públicas do setor quanto no desenvolvimento das novas estratégias de cuidado em saúde mental, em curso no

Brasil, podem imprimir algumas imprecisões.

Considero, então, que esta pesquisa possa oferecer um mapeamento dos modos de agir em saúde mental e discutir enfoques e abordagens possíveis do transtorno/sofrimento psíquico nesse cenário, apontando para a necessidade de se considerar os atores principais dessa problemática: o usuário e o profissional de saúde, ou, mais precisamente, o encontro entre ambos.



Fonte: Google imagens. uba.mg.gov.br/diadalutaantimanicomial

*Como é por dentro outra pessoa
 Quem é que o saberá sonhar?
 A alma de outrem é outro universo
 Com que não há comunicação possível,
 Com que não há verdadeiro entendimento.
 Nada sabemos da alma
 Senão da nossa;
 As dos outros são olhares,
 São gestos, são palavras,
 Com a suposição de qualquer semelhança
 No fundo.*

Fernando Pessoa

1 INTRODUÇÃO

Desde as últimas décadas, o sistema de saúde brasileiro tem passado por transformações essenciais, imprimindo percurso caracterizado por enfrentamentos, desafios e avanços. A atenção primária, sendo o primeiro acesso do cidadão ao cuidado, no que tange à promoção e proteção, ocupa fundamental importância, sendo considerada como prioritária, e norteador todo o sistema de saúde implantado.

A colocação da Saúde como direito à cidadania e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, conduziu a mudanças significativas, necessárias, e essas vêm acontecendo também no campo da Saúde Mental.

A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), por sua vez, lembra que o conceito de saúde vai além da mera

ausência de doenças. Só é possível ter saúde quando há completo bem-estar físico, mental e social.

Segundo a referida Organização, diversos fatores podem colocar em risco a saúde mental dos indivíduos; entre eles, rápidas mudanças sociais, condições de trabalho estressantes, discriminação de gênero, exclusão social, estilo de vida não saudável, violência e violação dos direitos humanos.

Entendemos como saúde mental um estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de fazer contribuições à sua comunidade.

Sabemos que a prevalência mundial e nacional de transtornos mentais na atenção primária é relevante, chegando a um terço da demanda. Ao considerarmos a presença de sofrimento difuso com sintomas psiquiátricos subsindrômicos, este número alcança e até ultrapassa os 50%. A estimativa é de que 23 milhões de pessoas passam por tais problemas, sendo ao menos 5 milhões em níveis de moderado à grave. Nessa sequência, 9% da população é acometida pelos transtornos mentais leves, e de 6 a 8% apresentam transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, pelos quais a atenção básica em saúde deveria se responsabilizar.⁽⁴⁾

Em 2013, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou o “Comprehensive Mental Health Action Plan for 2013-2020”. O plano é um compromisso de todos os Estados-membros da OMS na tomada de medidas específicas para melhorar a saúde mental e contribuir para a realização de um conjunto de metas globais. O objetivo global do Plano de Ação é promover o bem-estar mental, prevenir transtornos mentais, fornecer cuidados, aprimorar a recuperação, promover direitos humanos e reduzir a mortalidade, morbidade e deficiência para pessoas com transtornos mentais. Ele se concentra em objetivos-chave: reforçar a liderança eficaz e governança para saúde mental; fornecer serviços abrangentes, integrados e responsivos de saúde mental e serviços de assistência social em configurações de bases comunitárias; fortalecer sistemas de informação, evidência e pesquisa sobre saúde mental.⁽⁵⁾

A implementação do Plano de Ação permitirá a pessoas com transtornos mentais: acessar serviços de saúde mental e assistência social com mais facilidade; receber tratamento de profissionais de saúde devidamente qualificados em ambientes de cuidados de saúde geral; ter acesso ao Mental Health Gap Action Programme (MHGAP) da OMS e às evidências relacionadas, que podem ajudar

nesse processo; participar da reorganização, entrega e avaliação dos serviços, de modo que o cuidado e o tratamento se tornem mais sensíveis às suas necessidades e ter maior acesso aos benefícios dos governos por incapacidade, programas habitacionais e de subsistência e uma melhor participação no trabalho e na vida em comunidade, além de assuntos cívicos.⁽⁵⁾

Vale destacar que ainda que se tenham dados alarmantes das doenças crônicas, em especial os transtornos psíquicos, e que se tenham metas e ações mundiais para o enfrentamento desses, é possível evidenciar que no panorama atual, vislumbramos o paradigma predominante das ações de saúde voltadas ainda às condições agudas. Estas foram formatadas pela noção do século XIX, da doença como ruptura de um estado normal, determinada por um agente externo ou por um trauma.⁽⁶⁾

O cuidado fragmentado e o corpo biológico imperam nos processos de trabalho e nas ações dos profissionais de saúde, tendo como consequência um cuidado desarticulado do acolhimento. No entanto, estudos apontam que, apesar dos avanços, os sistemas de atenção à saúde estão dominados pela fragmentação do cuidado, fortemente focado na agudização das doenças e pautado na hegemonia médica, contrariando a prestação do cuidado contínuo e integral à população.⁽⁷⁾

Corroboram com esse pensamento, Baralhas e Pereira⁽⁸⁾ e reforçam que no modelo tradicional, há ênfase ao cuidado no aspecto biológico e na atenção centrada no indivíduo. As autoras afirmam que é preciso identificar modelos inovadores, como programas que direcionem as suas ações, ampliando o olhar para as questões da coletividade, no enfoque à saúde e aos fatores que a determinam.

De acordo com esse modelo, a atenção para a condição aguda é o que representa, diretamente, a ameaça. Sendo que na saúde mental, reforça-se a ideia da medicalização em massa de usuários, ainda que os psicofármacos constituam-se num importante instrumento terapêutico.

Como afirma Ferrusi,⁽⁹⁾ o uso de psicotrópicos produziu um processo de diferenciação na clientela psiquiátrica, que não precisa mais ser identificada como reclusa no asilo, produzindo internamentos intermitentes (com duração limitada) e possibilitando à boa parte dos pacientes o uso de serviços extra-hospitalares.

Atualmente, no Brasil, assim como em muitos outros países, os serviços psiquiátricos e de atenção psicossocial são utilizados pelos pacientes, identificados como “usuários”, no papel de doentes, contribuindo para minimizar o estigma da

intervenção psiquiátrica.

Como resultado do conjunto da reforma institucional, o portador do transtorno psíquico deixa de ocupar a carreira moral de paciente psiquiátrico, cujo resultado era a cronicidade do paciente, transformando-se em usuário.

“Assim, os estados psicóticos cronicados estão deixando de povoar os hospitais psiquiátricos e um bom número de pacientes reencontrou o meio social, embora muitos sejam dependentes de uma assistência extra-hospitalar e sofram de uma socialização precária. Talvez, a dependência dos serviços extra-hospitalares e da ajuda social seja a grande contrapartida da reforma psiquiátrica”.⁽⁹⁾

Um dos maiores desafios da reforma psiquiátrica é, ainda, a superação do estigma do “louco” como pessoa perigosa ou incapaz no imaginário social. O portador de transtorno mental, mesmo deixando estar recluso na instituição psiquiátrica tradicional, pode viver o processo de perseverar num estado de invalidez permanente, ou sucumbir a uma exclusão social “aberta”, ou outras formas de exclusão.

A permanência do estigma em relação ao portador de transtorno psíquico pode colaborar na perpetuação da exclusão social, na dificuldade de inserção no mercado de trabalho e na comunidade, na construção de relações afetivas e no isolamento, muitas vezes levado a efeito pela própria família, na intenção de proteger seus membros do risco da chacota e do escárnio social.

Atualmente, temos como contexto da política de saúde mental, o ambiente em que o portador de transtorno psíquico está inserido, com ações desenvolvidas no intuito de promover o cuidado interdisciplinar, buscando a promoção, prevenção e reabilitação existentes para essa modalidade do cuidado.

Para entender as causas relacionadas entre o processo saúde e doença mental, é necessário levarmos em consideração as condições relacionadas às dificuldades encontradas nos transtornos psíquicos, tanto no ambiente psicológico como social do portador, desfazendo os mitos relacionados à saúde mental.⁽¹⁰⁾

O atual cenário das políticas e diretrizes de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde com o objetivo de mudanças no que se referia aos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais na década de 1980. Ainda nesta mesma década, experiências municipais iniciaram a desinstitucionalização de moradores de manicômios, criando serviços de atenção psicossocial para realizar a (re)inserção de usuários em seus territórios existenciais.

Foram fechados hospitais psiquiátricos à medida que se expandiam serviços diversificados de cuidado, tanto longitudinal quanto intensivo para os períodos de crise. A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de cidadania, e não somente o controle de sintomatologia.

Toda essa transformação de paradigma do cuidado e da atenção dos dispositivos de saúde mental, foram impulsionados por experiências bem sucedidas de países europeus que visaram a substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico, por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial.⁽¹¹⁾

A luta por mudanças de hábitos, por mudanças culturais, por tecnologias e por uma nova ética na assistência ao doente mental estão presentes neste processo.

Movimentos que buscavam mudar as representações acerca da doença mental alteram a anterior dinâmica de institucionalização e promovem novo paradigma. Assim, a proposta da reforma, coloca um novo olhar à psiquiatria. E com essa nova concepção, houve a criação de novos modelos de atendimento, como serviços básicos, comunidades terapêuticas, entre outros.⁽¹²⁾

As mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, sofreram forte influência do modelo psiquiátrico italiano, caracterizado pela desinstitucionalização.

A verdadeira desinstitucionalização em Psiquiatria, tornou-se na Itália um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados.⁽¹³⁾

Este processo envolve reconstruir a complexidade do objeto, desmontando o conceito de doença, retomando o contato com a existência e o sofrimento do sujeito, não apenas para curar, mas para a produção de vida, de sentidos, de espaços coletivos de convivência.

Novas formas de cuidado em saúde mental são propostas, sustentadas no modo psicossocial, com ações centradas não mais na doença, mas no indivíduo e nas suas potencialidades. O novo modelo, denominado de assistencial, propõe um conjunto de ações inspiradas na substituição do modelo manicomial dos hospitais psiquiátricos pela criação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, dispositivos institucionais de características não asilares, alternativas

de base comunitária. Não pretende abolir o tratamento clínico, mas eliminar a prática do internamento como uma forma de exclusão social. Para isso, preconiza o atendimento por equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar, no sentido de fortalecer a reintegração sociocultural das pessoas com transtorno mental.^(14,15,16)

Destaca-se, nesse cenário, a reabilitação psicossocial, que para Saraceno,⁽¹⁷⁾ compreende o conjunto de ações que se destinam a aumentar as habilidades do indivíduo, diminuindo, conseqüentemente, suas desabilitações e a deficiência, podendo, também, no caso do transtorno mental, diminuir o dano. Nesse sentido, o processo de reabilitação consiste na reconstrução, no exercício da cidadania, e na contratualidade nos cenários: hábitat, rede social e trabalho com valor social.

Contudo, constatamos que, para a Reabilitação Psicossocial ser fortalecida, é necessário que o olhar da equipe de saúde mental direcione-se às particularidades e necessidades de cada paciente, ainda que as ações sejam voltadas a um coletivo.

A reforma se compromete com a instauração do SUS, uma vez que se apresenta como uma política pública de saúde mental, tendo uma dimensão político-institucional, com diretrizes no sentido da modificação da assistência psiquiátrica em vigor no país. Busca por implementar um projeto de universalidade, equidade e integralidade da assistência pública, com descentralização da gestão e privilegiando o atendimento na comunidade. Podemos dizer que essa política está articulada a um projeto de prática assistencial, à uma formulação de clínica, orientando uma mudança também nas modalidades de cuidado em saúde mental.

“Situada no plano das políticas públicas, a reforma psiquiátrica mira o coletivo. Seu objeto é a população, e a demanda potencial é definida através de ferramentas epidemiológicas. O objeto da clínica, por sua vez, é o sujeito singular, o projeto terapêutico individualizado, a relação transferencial única e não generalizável. Se a reforma prioriza um segmento crucial da demanda, ao qual vem sendo destinado até hoje o périplo funesto das longas internações e da tutela sem nuances, sua intervenção particular se dá através das exigências que faz para a clínica: a autonomia possível, a cidadania do louco e o investimento na rede e no território. Só resta, portanto, um caminho possível entre a política e a clínica: a clínica da reforma”.⁽¹⁸⁾

Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional brasileiro, é sancionada a Lei nº 10.216, que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em meados de 2000, com financiamento e regulação tripartite, amplia-se fortemente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que passa a integrar, a partir

do Decreto Presidencial nº 7508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde.⁽¹¹⁾

Neste cenário de mudanças e reorganizações do cuidado, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), juntamente com a Estratégia Saúde da Família (ESF) cumprem também importante função na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental. Sugere-se, dessa forma, serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formação de redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura entre outros).⁽¹¹⁾

De acordo com Ferreira,⁽¹⁹⁾ o grande problema na saúde mental relaciona-se à internação psiquiátrica. Um dos motivos da ocupação dos manicômios, ainda hoje, ocorre devido à questão da moradia. Segundo o Relatório de Gestão da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (2007-2010), foram fechados ao ano 1.700 leitos psiquiátricos no país.

Já no Informativo da Saúde Mental, o Brasil tinha, no ano de 2002, 51.393 leitos psiquiátricos, sendo que em 2011 já se contabilizavam 32.284 leitos. Isso demonstra quantos usuários ainda se encontram internados e quanto ainda se precisa investir na rede de atenção psicossocial.⁽²⁰⁾

A partir dos dados acima, é inevitável a consideração de que a doença mental pode trazer o sentimento de exclusão, isolamento e condenação moral. Goffman,⁽²¹⁾ ao se referir ao isolamento que muitas vezes acompanha a internação, fala em “morte social”, sendo esta a desestruturação completa de seus laços de sociabilidade e interiorização dos padrões institucionalizados da rotina hospitalar, a ponto de o doente mental e o hospital se confundirem.

Ao longo do tempo, os estudiosos do tema têm defendido que a demanda de saúde mental na atenção primária tem características particulares, e que por isso merece um olhar específico que somente as visões clássicas da Psiquiatria ou Psicologia não dão conta de abarcar e nem de cuidar.⁽²²⁾

Além disso, toda proposta da reforma psiquiátrica está alicerçada num conjunto de estratégias para modificação do modelo de assistência hospitalocêntrico para um atendimento de pessoas com transtornos psíquicos, através de um modelo descentralizado e composto por multiprofissionais.⁽²³⁾

Em contrapartida, a pessoa acometida pelo transtorno mental, ainda em convívio com sua comunidade primária – a família, a vizinhança –, pode ser lentamente submetida ao desgaste de uma construção social já há muito tempo

consolidada pelo seu estado de saúde. E isso pode resultar na tentativa protetora de seus familiares de isolá-lo no ambiente doméstico, evitando o espaço público, a discriminação e a ridicularização.

Pesquisa realizada por Paulon et al⁽²⁴⁾ com trabalhadores de uma ESF, que prestavam cuidados a portadores de transtornos psíquicos, revelou que o preconceito e o estigma estavam presentes na maioria dos discursos dos sujeitos ouvidos, reforçando uma concepção estereotipada da doença como algo de ordem de uma "natureza deturpada". Ao mesmo tempo, aprofunda o preconceito e o distanciamento das pessoas adoecidas em relação à rede de atenção que, dessa forma, se mantém demandante da organização manicomial.

Destaca-se o lugar da loucura como sinal "distintivo e significativo da pertinência do louco à categoria das classes perigosas", justificando a sua separação do conjunto social. O desmantelamento do sistema manicomial, como se vê, requer a superação desta intrincada relação entre a noção de loucura e a de periculosidade, caso contrário, a loucura seguirá sendo tratada como desvio social a isolar e reprimir.

Para o desmonte desses conceitos profissionais e sociais, as ações de saúde mental necessitam estar ligadas à base territorial. O território é um componente fundamental na organização dos serviços da Atenção Básica, pois é a partir deles que se estabelecem limites geográficos e de cobertura populacional que ficam sob a responsabilidade clínica e sanitária das equipes de Saúde.

Mas a noção geográfica de território, enquanto espaço físico com limites precisos, não é suficiente para dar conta da sociodinâmica que as pessoas e os grupos estabelecem entre si.

Destaca-se, na atenção primária, o importante papel do cuidado no território, o qual possibilita a produção da subjetividade, que provoca novos modos de existência.

Cuidar da saúde de alguém é mais do que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; a que se sustentar ao longo do tempo, certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma de vida que quer se opor à dissolução, que quer garantir e fazer valer sua presença no mundo.⁽²⁵⁾

Na construção da atenção integral, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde. Estas

são 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⁽²⁶⁾, visando superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual.⁽¹⁾

A organização dos serviços e dos recursos em redes, nos diversos países, evidencia melhores resultados em saúde, redução das internações, melhor uso dos recursos disponíveis, maior cooperação entre gestores de diferentes serviços e, acima de tudo, maior satisfação dos usuários. Porém, ainda que progressos no campo da assistência à saúde tenham ocorrido, o cuidado em saúde mental tem se mostrado incipiente na atenção básica, sendo necessário um “novo olhar” ao componente de sofrimento subjetivo. Embora essa necessidade do cuidado ampliado seja admitida pelo órgão federal competente, na prática, há uma presente defasagem entre o preconizado ou instituído e a realidade apresentada.

“Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Assim, Podemos sintetizar como princípios fundamentais desta articulação entre saúde mental e atenção básica: a noção de território; a – intersectorialidade, a reabilitação psicossocial, a interdisciplinaridade, a desinstitucionalização; a promoção da cidadania dos usuários; a construção da autonomia possível de usuários e familiares.^(27, p. 3)

Assim, percebe-se a importância da organização e da articulação da rede de atenção em saúde mental, promovendo a vida comunitária e a autonomia dos usuários portadores de transtornos psíquicos, incluindo os indivíduos a partir do seu território e subjetividade; ou seja, uma reforma do modelo psiquiátrico de contenção para continência.⁽²⁸⁾

Além disso, segundo as orientações da política de saúde mental brasileira, algumas noções devem adquirir relevância, tais como: a concepção de trabalho interdisciplinar; integralidade das ações de saúde; noções de acolhimento e escuta terapêutica; planos terapêuticos individualizados; reabilitação psicossocial e inclusão social; e ações e parcerias construídas com ênfase na comunidade.⁽²⁹⁾

Uma rede de cuidados no âmbito da micropolítica se forma por fluxos entre os

próprios trabalhadores, que no ambiente de trabalho estabelecem conexões entre si. Tais redes são ativadas e se mantêm funcionando pelos trabalhadores, e seu funcionamento acontece mediante um determinado projeto terapêutico.⁽³⁰⁾

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi pactuada na reunião da CIT de 24 de novembro de 2011 e está constituída pelos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.⁽²⁶⁾

Na assistência básica, além das Unidades de Saúde, a ESF tem se revelado instrumento importante na busca de abrangência da atenção em saúde, uma vez que possibilita maior aproximação entre usuário-família-profissionais. Isso converge com as recomendações da OMS para a organização de redes de atenção psicossocial, destacando-se a oferta de tratamento na atenção básica e a organização de ações em saúde mental no contexto comunitário.

Saraceno⁽¹⁷⁾ destaca que a reinserção da pessoa na sociedade é o grande desafio proposto pela reabilitação psicossocial, sendo que um caminho favorável para tal desafio seria a retirada do foco da atenção centrada exclusivamente na doença, e passando, então, a considerar a subjetividade, a complexidade da existência, as questões ligadas ao coletivo, a atenção à família, considerando nesta um espaço privilegiado de atuação. Isso aponta que a necessidade de articulação da atenção básica com as novas propostas de serviços substitutivos à psiquiatria tradicional.

Os CAPS têm assumido especial relevância nas novas práticas em saúde mental no país, configurando-se como um dispositivo estratégico para a reversão do modelo hospitalar. Assim, espera-se que a prática nos serviços substitutivos constitua-se em atividades inovadoras, afetivas, interdisciplinares, que busquem a adesão dos usuários e familiares, bem como a articulação entre os serviços existentes.

A mudança do Modelo de Atenção à Saúde Mental envolve a adoção de práticas integradas e articuladas que devem estar pautadas em alguns paradigmas importantes, tais como o respeito aos direitos e à cidadania do portador de transtorno mental; a priorização da assistência extra-hospitalar e a redução das internações hospitalares por meio da constituição de uma rede substitutiva de serviços ambulatoriais, de atenção diária ou outros similares; a multidisciplinaridade,

a abordagem psicossocial; as políticas de prevenção ao uso e dependência de substâncias psicoativas, a constituição de redes de assistência articuladas e o estímulo à reinserção social do portador de transtorno mental.⁽³¹⁾

O Ministério da Saúde⁽³²⁾ preconiza para os serviços substitutivos o papel de articuladores de uma lógica de rede calcada em várias instâncias, dentre elas as de cuidados básicos da ESF, ambulatorios, leitos de hospitais gerais e iniciativas de suporte e reabilitação psicossocial (CAPS) – Serviços Residenciais Terapêuticos (RT) e Trabalho protegido.

No processo de ampliação das Políticas Públicas no país, outras estratégias foram surgindo. O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. O principal objetivo desses núcleos é apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica e aumentar sua capacidade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde.⁽²⁶⁾

Desse modo, é inegável a oferta de serviços ligados à área de saúde mental, e, conseqüentemente, inclui-se a necessidade de ampliar estudos e discussões pertinentes à área. Tal necessidade foi apontada por haver uma dissonância a partir da efervescência dos debates e mudanças propostas no âmbito da saúde mental, afirmando que há um restrito acompanhamento, elaboração e contribuição instrumental por parte do pensamento da saúde coletiva, esboçando certa distância disciplinar entre os dois campos, mesmo que caminhem em sentidos paralelos.⁽³³⁾

Sendo assim, as redes de atenção à saúde mental são consideradas um dispositivo estratégico para a melhoria da assistência à pessoa acometida pelo transtorno psíquico, levando-se em conta sua aproximação entre a saúde coletiva e a saúde mental, como um campo interdisciplinar de saberes e práticas. As investigações especificamente dirigidas à ESF e ao CAPS podem contribuir como geradoras de subsídios para a efetiva transformação nesta área, valendo-se ressaltar, neste momento, a necessidade de projetos terapêuticos.

Comumente se entende por projeto terapêutico todo o plano que designa o modo operacional de uma determinada equipe de profissionais. Esse planejamento tem como referencial determinadas necessidades de uma clientela, as quais, cruzando com formas determinadas de compreensão de cuidado e atenção, vão gerar ações em forma de trabalho. Ou seja, um projeto terapêutico é o conjunto de

ações que se configura como resultado da interface entre as ofertas tecnológicas dos profissionais (cuidado, saberes e instrumentos) e as necessidades de saúde dos usuários, refletindo uma determinada filosofia de trabalho.⁽³⁴⁾

O trabalho em saúde que se realiza sempre mediante o encontro entre trabalhador e usuário, é centrado no trabalho vivo em ato, que consome trabalho morto visando à produção do cuidado. É um processo de produção que opera com altos graus de incerteza e que é marcado pela ação territorial dos atores em cena no ato intercessor do agir em saúde.^(35, 36)

No entanto, destaca-se que as formas de cuidado ainda refletem a terapêutica médico-clínica e medicamentosa, de caráter estritamente biológico e curativista⁽³⁷⁾ desvalorizando ações de reabilitação psicossocial preconizadas por Saraceno,⁽¹⁷⁾ cuja finalidade principal é a resignificação existencial do adoecimento mental, a criação de novas formas de vida, a inclusão social e a promoção de saúde.

Merhy⁽³⁵⁾ relata que os usuários, enquanto portadores e fabricantes das necessidades de saúde, são complexos, têm modos qualitativos de viver a vida, são coletivos expostos a riscos, necessitam de relações, de encontros vinculantes e acolhedores, têm tensões entre autonomia e heteronomia para andar a vida, possuem desejos, como também são constituídos de corpos biológicos.

Observa-se, na prática, que muitas vezes os profissionais restringem-se à aplicação de técnicas que refletem sua especificidade profissional. Isso contribui diretamente para que não se consolide um campo interdisciplinar de atuação ampla, apoiada em um projeto terapêutico de equipe. Consequência disso, é a não integralidade das ações de saúde e o desconhecimento de situações que a realidade empírica apresenta em determinados momentos como as necessidades específicas dos usuários referentes à organização de suas vidas cotidianas, diante das quais essas técnicas fechadas em seu núcleo mostram-se insuficientes para uma resposta efetiva.⁽³⁸⁾

A partir das perspectivas abordadas, cabe-nos as reflexões: como tem se dado o processo de cuidar em saúde mental nas Redes de Assistência em saúde mental, especificamente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)? Como a Atenção Primária vem contemplando o cuidar em saúde mental na articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)? Quais as potencialidades e fragilidades vivenciadas pelos profissionais destes serviços no encontro com o usuário?

Diante de tais considerações, o estudo proposto tem como **objetivo** cartografar o cotidiano do cuidado em saúde mental realizado pelos profissionais atuantes numa Unidade Básica de Saúde e em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Para conduzir cada momento desta discussão acerca do cuidado em saúde mental nas RAPS, a presente pesquisa foi sistematizada da seguinte forma: no primeiro capítulo, partimos da interface produzida pelo encontro da Saúde Mental com a Atenção Primária, mais propriamente, nos serviços da atenção básica em saúde. Foram elencados, para tal debate, alguns eixos de análise considerados como possíveis norteadores de uma nova práxis neste âmbito, sejam eles: a noção das Redes de Atenção a Saúde, especialmente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os conceitos de cuidar em Saúde Mental e de Reabilitação Psicossocial.

No segundo capítulo, o referencial metodológico que guiou a realização do trabalho de campo, bem como a explicitação das técnicas de análise de dados escolhidas para apresentação dos resultados da pesquisa.

No terceiro capítulo, procedemos à análise dos resultados obtidos fundamentada no referencial teórico-metodológico descrito nos capítulos anteriores e apresentamos a discussão acerca da configuração das estratégias utilizadas pelas unidades de saúde pesquisadas para cuidar dos usuários com transtorno psíquico na Rede de Atenção Psicossocial.

Esta análise pautou-se nas idas ao campo para observação das ações em saúde na Unidade, resultando na elaboração de um diário de campo, no qual eram registrados comentários não apenas das atividades dos profissionais, mas também da observação dos usuários enquanto aguardavam na sala de espera para serem atendidos. Foram também conduzidas entrevistas semi-estruturadas com os profissionais das unidades e, em especial, com os profissionais de saúde mental e fluxogramas analisadores.



Fonte: Google imagens- <http://redehumanizaus.net/92464-redes-de-atencao-a-saude-ras/>

2 Capítulo I - Dinâmicas Vertentes: Redes de Atenção à Saúde, Reabilitação Psicossocial e Cuidado em Saúde Mental

2.1 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS): AÇÕES DE SAÚDE MENTAL DESENVOLVIDAS NO TERRITÓRIO

O território é o lugar psicossocial do sujeito; é onde a vida acontece.⁽³⁹⁾

As ações de saúde mental desenvolvidas no território devem ser embasadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. “Trabalho no Território” trata-se de um conceito que extrapola os sentidos meramente geográficos ou regionais, mas tem relação com as redes de relações e afetos, bem como as redes sociais daquele que é cuidado, que inclui a família, os vizinhos, a escola, a praça, o clube, os lugares de lazer, etc.⁽³⁹⁾

O princípio da Reforma Psiquiátrica é a desinstitucionalização e pressupõe a manutenção do doente mental em seu território, ou seja, no seu cotidiano, evitando a internação e, se esta for necessária, que seja de curta duração e preferencialmente em emergência psiquiátrica, possibilitando assim a preservação dos seus vínculos com os familiares e suas redes sociais.^(40, p. 1)

Para promover a inclusão das ações de saúde mental ao portador de transtorno psíquico dentro do território, faz-se necessário a articulação dos serviços de saúde. O modelo de assistência à saúde deve ser individual e determinada no seu contexto, porém analisadas e organizadas em favor da sociedade. O reconhecimento do território é imprescindível para conhecer, planejar e elaborar metas, que irão auxiliar na reabilitação do portador de sofrimento psíquico.

“Com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) - cujos princípios doutrinários de universalidade e de equidade exigem a criação de estratégias que promovam o acesso à saúde para as populações mais vulneráveis, e de integralidade, que leva em consideração a complexidade dos territórios existenciais dos usuários -, transpor as práticas de cuidado para o território tornou-se, além de um princípio técnico, um pressuposto ético nas ações de saúde”.^(41, p. 1)

Em 2010, o Ministério da Saúde, pela Portaria nº4.279, regulamentou as diretrizes que estruturam a Rede de Atenção à Saúde (RAS), visto a dificuldade em superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, tendo como foco a qualidade do cuidado no território.⁽⁴²⁾

O território vai além da sua extensão geográfica, o perfil da população. Os agravos à saúde fazem parte da sua caracterização. Conforme explicita Breilh,^{(43, p.}

¹⁰⁷⁾ o adoecer encontra-se articulado aos condicionantes econômicos, históricos e sociais, levando-se em consideração para o adoecimento, além dos aspectos anatômicos e fisiológicos, as interrelações sociológicas:

“los problemas de salud no se reducen apenas a la enfermedad y la prevención como fenómenos individuales (â€!) El primer paso para poder comprender la salud desde una perspectiva integral es romper con la hegemonía de esas nociones biomédicas y la lógica liberal de la práctica convencional”.

Portanto, as ações de saúde devem ser elaboradas e planejadas de forma a garantir o cuidado integral no processo saúde, segundo Breilh. E ainda, o fundamento do trabalho; o lugar da residência, as trocas materiais e imateriais e o exercício da vida.^(44,45)

“O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das relações e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa, assim, resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e Ministério da Saúde os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção psicossocial, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos”.^(39, p. 26)

Frente a isso, o território envolve ações complexas e a assistência deverá ser desenvolvida pelos profissionais da equipe de saúde, levando em consideração os diferentes valores, crenças, alegrias, desejos e sofrimentos:

“[...] as ações de saúde mental que ocorrem no território geográfico e existencial, onde o sujeito vive, em combinação com os diversos componentes da subjetividade, sejam eles universos culturais locais, de culturas originárias, mídias, religiões etc., são ações complexas [...] porque no atravessamento do território geográfico com o território existencial somos obrigados a fabricar mundos.”^(46, p. 109)

O modo organizacional do sistema de saúde pública no Brasil, na perspectiva da regionalização e hierarquização proposta pelo SUS, realiza-se mediante a constituição das Redes de Atenção à Saúde, as quais se caracterizam por serem arranjos de ações e serviços de saúde, organizados em densidades tecnológicas e dispostos de maneira técnica e logística com vistas à integralidade da atenção.⁽¹⁾

A palavra rede tem várias representações e se origina do latim *retis*, que demonstra um entrelaçamento, uma organização formal e não formal que possibilita

dar vida aos processos sociais, construindo formas de conexão e flexibilidade às demandas produzidas. O conceito de rede como sistema de organização, por sua vez, provém da Biologia, e tem hoje importância fundamental em nossa sociedade, na qual podemos considerar “rede” um dispositivo social que ajuda o sujeito em sua vida produtiva e em suas relações. Portanto, considerando que deve haver uma sintonia muito fina entre as necessidades de saúde da população e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente, percebemos um descompasso entre a situação epidemiológica e o sistema de saúde vigentes e, para superá-lo, somente a implantação das Redes de Atenção à Saúde - RAS, sistemas integrados, coordenados pela Atenção Primária à Saúde - APS e capazes de responder às necessidades da população nas suas demandas por atenção às condições agudas e condições crônicas, com eficiência, efetividade e equidade.⁽¹⁾

Em 2010, foi editada a Portaria GM/MS nº 4.279 de 30/12/2010, que estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, definindo-as 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" e em 2011, o Decreto nº 7.508, de 28/06/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 e cita que "a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde".^(42, 47)

A organização dos serviços e dos recursos em redes em diversos países evidencia melhores resultados em saúde, redução das internações, melhor uso dos recursos disponíveis, maior cooperação entre gestores de diferentes serviços, e, acima de tudo, maior satisfação dos usuários. As redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção. Mendes⁽¹⁾ refere-se a estes três constituintes:

“O conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos, sob a responsabilidade fundamental da atenção primária: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio sanitários; a vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe de Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de riscos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas....

O segundo elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é a **estrutura operacional**, constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. A estrutura operacional das redes de atenção à saúde compostas por cinco setores: o centro de comunicação (a atenção primária à saúde); os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança da rede de atenção à saúde. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. E o quinto, o componente que governa as relações entre os quatro primeiros.

O terceiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde são os **modelos de atenção à saúde**. Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.”

A população de responsabilidade das RAS não é a população dos censos demográficos, mas a população cadastrada e vinculada a uma unidade de APS. Essa população vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociais e sanitários.⁽⁴⁸⁾

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão com base nas necessidades de saúde da população ou gestão de base populacional, elemento essencial das RAS.

2.1.1 Redes Prioritárias

A rede de atenção à saúde temática deve se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações.

Os princípios das Redes são: ser base, atuando no mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de Saúde e produzindo intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; coordenar o

cuidado, elaborando, acompanhando e criando projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, assim como as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais; ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de Saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.⁽³¹⁾

Após a publicação da Portaria GM/MS nº 4.279/2010, considerando que o estado da arte não permite o desenho de uma rede única que dê conta de todos os problemas de saúde e visando o enfrentamento de vulnerabilidades e principais agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações, o Ministério da Saúde propôs o desenvolvimento de cinco redes temáticas prioritárias: Rede Cegonha (materno-infantil), Rede de Urgência e Emergência - RUE, Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas - Raps, Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiências - Viver Sem Limites e as Redes de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, priorizando-se, nesta, os seguintes eixos: tratamento do sobrepeso e obesidade, Doença Renal Crônica - DRC e prevenção e controle do câncer.⁽⁴⁸⁾

Todas as redes também são transversalizadas pelos temas: qualificação e educação; informação; regulação; promoção e vigilância à saúde.

2.1.2 Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

Em 2011, o Ministério da Saúde cria a Rede de Atenção Psicossocial, que tem a atribuição de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.⁽⁴⁷⁾

Em 2012, foi lançado o Programa *Crack: é possível vencer*, iniciativa conjunta de diversos Ministérios, com três eixos de ação. O Ministério da Saúde participa do

eixo Cuidado, por meio de alguns pontos de atenção da RAPS – CAPS AD III, Unidade de Acolhimento (UA), Consultório na Rua e Leitos de Saúde Mental.⁽²⁰⁾

O tema da rede está na agenda dos serviços de saúde e é um consenso nas diversas instâncias do SUS a ideia de que é necessário integrar todos os serviços e equipes no cuidado. No entanto, observa-se que há um protagonismo dos trabalhadores e usuários na constituição de redes. Isso nos informa que há uma rede formal e institucionalizada convivendo ao mesmo tempo com redes ad hoc, isto é, formadas para um fim específico, singulares, construídas em ato nas relações de cuidado.⁽⁴⁹⁾

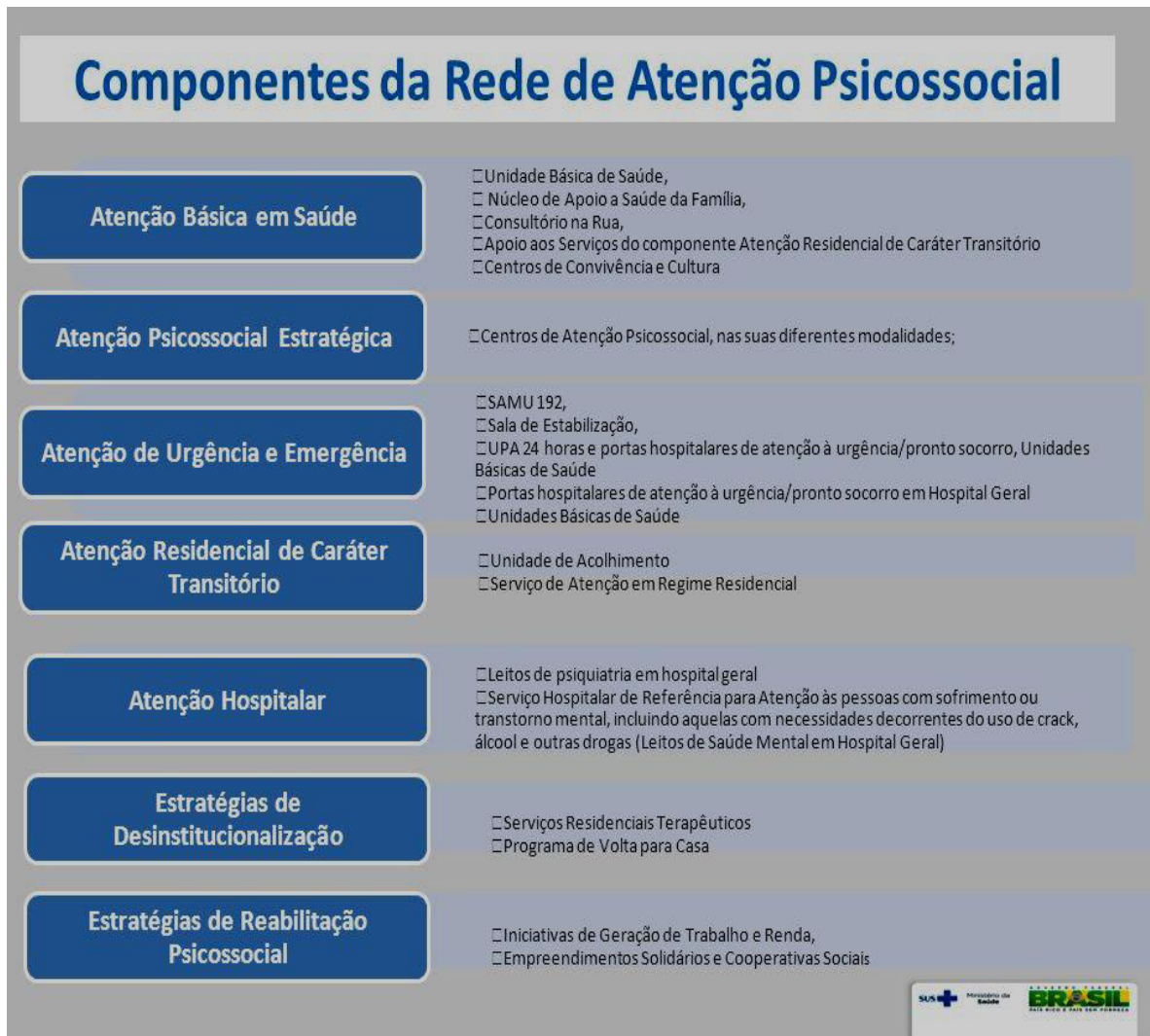
A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi pactuada na reunião da CIT de 24 de novembro de 2011 e está constituída pelos seguintes componentes:⁽⁴⁷⁾

- I. Atenção Básica em Saúde;
- II. Atenção Psicossocial Especializada;
- III. Atenção de Urgência e Emergência;
- IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- V. Atenção Hospitalar;
- VI. Estratégias de Desinstitucionalização;
- VII. Reabilitação Psicossocial.

De acordo com a portaria da RAPS, a ordenação do cuidado em saúde mental deve ser do CAPS ou Atenção Básica, para que possa ser garantido o processo de cogestão e a construção de propostas coletivas do cuidado dentro do território. No entanto, o que significa pensar uma rede nos cenários de produção de cuidado na saúde mental? Uma rede de cuidados no âmbito da micropolítica se forma por fluxos entre os próprios trabalhadores, que no ambiente de trabalho estabelecem conexões entre si. Essas redes são ativadas e se mantêm funcionando pelos trabalhadores e seu funcionamento acontece mediante um determinado projeto terapêutico.⁽⁵⁰⁾

A figura a seguir descreve o serviço ou programa do qual faz parte cada componente da RAPS.

Figura 1 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf

A saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido um tema de interesse crescente em nosso país, de forma semelhante ao que aconteceu em outros países que reformaram seus modelos sanitários tendo como base cuidados primários universais.

Para fortalecer as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e alavancar o cuidado em saúde mental na Atenção Básica foram criadas as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria nº 3.088 de 23/12/2011, tendo como diretrizes:

1. Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania;
2. Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

3. Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
4. Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
5. Organização dos serviços em RAS regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
6. Desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas.⁽⁴⁷⁾

Com o surgimento do novo modelo de atenção à saúde, houve a diminuição dos leitos psiquiátricos e com isso surgiu a necessidade de reintegrar os portadores de transtornos psíquicos à comunidade. A atenção primária por ser mais próxima do convívio do portador de transtorno psíquico, passou a ser o ponto de referência desse cuidado e necessita acompanhar e criar vínculos com o portador e a família.

A crítica ao modelo de atenção e assistência em saúde mental, centrado no hospital, e a defesa do direito ao exercício da cidadania são as principais mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Assim, propõe a criação de serviços de atenção integral à saúde mental e a participação de diferentes atores sociais nesse processo, como a família e a comunidade.⁽⁵⁰⁾

Com a nova Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017 (ANEXO A), que estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), vieram novos avanços, porém a maior preocupação surgiu em torno da ampliação e fortalecimento dos leitos psiquiátricos, uma vez que muitos foram os eventos marcantes de sensibilização e mobilização dessa percepção voltada para a desinstitucionalização e mudanças da sociedade nas formas de se relacionar com os portadores de transtorno psíquico, como as práticas do cuidar de base territorial e comunitária.

No que se refere à Saúde Mental, mais particularmente no contexto de estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a discussão acerca da integralidade surge fortemente em virtude do balizamento proposto pelas vias legais (lei 10.216/2001 e portaria 3.088/2011), movimento da Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica, os quais tomam por norte pressupostos de acessibilidade,

equidade, atenção humanizada, promoção de autonomia, desinstitucionalização, parcerias interinstitucionais e intersetoriais.⁽⁵¹⁾

Na assistência básica, as Unidades de Saúde (UBS, PACS e ESF) têm se revelado instrumentos importantes na busca de abrangência da atenção em saúde, uma vez que possibilita maior aproximação entre usuário-família-profissionais. Isso converge com as recomendações da OMS para a organização de redes de atenção psicossocial, com destaque à oferta de tratamento na atenção básica e a organização de ações em saúde mental no contexto comunitário.

Diante disso, não mais se pode assumir em nossa prática clínico-política o ideal de que o fundamento do contrato social, da cidadania desejada ou da democracia representativa defendida como tal possa emanar tão somente de indivíduos fortes, bem ajustados, totalmente autônomos e por completo racionais. Diante da argumentação abaixo, o cumprimento da vida social é, antes de tudo, fusional, afetivo, gregário:

Mais vale reconhecer que, em vez de um social racionalmente pensado e organizado, a socialidade nada é senão uma concentração de pequenas tribos, dedicadas, de uma maneira ou de outra, a se ajustar, adaptar-se e a negociar entre si. [...] Redes de redes em que o afetivo, o sentimento, a emoção sob suas diversas modulações, têm um papel essencial.^(52, p. 14)

Sem esse foco, corre-se o risco de manutenção de uma divisão dos sujeitos e dos fenômenos a eles relacionados. Nesse sentido, envolve a existência de pontos de atenção para dar conta da situação de saúde apresentada e pontos de movimento desse mesmo usuário na RAPS.

O cuidado em saúde mental em rede deve contemplar a participação dos usuários e familiares, e valorizar o protagonismo destes na construção dos projetos terapêuticos, sendo fundamental o resgate de autonomia e liberdade do indivíduo em decidir como e de que maneira quer ser assistido, e garantir direitos e combater estigmas e preconceitos.

2.2 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: INTERSUBJETIVIDADES

“Dormir, comer, amar, caminhar, falar, trabalhar: tudo isso é a nossa vida cotidiana, a grandiosa banalidade de viver, trocando afetos e mercadorias”

Benedetto Saraceno

Ainda no contexto do SUS, a UBS/PACS emergente, enquanto processo instituinte, com foco na mudança da atenção à saúde, baseando-se em conceitos como vínculo, humanização e corresponsabilidade, reorientando o modelo de ação dos serviços da APS e, por conseguinte, o processo de produção de cuidado, reafirma o paradigma presente da Reforma Sanitária.⁽³⁰⁾

Destaca-se nesse cenário a Reabilitação Psicossocial (RP), sendo possível pensá-la como um processo gradual e complexo de "reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social".⁽¹⁷⁾

Nessa lógica, a reabilitação caracteriza-se como uma prática clínica vinculada às variáveis reais da vida do paciente, as quais não estão restritas à sua doença, tampouco existem fora da inelutável articulação entre sujeito, ambiente e intersubjetividade. São essas variáveis resultantes das múltiplas interações que cada indivíduo estabelece cotidianamente no seu entorno social, que nos permitem identificar quais técnicas e conceitualizações são necessárias para a construção de planos de reabilitação, específicos e singularizados, capazes de minorar efetivamente a vulnerabilidade social dos pacientes e ampliar suas oportunidades de trocas materiais e afetivas, aumentando assim seu poder de contratualidade e suas possibilidades de escolha.⁽⁵³⁾

A reinserção da pessoa na sociedade é o grande desafio proposto pela reabilitação psicossocial, sendo que um caminho favorável para tal desafio seria a retirada do foco da atenção centrada exclusivamente no indivíduo e na doença e passando, então, para o coletivo, para a complexidade da existência, sendo a família o espaço privilegiado de atuação.

Assim, a atenção psicossocial remete-nos às práticas de reinserção e permanência desse sujeito no convívio social, o que exige articulação da atenção básica com as novas propostas dos serviços substitutivos à hospitalização psiquiátrica.⁽⁵⁴⁾

Saraceno⁽¹⁷⁾ afirma que intervenções terapêuticas que desconsideram o universo trazido pela pessoa que requer ajuda, tornam-se politicamente débeis, posto sofrerem da incapacidade de produzirem redes efetivas de negociação social, necessárias tanto ao provimento de oportunidades para trocas simbólicas entre o usuário e seu entorno cultural, quanto à construção de novos contratos sociais, legitimados no interior da estrutura de funcionamento societal, a partir dos quais possam articular interesses e necessidades próprios à participação na produção de mercadorias e valores. Sendo assim, tais intervenções não agregam valor ou sentido para a existência dos reabilitandos, pois os mantêm alienados dos sistemas de negociação social, cerceando suas possibilidades de arquitetar devires plenos de potência vital.

Ainda segundo Saraceno,⁽¹⁴⁾ é no interior da dinâmica de trocas proporcionada pelas redes que se produz o efeito habilitador da Reabilitação Psicossocial - pensado em termos da estruturação de novas ordenações para a vida - e, por conseguinte, a melhora clínica. Tal proposição caracteriza aquilo que o autor denomina de clínica do sujeito centrada na produção de sentido, perspectiva radicalmente oposta às ortopedias dos modelos adaptacionistas.

A Reabilitação Psicossocial pode ser compreendida como o método que ajuda o indivíduo, dentro das suas limitações, a se recuperar e a restabelecer a sua independência o máximo possível dentro da comunidade.⁽⁵⁵⁾

Saraceno⁽¹⁴⁾ considera que a reabilitação, como estratégia, possibilita a recuperação da capacidade de gerar sentido, sendo capaz de facilitar o exercício de cidadania, estabelecendo vínculo direto com o tipo e a organização do serviço que presta cuidado. Desse modo, “a tarefa que tem o serviço de saúde mental é a de ajudar a pessoa que em algum momento de sua vida, perdeu a capacidade de gerar sentido, acompanhando-a na recuperação de espaços não protegidos, mas socialmente abertos para a produção de sentidos”.

No que se refere à possibilidade da Reabilitação Psicossocial estar voltada aos sujeitos portadores de transtornos psíquicos, são necessárias discussões sobre o significado do tratamento em si e a utilização dos recursos disponíveis humanos, comunitários, materiais e o contexto de vida do indivíduo. Desse modo, a reabilitação deve englobar todos os profissionais e todos os atores do processo

saúde-doença, ou seja, todos os usuários, todas as famílias dos usuários e finalmente a comunidade inteira. Os fatores sistêmicos que influenciam as vulnerabilidades geradoras do transtorno mental podem, a partir do desempenho da equipe que presta cuidados, serem redimensionados, o que leva a possibilitar alternativas de reabilitação.⁽⁵⁶⁾

O processo de adoecimento da pessoa se relaciona principalmente a aspectos do modo de vida de cada um, exigindo uma resposta complexa e diversificada sobre o cuidado. Daí a necessidade de se destacar a singularidade do sujeito, pois cada pessoa carrega em si características únicas e singulares e que são inerentes ao planejamento de qualquer ação de cuidado.

O cuidado é singular porque cada pessoa, família ou comunidade se relacionam dentro de um espectro de individualidade, todos são o produto das interações que tiveram durante a história e contextos de vida. Como cada uma dessas histórias é única, para constituir um projeto futuro, torna-se necessário um plano pensado de modo muito especial, na medida justa para a pessoa ou coletivo específico (família/comunidade). Um aspecto relevante acerca das práticas profissionais é a capacidade de exercício da empatia, por meio da escuta qualificada, do acolhimento e da disponibilidade para vinculação e apoio para elaboração de estratégias de cuidado e resolução de conflitos.⁽⁵⁷⁾

A Reabilitação Psicossocial compreende o portador de transtorno psíquico como um ser único e merecedor de um cuidado terapêutico e individual, respeitando as peculiaridades, fornecendo o resgate de seus direitos que haviam sido retirados.

As ações reabilitativas devem ser realizadas no âmbito familiar, instituindo a família como parte integrante da equipe terapêutica, pois a mesma tem um papel importante na reabilitação do portador de transtorno psíquico, intervindo nas crises e promovendo a sua recuperação. A família precisa ser preparada no intuito de construir mudanças frente às desordens psiquiátricas, reconhecendo os problemas apresentados e a agir prontamente.

A reinserção na sociedade é um importante fator da reabilitação. Quando o indivíduo se vê incapaz, essa condição pode ser melhorada com o apoio da comunidade, ou seja, a participação de todos é a chave do sucesso. Sendo assim, a

reabilitação psicossocial envolve “profissionais e todos os atores do processo de saúde-doença, ou seja, todos os usuários e a comunidade inteira”⁽⁵⁸⁾ e vai contra a psiquiatria tradicional, que exclui o indivíduo do contexto social.

As ideias de Pitta vão nessa mesma direção, compreendendo que:

(...) a reabilitação psicossocial seria um conjunto de programas e serviços desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas considerados severos e persistentes em saúde mental, através da ênfase em aspectos mais “sadios” do organismo e vida destas pessoas e com uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional no potencial residencial, social, recreacional e educacional ajustado com as demandas individuais de cada indivíduo e seu contexto sócio-histórico-cultural.^(55, p. 21)

Saraceno⁽¹⁴⁾ reitera que um serviço de alta qualidade deveria ser um lugar constituído de multiplicidade de lugares/oportunidades permeável e dinâmico, onde as oportunidades encontrar-se-iam continuamente à disposição dos pacientes e dos operadores. Nessa perspectiva, fica explícita a importância das pessoas, profissionais envolvidos no processo do cuidado, assim como familiares e comunidade.

Ferreira e Pereira,⁽⁵⁹⁾ embasadas no pensamento de Saraceno,⁽¹⁴⁾ destacam que outro contexto importante no qual se inserem os serviços, e a própria pessoa acometida pelo transtorno mental, é o contexto das leis e das normas, uma vez que as leis que normatizam os tratamentos e os direitos dessas pessoas têm implicação direta acerca das possibilidades de reabilitação psicossocial. Assim, o leque de determinantes que compõem os cenários de reabilitação, não é descontextualizado das dinâmicas sociais. Desse modo, Saraceno^(14, p. 112) enfatiza:

“A reabilitação não é uma substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito habilitador”.

Percebemos, frente a tal cenário, que a reabilitação tem como enfoque reestabelecer o indivíduo, garantindo assim sua integralidade e reinserção na família e sociedade. Assim, a atenção psicossocial nos remete às práticas de reinserção e permanência desse sujeito no convívio social, o que exige articulação da atenção básica com as novas propostas dos serviços substitutivos à hospitalização psiquiátrica.⁽⁵⁴⁾

No processo de interação entre o paciente e seus familiares, um diálogo franco e aberto proporciona oportunidades para reconhecimento e avaliação das mudanças experimentadas nos diferentes momentos da reabilitação. Igualmente, serve à problematização de certos vieses, amiúde construídos quando há recusa a discutir e necessidade de investigar as discordâncias, os questionamentos e as negações do paciente (os quais tendem a ser de imediato interpretados como estratégias, desvios de conduta - daquela que costumava manifestar ou da que se espera que apresente - ou provas de sua inaptidão de tomar decisões), fazendo emergir novas aberturas comunicacionais que podem permitir uma compreensão mais ampla das razões que impulsionam as escolhas do paciente e dos significados que suas instituições, em ato, representam.⁽¹⁷⁾

Nesse sentido, a reabilitação caracteriza-se como uma prática clínica diretamente conectada às variáveis reais da vida do paciente, as quais não estão restritas à sua doença, tampouco existem fora da inelutável articulação entre sujeito, ambiente e intersubjetividade.

2.3 OS CAMINHOS DO CUIDAR EM SAÚDE MENTAL

“O cuidado é um acontecimento autopoietico”

Emerson Elias Merhy

Em seu sentido etimológico, a palavra cuidar, de origem latina, está frequentemente associada ao verbo “cogitare”, cujos significados são: pensar, supor e imaginar. Já o verbo “cogitare”, origina-se do vocábulo “co-agitare” e assume o significado de “agitação de pensamento”, “revolver no espírito” ou “tornar a pensar em alguma coisa”. Num sentido mais amplo, o vocábulo “cuidado”, derivado do latim cogitatus, apresenta como sinônimo o termo desvelo, definido como o “cuidado e vigilância contínua”, diligência, zelo e solicitude.⁽⁶⁰⁾

Na área da saúde mental, as questões do cuidado e do cuidar têm sido um campo fértil de preocupações e investigações, pois as demandas existentes nos serviços e programas de saúde mental se tornaram complexas. A reorientação da assistência que avançou de um modelo hospitalocêntrico para um modelo de

atenção extra-hospitalar faz emergir um novo cenário, o qual possibilita a constituição de tecnologias psicossociais interdisciplinares.

Para Merhy⁽³⁰⁾, a produção do cuidado em saúde mental deve dirigir-se para “ganhos de autonomia e de vida dos seus usuários”, permitindo o nascer “de novas possibilidades desejantes, protegidas em redes sociais inclusivas”, de forma a “vivificar o sentido da vida no outro”. Para isso, ainda segundo Merhy,⁽³⁰⁾ a clínica nos serviços substitutivos caracteriza-se por: direito do usuário de ir e vir, direito do usuário de desejar o cuidado, oferta de acolhimento na crise, atendimento individual e coletivo dos usuários nas suas complexas necessidades, construção de vínculos e referências para os usuários e seus “cuidadores familiares” ou equivalentes, geração de alívio nos demandantes, produção de lógicas substitutivas em rede, matriciamento com outras complexidades do sistema de saúde, geração e oportunização de redes de reabilitação psicossocial inclusivas, desinterdição da produção do desejo, produção de novos sentidos para o viver no âmbito social, construção/invenção de novas formas sociais de tratar e cuidar da loucura e produção de novos coletivos para fora de si mesmos, em um movimento centrífugo oposto à força centrípeta dos serviços manicomiais.

Neste contexto, o cuidado está atrelado a projetos terapêuticos que são entendidos por todo o plano que designa o modo operacional de uma determinada equipe de profissionais. Esse planejamento tem como referencial determinadas necessidades de uma clientela, as quais, cruzando com formas determinadas de compreensão de cuidado e atenção, vão gerar ações em forma de trabalho. Ou seja, um projeto terapêutico é o conjunto de ações que se configura como resultado da interface entre as ofertas tecnológicas dos profissionais (cuidado, saberes e instrumentos) e as necessidades de saúde dos usuários, refletindo uma determinada filosofia de trabalho.⁽⁶¹⁾

As formas de cuidado ainda refletem a terapêutica médico-clínica e medicamentosa, de caráter estritamente biológico e curativista, desvalorizando ações de reabilitação psicossocial, cuja finalidade principal é a ressignificação existencial do adoecimento mental, a criação de novas formas de vida, a inclusão social e a promoção de saúde.⁽³⁷⁾

Merhy⁽³⁶⁾ destaca que os usuários, enquanto portadores e fabricantes das necessidades de saúde são complexos, têm modos qualitativos de viver a vida, são coletivos expostos a riscos, necessitam de relações, de encontros vinculantes e acolhedores, têm tensões entre autonomia e heteronomia para andar a vida, possuem desejos, como também são constituídos de corpos biológicos.

Observamos, na prática, que os profissionais se restringem à aplicação de técnicas que refletem sua especificidade profissional. Isso infere diretamente para que não se consolide um campo interdisciplinar de atuação ampla, apoiada em um projeto terapêutico da equipe. Consequência disso é a não integralidade das ações de saúde e o desconhecimento de situações que a realidade empírica apresenta em determinados momentos, como as necessidades específicas dos usuários referentes à organização de suas vidas cotidianas, diante das quais essas técnicas fechadas em seu núcleo se mostram insuficientes para uma resposta efetiva⁽³⁸⁾

Faz-se necessária a constituição de coletivos humanos democraticamente organizados e com a produção e o fortalecimento das subjetividades, sendo então possível o fortalecimento interdisciplinar. A subjetividade não se remete a um eu, é polifônica, múltipla. Dessa forma, identidades e trajetórias entregam-se ao movimento permanente de (des) territorialização e (re) territorialização, apropriando-se da noção de devir como uma abertura ao inacabado.^(38, 62)

Dadas essas considerações, é inegável a importância do acolhimento, que concebido enquanto agir atravessa os processos relacionais em saúde, rompendo com os atendimentos tecnocráticos e criando atendimentos mais humanizados. Este é o deslocamento fundamental operado pela noção de acolhimento. O acolhimento pode ser expresso num olhar dirigido a quem chega ao serviço, em uma palavra entonada de forma mais acolhedora, pode estar presente em atividades de sala-de-espera que estejam para além da recepção.

O cuidar está ligado à prática de todos os profissionais de saúde e para exercê-lo, é fundamental conhecer o sujeito em sua totalidade, tendo uma visão holística, oferecendo um cuidado integral ao mesmo. "Cuidar revelou-se como a atitude fundamental, de ocupação, de pré-ocupação, de implicação e de envolvimento afetivo com o outro".^(63, p. 7)

Em saúde mental, esse cuidado tende a ser mais complexo do que aquele

prestado a um paciente, no qual existe apenas uma patologia física. Há casos em que o estado psíquico deste paciente influi completamente no tratamento da outra patologia apresentada, sendo primordial em cada contato com o mesmo, avaliar o caso, identificando os possíveis fatores que podem estar interferindo na evolução, que estão ligadas ao estado psíquico, oferecendo uma assistência voltada a ele e avaliar a necessidade de ser encaminhado a um especialista da área.

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também - e sempre - de saúde mental, e que toda saúde mental é também - e sempre - produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica.⁽³⁹⁾

Com isso, faz-se necessário que exista uma articulação da saúde mental com a rede de saúde, principalmente com a APS.⁽²⁹⁾ Crescentes ocorrências de doenças cujos sintomas não são exclusivamente de ordem orgânica ou fisiológica, mas sim, psíquica e emocional e que para tratá-las demandam recursos que envolvem, também, a investigação de aspectos de subjetividade do sujeito, fazem-se presentes no cuidar em saúde mental.

A prática atual da saúde mental deve ser pautada na noção de cuidado, como uma ação complexa e integral, respeitando e acolhendo as necessidades de cada indivíduo. Assim, o cuidado pressupõe capacidade para a escuta e o diálogo, além de disponibilidade para perceber o outro, como um sujeito com potencialidades, resgatando-lhe a autonomia e estimulando-lhe a cidadania.^(64, p. 699)

Esse cuidado só se dará de fato, quando houver um elo entre profissional e paciente, ou seja, o profissional deve transmitir segurança, tranquilidade, envolver-se no contexto em que está inserido, de tal forma que aquele que está recebendo o cuidado possa sentir-se seguro, aceitando a intervenção necessária. Tudo isso se dará somente com uma visão integral deste paciente, tendo em vista que cada um possui a sua subjetividade, trazendo consigo seus anseios, suas angústias, medos e traumas, os quais o levaram a um estado psíquico que carece de uma assistência voltada especificamente para o caso apresentado.

Não existe a possibilidade de se prestar uma assistência ao paciente em partes, é preciso tratá-lo como um todo, levando-o a entender e compreender aquilo que ele está apresentando, mostrando a importância da aceitação do tratamento e

sua participação.

O cuidar em saúde mental é tão complexo quanto se imagina e a cada dia tem demonstrado grandes avanços, que se dão somente com a total entrega e comprometimento dos profissionais envolvidos com esse cuidado. É importante ressaltar que a integração da equipe multidisciplinar se faz necessária, visto que cada profissional é capacitado para uma atuação e juntos obtêm um melhor desempenho. A discussão dos casos revelará a visão de cada profissional, sendo possível estabelecer metas que visem à reinserção do paciente na sociedade, também contribuindo para a melhoria no meio em que vive. Uma vez alcançado este objetivo, possibilitará novos conhecimentos a toda a equipe.

A figura abaixo representa os princípios do cuidado na RAPS.

Figura 2: Princípios da RAPS.



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/SAS), Ministério da Saúde (2016) adaptado por NUTE-UFSC (2016).

Os profissionais de saúde envolvidos no cuidado prestado a pacientes na área de saúde mental, possuem inúmeras atribuições para que assim possam efetivá-los, cada um agindo de acordo com a sua formação, utilizando muitas vezes suas experiências vivenciadas na área. A Política Nacional da Atenção Básica, que tem sua base nos princípios do SUS, atribui aos profissionais a sistematização do trabalho em grupo, que devem:

- I. Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e de garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- II. Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- III. Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado, mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde.⁽⁶⁵⁾

Na prática desse cuidado, é necessário ouvir, compreender, entender e ter a capacidade de estabelecer metas, estratégias para os problemas e/ou patologias enfrentadas.

Em contraposição ao modelo asilar, o modelo psicossocial, no qual se baseia a legislação brasileira vigente, coloca o sujeito em sofrimento e não a doença como foco do trabalho; propõe dispositivos organizacionais democratizantes das relações nos serviços; aposta no vínculo como chave para a elaboração de um Plano Terapêutico Singular que orienta o tratamento em uma perspectiva ético-política pautada pelo direito inalienável ao cuidado em liberdade, que é um direito de todo cidadão.^(66, 67)

A escuta e observação sistemática são atribuições de extrema importância dentro do campo de saúde mental. Com uma escuta de qualidade e atenção, centrada nos princípios dos cuidados que devem ser prestados a um portador de transtorno psíquico, é possível detectar possíveis problemas que impedem o sucesso do tratamento e com a observação sistemática, descobrir os pontos em que a assistência não tem tido efeito e/ou tem sido afetada devido a alguns fatores, que ao serem avaliados, podem sofrer mudanças com o oferecimento de um tratamento voltado à nova situação enfrentada.

Não é possível cuidar do indivíduo com transtorno psíquico sem considerar a família. Ela é uma grande aliada no cuidado direto ao portador, portanto é impossível falar de reabilitação psicossocial sem elaborar um plano terapêutico que cuide também da família.

Parte-se do pressuposto de que o cuidado realiza-se com base em encontros que se estabelecem entre os trabalhadores e destes com os usuários, indo além das relações específicas do serviço de saúde, porque pode ganhar a própria comunidade. As relações do encontro são intercessoras⁽⁶⁸⁾ entre os que se encontram, ou seja, há um protagonismo mútuo, do trabalhador e do usuário na

produção do cuidado.

Nesta vertente, frente ao trabalho em saúde fortemente influenciado e comandado pelas relações entre sujeitos, Merhy propõe que se tome como eixo analítico vital dos modelos tecnoassistenciais as tecnologias leves e seu modo de articulação com as outras. Ele classifica as tecnologias em leves, leve-duras e duras. As leves são as tecnologias de relações como o acolhimento, o vínculo, a autonomização, a gestão como forma de orientar processos; as leve-duras são os saberes estruturados como a Clínica, a Epidemiologia, a Psiquiatria, o Taylorismo, o Fayolismo; e as tecnologias duras são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais. Ainda segundo Mehry, de um modo geral o usuário não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, e sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. ⁽³⁰⁾

O acolhimento, como forma de responsabilização, pressupõe o reforço do vínculo, compromisso do profissional e equipe de saúde com o usuário. No campo da Saúde, o objeto é a produção do cuidado e, é por meio deste que se acredita obter a cura e a saúde. Frente a essa assertiva, Mehry ⁽³⁰⁾ nos propõe pensar que quanto maior a composição da caixa de ferramentas usadas para os atos de cuidado, maior será a possibilidade de compreendermos os problemas de saúde; maior será a capacidade de resolvê-los de forma adequada e satisfatória aos usuários; bem como maior será o auxílio na composição dos próprios processos de trabalho.



Fonte: Googleimagens. Disponível em <http://brasilecola.uol.com.br/o-que-e/geografia/o-que-e-cartografia.htm>

3 CAPÍTULO II - MÉTODO

3.1 MÉTODO

A tarefa da esquizoanálise é desfazer incansavelmente os egos e seus pressupostos, libertar as singularidades pré-pessoais que eles encerram e recalcam, fazer escorrer os fluxos que eles seriam capazes de emitir, de receber ou de interceptar, estabelecer sempre mais finamente as esquizas e os cortes, bem acima das condições de identidade, montar as máquinas desejanças que recortam cada um e o agrupam com outros. ⁽⁶⁹⁾

Na busca de descrever a metodologia empregada para o desenvolvimento de um estudo acerca de um tema específico, ou mais propriamente, acerca de um determinado fenômeno social de nosso interesse particular, torna-se necessário traçar o caminho, a trajetória percorrida desde a elaboração das hipóteses preliminares do estudo, da delimitação do objeto investigado, da circunscrição do espaço-tempo no âmbito do qual tal investigação foi desenvolvida, além das técnicas utilizadas para obtenção das informações necessárias durante o trabalho de campo e do método escolhido para análise e construção de conhecimento sobre a realidade a ser estudada.

Esta tarefa requer, já inicialmente, que sejam contempladas algumas conceituações metodológicas amplamente utilizadas, com sentidos, por vezes, um tanto variados, além de que os estudos que perpassam a saúde mental no campo da saúde coletiva inserem-se numa dimensão mais ampla dos estudos sobre os homens em sociedade, incurso numa permanente co-produção de sentidos, simbologias, valores e normas que sobrepujam as respostas unívocas de alguns setores do conhecimento científico, ultrapassando, portanto, os limites impostos pela compreensão, muitas vezes, meramente biomédica de alguns estudos em saúde. Dessa forma, devido ao contexto apresentado, a pesquisa proposta caracteriza-se como de natureza qualitativa.

Para Minayo, uma pesquisa qualitativa verifica uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. Reforçando a ideia de subjetividade, Minayo retrata o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, aprofundando as relações, processos e fenômenos, não os reduzindo apenas às variáveis. ^(70, 71)

Os pesquisadores qualitativistas ocupam-se com os processos, ou seja, querem saber como os fenômenos ocorrem naturalmente e como são as relações estabelecidas entre esses fenômenos.

Turato^(72, p. 262) destaca que “a curiosidade e o empenho do pesquisador estão voltados para o processo, definido como ato de proceder do objeto, quais são seus estados e mudanças e, sobretudo, qual é a maneira pela qual o objeto opera”.

Ainda de acordo com o mesmo autor, a abordagem qualitativa refere-se a estudos de significados, significações, ressignificações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias; relata ainda que pesquisadores qualitativos estudam os fatos no seu *Setting* natural, tentando dar sentido ou interpretar as significações que as pessoas lhes dão.

Emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas na abordagem profunda da realidade dos sujeitos, através de um trabalho empenhado do pesquisador centrado no indivíduo total.

Tais premissas nos remetem a Guattari e Rolnik⁽⁷³⁾, que afirmam ser a subjetividade um processo que se autoproduz. É essencialmente fabricada e modelada no registro social, na produção da fala, na sensibilidade, na produção do que não se casa absolutamente à representação do indivíduo, mas é adjacente a uma multiplicidade de processos de produção de universos de valor e de universos históricos.

3.2 CARTOGRAFIA: PASSOS SINGULARES...

“O ser humano contemporâneo é fundamentalmente desterritorializado. Com isso, quero dizer que seus territórios etológicos originários – corpo, clã, aldeia, culto, corporação... – não estão mais dispostos em um ponto preciso da Terra, mas se incrustam, no essencial, em universos incorporais. A subjetividade entrou no reino de um nomadismo generalizado.”

Félix Guattari

No presente estudo, para compreender os fenômenos nos contexto em que ocorrem e dos quais são parte, utilizaremos a cartografia, pela qual se faz presente a leitura de uma realidade. Ao final da década de 1960, a cartografia nasce com a esquizoanálise, também denominada de filosofia da diferença, clínica da diferença.⁽⁷⁴⁾

A cartografia acontece como um dispositivo, pois no encontro do pesquisador com seu “objeto”, diversas forças estão presentes, fazendo com que ambos não sejam mais aquilo que eram”.

Pondera ainda que a cartografia participa e desencadeia um processo de desterritorialização no campo da ciência – construção espacial subjetiva -, para inaugurar uma nova forma de produzir o conhecimento, um modo que envolve a criação, a arte, a implicação do pesquisador/autor/cartógrafo. Vantagens que se agregam aos caminhar metodológicos mais clássicos dos estudos consagrados e igualmente fundamentais.⁽⁷⁵⁾

Nesse sentido, o método cartográfico pressupõe que o cartógrafo se deixe encharcar pelas vivências nos cenários os quais está observando, pesquisando, atuando, trabalhando... promovendo uma mistura de sujeito e objeto. Abra seu corpo aos afetos possíveis que os encontros proporcionam; procure captar o movimento, processos, formas de produção da vida e a vida em produção.^(76, 77)

Para Franco e Merhy⁽⁷⁸⁾, os processos de trabalho analisados por ferramentas cartográficas possibilitam captar o trabalho vivo, dinâmico, permitindo ao cartógrafo, por meio do “olho vibrátil”, perceber a produção no campo da saúde, a partir de suas intensidades e afetamentos.

A cartografia busca traçar movimentos num dado terreno, é uma produção de sentidos produzidos por outros sentidos numa viagem de intervir/pesquisar.

Seguindo essas premissas, propomo-nos neste estudo, baseado nos princípios da esquizoanálise, utilizá-la como um facilitador do mapeamento de paisagens psicossociais, no mergulho da geografia dos afetos, dos movimentos, das intensidades. Deleuze diz que não há nenhuma questão de interpretação:

“[...] os conceitos são exatamente como sons, cores ou imagens, são intensidades que convêm a você ou não, que passam ou não passam. Não há nada a compreender, nada a interpretar”. Para ele não há nada em cima – céus da transcendência –, nem embaixo – brumas da essência. ^(79, p. 11-12)

Surge como um modo de construção de um mapa, com múltiplas entradas e saídas, possibilitando acompanhar percursos, implicar processos de produção, perceber as conexões de redes ou rizomas, de possibilitar o acompanhamento de movimentos.

As entradas de uma cartografia são múltiplas, pois o rizoma não tem um centro de organização, é um sistema acêntrico. Assim, a realidade é concebida como um mapa móvel e nele nada se decalca. Esta, portanto, propõe uma reversão metodológica no sentido de afastar-se de um conjunto de regras predeterminadas, que são substituídas por pistas, na intenção de compor mapas. Engajado no acompanhamento de processos e movimentos, o cartógrafo não se afasta do rigor do método, mas abre-se para sua resignificação. A exatidão está relacionada ao interesse, compromisso e envolvimento ⁽⁷⁷⁾

Formulada por Gilles Deleuze e Félix Guattari⁽⁸⁰⁾, a metodologia da cartografia é reconhecida como uma forma de produzir conhecimento, a qual visa acompanhar um processo em vez de representar um objeto. Para tratar do assunto, é necessário trazer à tona o conceito botânico de rizoma utilizado pelos autores em *Mil platôs*⁽⁸⁰⁾ para examinar o campo das produções sociais como um sistema aberto, heterogêneo e múltiplo de conexões, produzindo metamorfoses e cadeias semióticas e promovendo agenciamentos das diferenças em um campo de intensidades. Conforme os autores afirmam:

Num rizoma, ao contrário, cada traço não remete necessariamente a um traço linguístico: cadeias semióticas de toda natureza são aí conectadas a modos de codificação muito diversos, cadeias biológicas, políticas, econômicas etc., colocando em jogo não somente regimes de signos diferentes, mas também estatutos de estados de coisas. [...] Um rizoma não cessaria de conectar cadeias semióticas, organizações de poder, ocorrências que remetem [...] às lutas sociais. ^(74, p. 15)

Rolnik^(76, p. 67), em *Cartografia Sentimental*, diz o seguinte: “[...] não é possível definir seu método (nem no sentido de referência teórica, nem no de procedimento técnico), mas apenas sua sensibilidade”. Tal conclusão é esperada quando a proposta é mergulhar em territórios não apenas geográficos como existenciais, ou

seja, encontros de corpos, em que a sensibilidade das partes será sempre afetada. A autora elabora um “manual” do cartógrafo para direcioná-lo na sua pesquisa.

Todavia, sua construção pode estabelecer algumas pistas com o objetivo de descrever, discutir e, sobretudo, coletivizar a experiência do cartógrafo. Em linhas gerais que a cartografia é utilizada em pesquisas de campo no estudo da subjetividade e se afasta do objetivo de definir regras a serem aplicadas.⁽⁸¹⁾

Ressaltamos que a cartografia propõe uma discussão metodológica que se utiliza na medida que ocorrem encontros entre sujeito e objeto em uma perspectiva de acolher a vida em seus momentos de expansão.⁽⁸²⁾

Neste contexto, a cartografia se faz necessária, uma vez que detecta de paisagens a expressões, traçando, como um mapa, as linhas, ou mesmo, os movimentos de um processo de trabalho.

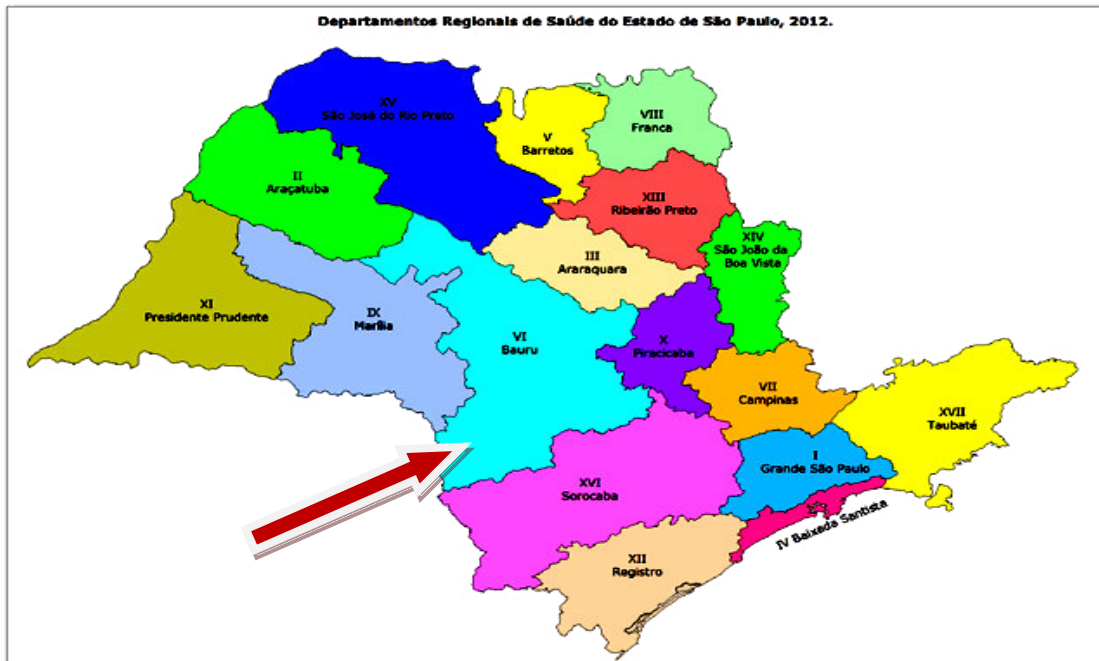
3.3 “PLANEJANDO”

3.3.1- Contexto da pesquisa

Esta pesquisa aconteceu no município de Lins/SP, que conta com 71.432 habitantes de acordo com o IBGE 2017. A microrregião de Lins é uma das microrregiões do estado brasileiro de São Paulo pertencente à mesorregião Bauru e está dividida em oito municípios, sendo: Lins, Promissão, Cafelândia, Guaiçara, Getulina, Guaimbê, Sabino e Júlio Mesquita.

Este município tem sua economia voltada para agropecuária e indústria, é um polo estudantil que apresenta muitas escolas de nível fundamental da rede estadual e privada, além do nível universitário, contando com três instituições privadas de nível superior e uma pública (FATEC). Está ligado a DRS (Divisão Regional de Saúde) VI - Bauru/SP, que contempla 68 municípios.

Figura 3- Mapa das Regionais de Saúde de São Paulo



Fonte: Secretaria do Estado de São Paulo - website 2017

Apresenta vinte e oito estabelecimentos de saúde, divididos em doze de nível primário de atenção à saúde, sendo três UBS (Unidade Básica de Saúde) e nove ESF (Estratégia Saúde da Família), dezesseis de nível secundário e terciário de atenção à saúde.

O Município possui quatro Centros de Atenção Psicossocial que prestam serviços à população, sendo o CAPS I, CAPS Álcool e Droga (AD), CAPS infantil (i) com gestão municipal e o CAPS III, que funciona 24 horas nas dependências do hospital “Cais Clemente Ferreira”. O Centro de Atenção Integrado à Saúde Clemente Ferreira tem gestão estadual, servindo de retaguarda para internações psiquiátricas. Este atende pacientes psiquiátricos e neurológicos com internações de longa permanência. O município conta ainda com um ambulatório de saúde mental, onde são realizadas dispensação de psicotrópicos e consulta psiquiátrica.

Segundo consta no Guia de Saúde Mental, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, sobre os Centros de Atenção Psicossocial, eles estão organizados nas modalidades de:

- CAPS I - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes.

- CAPS II - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

- CAPS III - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

- CAPS AD - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

- CAPS AD III - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

- CAPS i. - atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes,

incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.⁽⁴⁷⁾

Tanto o hospital Cais Clemente Ferreira, o ambulatório, bem como os CAPS especializados são referência para a microregião de saúde de Lins, que é composta pelas cidades de Sabino, Uru, Pongaí, Guaíçara, Getulina, Cafelândia e Promissão. O município de Cafelândia conta com 1 Caps I, sendo referência para Uru e Pongaí. Portanto, esta modalidade de atenção psicossocial não é dirigida a Lins.

Desde o início do ano de 2017, o Ambulatório de Saúde Mental (ASM) de Lins passou a realizar seus atendimentos juntamente com o CAPSI (mesmo espaço físico e mesmos profissionais). Os usuários inseridos no ASM eram aqueles com transtornos mentais moderados e leves, altas do CAPS I ou usuários de difícil manejo na atenção básica.

Frente aos serviços apresentados acima, esta pesquisa se propõe a desenvolver o método cartográfico em dois serviços de saúde de Lins, autorizada pelo Termo de Autorização de Pesquisa (Apêndice A) sendo:

a) No CAPS I, no qual se realiza atendimento de usuários com transtornos mentais moderados, severos ou persistentes, por exemplo: transtornos mistos (Ansiosos e depressivos), TDM, transtornos da personalidade, esquizofrenias, Transtornos maníaco-depressivos, déficits de atenção entre outros sintomáticos. Este local tem como Equipe CAPS I/ Ambulatório de Saúde Mental (ASM) / Residência Terapêutica: 2 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem, 1 terapeuta ocupacional, 1 psicólogo, 1 artesã, 1 auxiliar administrativo, 1 gerente, 1 médica psiquiatra (exclusiva para CAPS I), 2 médicos psiquiatras (exclusivos para ASM), 1 médico prescritor e 1 auxiliar de limpeza.

b) Unidade de Básica de Saúde que se localiza em um bairro populoso do município, marcado por condições sócio-econômicas desfavorecidas e que apresenta na sua população adscrita usuários do CAPS I.

A UBS tem como equipe: 2 enfermeiros, 1 gerente, 1 psicólogo, 1 assistente social, 2 dentistas, 2 auxiliares odontológicos, 1 farmacêutico, 4 técnicos de

enfermagem, 2 recepcionistas, 6 agentes comunitários (PACS) e 8 médicos especialistas.

Vale ressaltar que esta unidade é referência em atendimento em nível primário no município, apresentando grande fluxo de pacientes oriundos de diversos bairros e com alto índice de procedimentos em nível ambulatorial.

A escolha destas unidades pautou-se pelo fluxo de atendimento de pacientes com perfil psiquiátrico e por apresentar especialista nesta área, o qual desenvolve atividades que vão além da consulta médica e medicalização, sendo os grupos terapêuticos um ponto forte da unidade.

3.3.2 Participantes

Os sujeitos do presente estudo foram onze profissionais, sendo sete da UBS/PACS: dois enfermeiros, um médico, duas auxiliares de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde e quatro trabalhadores do CAPS I, sendo: duas enfermeiras, uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga.

A escolha por estes profissionais se reforça pelo tipo de atendimento prestado, visto que são eles que estavam ligados à assistência direta ou à prestação de cuidados que envolvem o paciente, família e comunidade, reforçando a ideia do cuidado integral.

Todos os profissionais envolvidos com a assistência direta ao portador de transtorno psíquico foram convidados a participar da pesquisa, porém houve várias recusas, especialmente da classe médica.

3.3.3 Procedimentos éticos

Após a aprovação pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp -, sob número 1.355.749 (Anexo B) e a anuência dos sujeitos a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), iniciamos a etapa de coleta de dados. Utilizamos a triangulação proposta por Minayo⁽⁷⁰⁾ para a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa capazes de apreender as dimensões qualitativas do objeto, atendendo aos

requisitos do método qualitativo proposto neste trabalho. Para tal, empregamos o Estudo de Caso Observacional (Apêndice C), a Entrevista Individual Semiestruturada (Apêndice D) com os profissionais da UBS e CAPS I que prestam assistência ao portador de transtorno psíquico e o Fluxograma Analisador.

Com a pretensão da aproximação com os sujeitos do estudo, o trabalho de campo deu-se como importante, pois forneceu elementos do cotidiano de trabalho dos participantes, destacando-se a necessidade de a observação realizar-se de forma controlada e sistemática.⁽⁸³⁾

Atentando sempre ao objetivo do estudo, utilizamos um roteiro, para observação das atividades que se desenvolveram cotidianamente nas unidades, as demandas de saúde mental recebida, as ações realizadas com esta demanda, bem como dificuldades e entraves. Todas essas informações foram anotadas em um diário de campo.

A cartografia ressalta a importância da observação dos vários aspectos do contexto pesquisado e também revela a importância de dar voz aos sujeitos. Para isso, foi empregada a entrevista audiogravável.

“O que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais, é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.”^(84, p. 109-110)

Quanto ao fluxograma, este é instituído como um instrumento importante para elaboração da análise do conteúdo trazido pelos sujeitos pesquisados.⁽⁸⁵⁾

O fluxograma analisador 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, que indica momentos de decisão para a continuidade do trabalho; e o retângulo, que marca o momento de intervenção, de ação sobre o processo (Figura 4).

Figura 4 – Exemplo de fluxograma analisador



FONTE: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997

Tendo como base estes preceitos, os sujeitos foram convidados a participarem de uma discussão grupal, da qual constituiu-se o fluxograma. Para tanto, solicitamos ao grupo que pensasse e escolhesse coletivamente um caso de um usuário portador de transtorno mental, o qual fizesse uso do CAPS e da UBS/PACS, e a partir deste, que ilustrassem o seu percurso nos dois serviços.

4 PRODUÇÃO DE DADOS

Antes de iniciar as entrevistas pertinentes ao estudo, participamos das atividades nas unidades durante cinco meses (de abril a agosto de 2016), pelo menos duas vezes na semana, a fim de registrarmos, no diário de campo, o cotidiano do cuidado. Esses momentos foram únicos e preciosos para dar movimento à pesquisa, por terem permitido maior aproximação com os sujeitos.

No mês de agosto de 2016, agendamos as entrevistas no melhor dia e horário para cada entrevistado, para que não houvesse prejuízo nas atividades, bem como para que não atrapalhasse a rotina da unidade. Essas foram realizadas na unidade do CAPS I, numa sala privativa. Utilizamos um roteiro relacionado com o objetivo da investigação. Nessa fase, foi utilizado o gravador para registro das falas. As entrevistas tiveram duração de 10 a 25 minutos.

Após a etapa de realização das entrevistas, de comum acordo com o grupo de participantes, acordamos uma reunião na sede do CAPS I com o objetivo de elaboração do fluxograma. Assim, em meados do mês de agosto, a reunião teve início no final do expediente de trabalho, com a explanação sobre o uso do fluxograma analisador estabelecido por Merhy (já descrito anteriormente). Este

considera que o fluxograma auxilia no entendimento do percurso do usuário na unidade de saúde, desde sua entrada até a saída.

Os sujeitos foram orientados quanto ao significado dos símbolos que compõem o fluxograma, depois solicitamos que pensassem e elessem um caso de um portador de transtorno psíquico que recebeu cuidados na UBS e foi referenciado ao CAPS I, e tendo o caso eleito, construísem o percurso do cuidado ofertado pela equipe.

Enfocamos, neste momento, um caso traçador, eleito por eles, sem hesitação e interferência de nossa parte. Considera-se o caso traçador como um método que permite avaliar o processo de trabalho de uma equipe de saúde, a partir da reconstituição de um caso, possibilitando uma melhor observação do ato de cuidar prestado ao usuário. ⁽⁸⁶⁾

A lógica de construção do caso traçador baseou-se na ferramenta fluxograma analisador com o objetivo de observarmos mais atentamente a micropolítica do trabalho em saúde na produção do cuidado de um usuário. ⁽⁸⁶⁾ Para tal, foi necessário conversar com os trabalhadores de saúde envolvidos na produção do caso e por meio de suas falas, reconstruímos o caminho trilhado por vários usuários e seus momentos de interface em cada caminhar no processo de atendimento. Porém não foi fácil elencar apenas um caso. A equipe insistia em manter dois casos.

Ao avaliarmos essa reunião, foi possível afirmar que as reflexões internas das ações cotidianas dos sujeitos vieram à tona, agitaram-se em meio às falas rápidas, os murmúrios, precisando de alguns minutos para retomarem o objetivo de nosso encontro. Apesar da agitação, demonstraram gostar do processo de construção do fluxograma e não tiveram pressa para finalizar as etapas. Também, foi possível constatar que o fluxograma consiste em ferramenta disparadora para coletivizar a gestão dos processos de trabalho no contexto pesquisado.

Durante a construção do fluxograma, os discursos produzidos foram por nós registrados, com o cuidado de descrever os detalhes apresentados por eles. Atendendo à solicitação do grupo de participantes, nessa etapa da coleta de dados, não foi utilizado o gravador para o registro das falas advindas da reunião.

4.1 ANÁLISE DOS DADOS

A etapa de análise em cartografia não ocorre no final de uma pesquisa, após os dados serem produzidos, mas acontece durante todo o processo de produção, de modo que nada está “dado”, tudo é produzido mediatizado pela experiência oriunda da interação dos participantes envolvidos, e isso inclui o pesquisador. Por isso, o uso da expressão “produção de dados” no lugar de “coleta de dados”.⁽⁸⁷⁾

Para essa fase do estudo, foram base referencial três autores: Emerson Merhy, autor que dá subsídios para a temática do cuidado; Benedito Saraceno, autor que sustenta a discussão pertinente à Reabilitação Psicossocial e Eugênio Vilaça Mendes, autor que discute o trabalho em Redes com enfoque a Rede de Atenção Psicossocial. Junto ao referencial teórico desses autores, outros autores foram trazidos para a discussão.

No processo de elaboração do estudo, percebemos que os movimentos dinâmicos pulsantes na instituição, oriundos do cotidiano do trabalho, ganhavam formas e contornos, assim como o movimento contínuo de territorialização, desterritorialização e reterritorialização se faziam presentes.

E com o preparo desses instrumentos ou dessas ferramentas, iniciamos a etapa de exploração do material de análise, pois, em cartografia, são os problemas que servem de guia. De tal forma, tudo que é evidente, neutro, conhecido e naturalizado não é foco de análise dessa metodologia, já que se distancia da experiência que é controversa, duvidosa, incerta e parcial.⁽⁸⁷⁾



Fonte: http://redehumanizaus.net/sites/default/files/carolmonjardim/_maos_0.jpg

5 CAPÍTULO III

CARTOGRAFIA DO CUIDADO NAS REDES DE SAÚDE MENTAL

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Inicialmente, buscamos caracterizar os participantes quanto à idade, sexo, profissão, cargo ocupado na UBS e CAPS, bem como o tempo de trabalho.

A faixa etária dos sujeitos variou entre 22 a 65 anos de idade. Da amostra estudada, 63,7% atuavam na UBS, 36,3% no CAPS I. Quanto às características sociodemográficas, predominou o sexo feminino, população jovem (≤ 40 anos), com níveis médio e superior; e renda de dois a sete salários mínimos.

Em relação às profissões e cargos ocupados na UBS: um enfermeiro, com larga experiência na área hospitalar e saúde mental; na Atenção Básica estava há cinco anos, exercendo função gerencial, inclusive participou ativamente da reestruturação da política de saúde mental do município, visto sua atuação profissional no hospital psiquiátrico de Lins; a enfermeira assistencial contava com quatro anos de atuação na UBS, sendo seu primeiro trabalho; duas técnicas de enfermagem contavam com vinte anos de atuação na enfermagem, sendo que destes, quinze anos foram na atenção básica; dois agentes comunitários da saúde: eram bem aceitos em suas microáreas devido ao vínculo que construíram. O tempo médio de atuação dos agentes é de dez anos. A médica da Unidade tinha formação em clínica médica e especialização em saúde mental, exercendo suas atividades há mais de vinte e cinco anos no SUS.

Em relação às profissionais do CAPS, participaram: duas enfermeiras, uma que atua na enfermagem há quatro anos e outra que coordena o serviço de saúde mental do município e tem grande experiência, pois também é atuante no hospital psiquiátrico há vários anos; uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional que estavam no serviço há mais de 6 anos, ambas com formação em saúde mental.

5.2 ELABORANDO O FLUXOGRAMA

Caso 1 – Percurso de uma usuária pelo Caps I e UBS

Paciente do sexo feminino, 15 anos, tem como histórico que aos 7 anos de idade apresentava agressividade constante, passando por várias avaliações em uma Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), a qual frequentou por alguns anos. Na adolescência, a família procurou o Caps I, referenciada por uma UBS à qual era vinculada, sendo avaliada e diagnosticada com CID- F.20 (Esquizofrenia) e F. 41.2 (Transtorno Obsessivo Compulsivo-TOC).

A mãe pouco colaborativa, apresentava grande passividade, sendo a irmã mais velha participativa e atuante nos cuidados e intervenções. Segundo a equipe, a passividade da mãe em relação ao quadro psíquico da filha acentuava ainda mais as crises. Por vezes, cogitavam que a filha “usava” deste artifício para conseguir o que queria. Procuravam compreender os fenômenos imbricados na relação familiar, porém, por vezes lançavam mão de julgamentos que transcendiam a *clínica*.

Era um caso considerado pela equipe de difícil resolução. Ao mesmo tempo que consideravam as dificuldades, também externavam sentimentos de piedade, tristeza e angústia, pois se tratava de uma jovem que certamente teria muitos anos a serem vividos e, na lógica desta equipe, seria uma vida “limitada pela patologia”

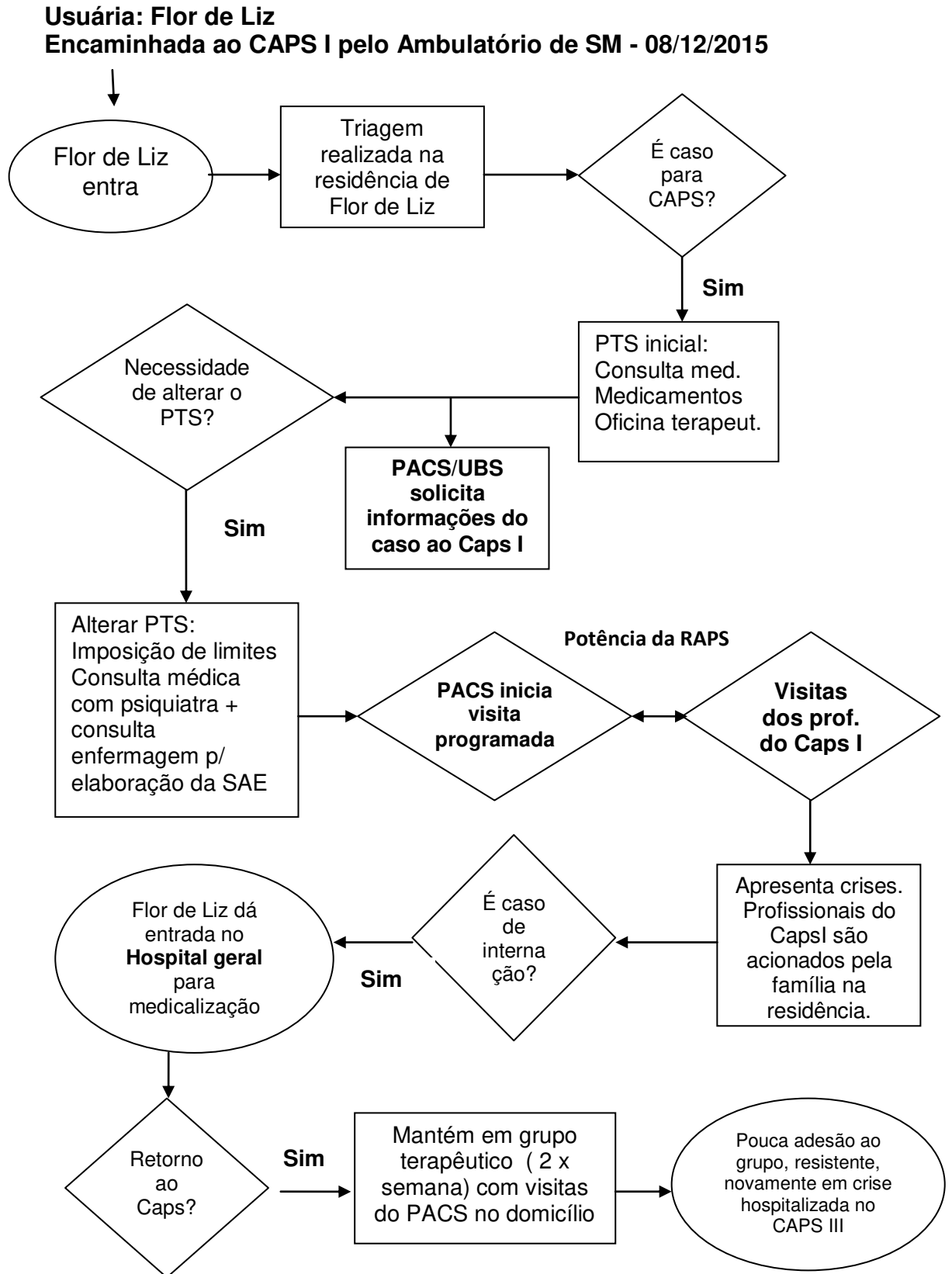


Figura 5 - Fluxograma analisador do processo de trabalho, Caps I e UBS - Lins/SP

5.3.1 Entrada

Neste Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), um usuário pode dar entrada da seguinte forma: encaminhado por uma UBS, PACS ou ESF, ou até mesmo pelo Ambulatório de Saúde Mental, demanda espontânea, solicitação de um consultório ou da Secretaria Municipal de Saúde.

Não há pessoas que impeçam a entrada do usuário, como porteiros ou vigias. Na recepção há sempre um profissional para o primeiro contato, o qual direciona ao serviço de acolhimento. Há escala diária para este serviço.

O portão está sempre aberto durante a jornada de trabalho e os usuários, bem como familiares, circulam livremente nas dependências da unidade.

Na entrada da unidade, encontra-se uma espécie de varanda, pois na verdade o CAPS I estava instalado em uma “residência” que foi alugada e adaptada para o serviço. Em longarinas, os usuários e seus familiares esperavam sentados para suas consultas ou até mesmo para o horário de início das oficinas terapêuticas. Alguns conversam entre si, outros com olhares fixados resmungavam frases desconexas, ou até mesmo permanecem em silêncio, apenas com suas vozes internas.

As atividades no CAPS são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos e reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção primária.

Segundo o Decreto nº 7.508/2011, o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Assim são consideradas portas de entrada para a atenção psicossocial no âmbito do SUS: os serviços de atenção primária e os serviços de atenção psicossocial.⁽⁸⁹⁾

A porta de entrada para a RAPS desta pesquisa, por vezes, é representada pelo CAPS, pois os pacientes dirigem-se diretamente para esse serviço à procura de atendimento, porém as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as ESF também representam importantes atores na referência de usuários para o CAPS.

Os atendimentos realizados na unidade acontecem por meio de agendamento, após o acolhimento e, em casos esporádicos, atendem com o esquema de “encaixe” do usuário para consulta médica.

5.3.2 Recepção

A recepção do usuário é realizada por um atendente, treinado para isto. No caso observado, o atendente agia com cordialidade e simpatia.

Em nosso diário de campo registramos diversas experiências vivenciadas sobre o acolhimento na recepção. Pudemos constatar que este produziu, de fato, efeitos positivos no cotidiano do serviço, apresentando-se como um organizador dos processos de trabalho, ao provocar mudanças no modelo de atenção à saúde.

Desse modo, “a equipe de acolhimento” desse CAPS garantiu o acesso universal e resolutivo à população, utilizando uma tecnologia assistencial voltada para a escuta, a humanização do atendimento, o trabalho interdisciplinar e o encaminhamento das intervenções terapêuticas. Ainda, foi possível apontar alguns aspectos positivos do acolhimento, entre eles: a priorização dos casos, a ampliação do acesso, a humanização do atendimento, o trabalho em equipe e o estreitamento do vínculo entre usuário e equipe.

A equipe se comunicava o tempo todo, ajudava-se com impressos e questões burocráticas que exigiam decisões rápidas. Ressaltamos o caráter decisivo relacionado à triagem, já que o ato de triar pressupõe separação e escolha. Essa escolha é, de algum modo, determinada por um ideal de como fazer e responde a algum objetivo previamente determinado.⁽⁹⁰⁾ Ainda na percepção de profissionais do CAPS, a triagem se caracterizava como sendo: “[...] Uma porta aberta ao usuário. É o acolhimento, a recepção. Acontece todos os dias. De início todo mundo que chega no serviço passa por triagem. É escutado e acolhido. A equipe discute constantemente as demandas que chegam e o acolhimento desses usuários”. (E 2)

Quando Flor de Liz chegava na unidade, sempre acompanhada pela mãe ou pela irmã, dirigia-se à recepção. Pouco falava, porém era responsiva às indagações que lhe faziam. Não gostava das oficinas terapêuticas. Era nítida sua expressão de descontentamento quando abordada sobre esta. Parecia não aceitar as formas de cuidado que estavam sendo ofertadas. Nesses momentos, nos indagávamos sobre o processo de vinculação nas redes: como seria possível sem a aceitação do usuário?

Vale destacar o pensamento de Saraceno,⁽¹⁷⁾ quando revela que os serviços de saúde mental devem ser compreendidos como de base comunitária, a partir da

sua capacidade de produzir vínculos não apenas com serviços, mas, fundamentalmente, com a comunidade. Um serviço de saúde mental de alta qualidade é um sistema de espaços físicos e de recursos humanos capaz de interagir com a atenção básica à saúde, outros setores do sistema sanitário e com a comunidade circundante.

Nesta vertente, ser de base comunitária implicaria trabalhar no e com o território existencial de cada indivíduo, ou seja, com seu modo de produção de vida, costurando redes de cuidado, a partir dos recursos disponíveis na vida cotidiana de cada usuário. Cabe o diálogo aqui também sobre as relações de tutela.

Merhy^(85,p.3) traz para o debate o tema da tutela, apontando que, em todo cuidado, há uma dimensão tutelar. Contudo, este autor explicita que essa tutela pode, ao mesmo tempo, aprisionar o sujeito ou libertá-lo para o caminhar na vida, já que: *“o mesmo lugar, ocupado pela interdição, é também espaço de encontro autopoietico”*. Assim, a tutela autonomizadora no seu modo de agenciar uma libertação a partir de si, busca, a todo instante, produzir movimento no qual, o agir vivo de um, dispara produção de vida no outro. Por outro lado, a tutela que gera dependência tem um efeito castrador nas possibilidades produtivas do sujeito perante sua vida.

Busca-se, nas premissas da reabilitação psicossocial o cuidado, e para isso é fundamental estar atento ao paradoxo – do aprisionamento e da libertação –, que envolve o ato de cuidar, de modo que o cuidado não aprisione o sujeito, mas, pelo contrário, lhe possibilite caminhar pela vida.

5.3.3 Decisão

Os momentos decisórios eram sempre os mais difíceis. Decidir sobre qual a melhor conduta terapêutica remetia a sentimentos de incertezas, porém para minimizá-los, a equipe sempre optava pela decisão em grupo.

A decisão também demandava o repensar das ofertas de assistência na RAPS. No caso de Flor de Liz, procuramos descrever o processo decisório desde o início do contato com a unidade até sua saída, e, neste percurso, acrescentamos algumas formas de cuidado dispensadas pela equipe do CAPS I em parceria com a UBS de referência.

A partir da confirmação do diagnóstico médico de transtorno psíquico, a

equipe do CAPS I estabeleceu alguns protocolos de atendimento. Foi instalado o PTS. Um dos dispositivos para a superação do modelo manicomial é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este tem como finalidade permitir a construção dialógica entre profissionais, usuários e familiares na construção de possibilidades de cuidado que sejam interessantes e viáveis para todos os envolvidos.

Na realidade vivenciada, a construção de PTS, muitas vezes, limitava-se à oferta do cardápio de ações disponíveis no serviço. Assim, era o usuário que se adequava ao que o serviço tinha a oferecer, e não o contrário, no sentido de o serviço buscar produzir ações específicas para necessidades singulares dos usuários.

Por um tempo conversamos com a equipe sobre as características de Flor de Liz e para estabelecimento de um PTS mais adequado às suas necessidades, recorreu-se à equipe da UBS a qual a mesma era vinculada, pois necessitava de um acompanhamento medicamentoso e visitas domiciliares frequentes.

As visitas inicialmente eram em conjunto entre profissionais dos CAPS e da UBS e, geralmente, um agente comunitário do PACS estava sempre presente.

As visitas reforçavam a necessidade da vinculação da usuária aos serviços de base territorial. No caso de Flor de Liz, a primeira decisão foi facilitada e reforçada pelo quadro clínico que apresentava e por reiteradas vezes as equipes da UBS e CAPS terem se contactado para discutir a corresponsabilização do caso.

A corresponsabilização era referida pela equipe como a parceria entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar em saúde para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com transtorno mental.

A equipe do CAPS, por vezes, encontra-se presa à rotina do serviço, limitando as ações do PTS nos espaços institucionais, desconsiderando a potencialidade do território que aquelas pessoas vivem, com vista ao cuidado em redes.

5.3.4 Cardápio

No CAPS I, o atendimento consistia inicialmente em consulta médica (psiquiatra), com prescrição de psicotrópico e encaminhamento às oficinas terapêuticas.

Em alguns dias da semana, eram realizadas reuniões em equipe para

discussão dos casos. Existiam momentos em que a família era acionada para prestar algum esclarecimento que ajudasse a preencher as lacunas assistenciais e também a esclarecer questões oriundas das histórias pregressas.

A família sempre era abordada e orientada em relação à necessidade de compreender e ajudar o seu ente que requeria cuidados.

Percebemos que a maioria dos familiares é corresponsável pelo acompanhamento do usuário aos serviços de saúde, pela supervisão e/ou administração dos psicofármacos e pelo manejo terapêutico. Por outro lado, percebe-se que a corresponsabilização do familiar, por vezes, pode refletir uma situação de superproteção que dificulta a emancipação do usuário.

Voltando ao cardápio oferecido à Flor de Liz, quanto às oficinas terapêuticas, no CAPS I eram oferecidas as atividades de crochê, pintura, tear de prego, cozinha terapêutica, musicoterapia (coral) e decoupage. Porém, a usuária não aderiu e, quando freqüentava, aparentava estar alheia à atividade, apenas esperando a “hora passar”. O PTS foi refeito várias vezes no sentido de ajustar melhor a conduta às necessidades da usuária.

Nesta mesma época, as crises se agravavam mais e mais. A equipe preocupava-se com o quadro agressivo de Flor de Liz, mesmo medicada. Assim a equipe foi acionada pela família inúmeras vezes para providenciar internação hospitalar.

5.3.5 Saída

A saída de um usuário é de fato vivenciada pela equipe quando há melhora de um quadro ligado a aspectos orgânicos ou associado a transtornos mentais. Pareceu-nos que este foi o momento encarado pela equipe como de não realização e insatisfação frente ao desfecho do caso.

Flor de Liz encontrava-se em internação no CAPS III, sendo medicada para contenção da crise. Segregar, classificar, medicalizar e controlar a vida têm sido ainda as principais formas de assistência às pessoas com transtornos mentais.

[...] sabe, a gente fica triste quando tem que internar nosso paciente, é como se voltasse a estaca zero ...fica parecendo que o lugar dele é mesmo no hospital. (E 2)

A experiência deste caso apontou para a necessidade de novas significações na construção dos PTS, que esteja implicada à circulação dos usuários nos diferentes territórios geográficos da cidade, facilitando a produção de novas redes de cuidado e de vida para o sujeito no mundo. Talvez, assim, seja possível que, efetivamente, a loucura seja posta entre parênteses, não apenas no CAPS, mas nos diversos espaços de convivência do sujeito. Ou melhor, que a perspectiva do olhar dos trabalhadores possa extrapolar os parênteses em que ela se enquadra, pois mais do que usuários aprisionados em processos medicalizantes, talvez esteja aprisionada a capacidade de os profissionais perceberem e lidarem com os usuários, que, de certa forma, sempre extrapolam os parênteses.

5.4 FLUXOGRAMA 2

CASO 2- Percurso de MÃE e FILHO pelo CAPS I e UBS

Neste caso, temos uma mulher de 55 anos que aqui será denominada Rosa e seu filho de 31 anos, José. Ambos residem em uma casa carente, em condições precárias de higiene, alimentação, pobreza e exclusão. Há ainda no lar uma filha menor de idade, supostamente envolvida com prostituição e tráfico. Rosa, com quadro de depressão e José, de esquizofrenia por abuso de álcool e substância psicoativa. As crises psicóticas do filho são frequentes, com autoagressividade e falta de asseio pessoal. Ambos sem trabalho, vivendo de doações. José durante a crise é atendido no SOAD (tipo de atendimento domiciliar do município, interligado à Santa Casa). Após exaustivas visitas, auxílio do serviço social, medicação assistida diariamente pelo PACS (UBS) e inserção nos grupos terapêuticos, conseguiu-se o sucesso no tratamento, promovendo o resgate da autonomia da mãe e do filho, voltando às atividades diárias, como limpeza do lar, higiene pessoal e benefício social para subsistência.

Usuários: Rosa e José
Encaminhada pela UBS e SOAD ao CAPS I - 04/02/2014

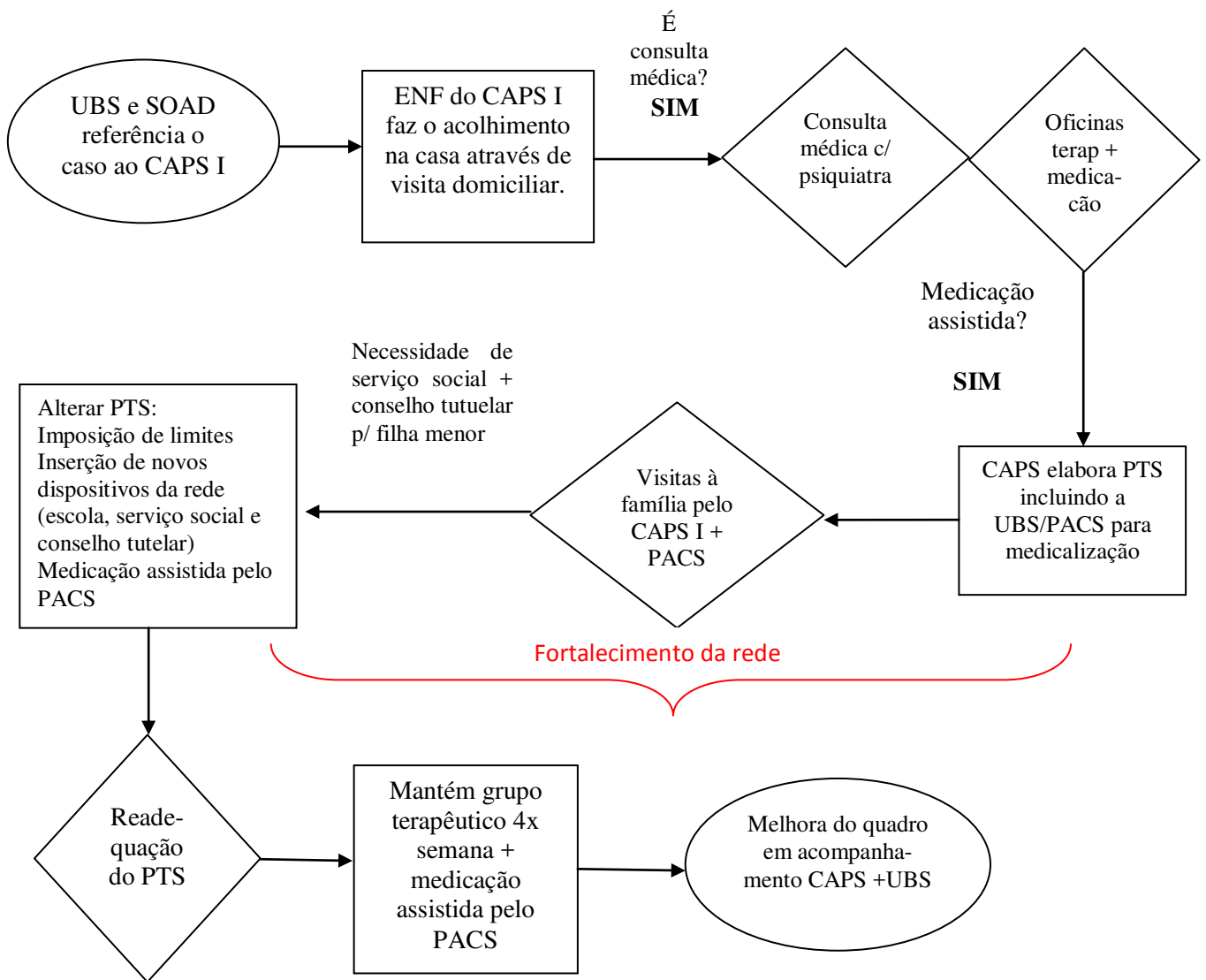


Figura 6 - Fluxograma analisador do processo de trabalho, UBS/SOAD e CAPS I - Lins/SP

5.5 DESCRIÇÃO DO FLUXOGRAMA ANALISADOR

5.5.1 Entrada

Nesta Unidade Básica de Saúde, um usuário pode dar entrada da seguinte forma: agendando consulta, encaminhado pelo PACS, demanda espontânea ou até mesmo solicitação da Secretaria Municipal de Saúde.

Não há pessoas que impeçam a entrada do usuário, como porteiros ou vigias. Na recepção há sempre um profissional fixo para o primeiro contato, o qual realiza o preenchimento do prontuário e direciona ao serviço de pré-consulta. É válido destacar que se o paciente é de outra área adscrita, a recepcionista questiona o porquê da procura naquela unidade, isso em respeito às questões de territorialidade.

O portão está sempre aberto durante a jornada de trabalho e os usuários, bem como familiares, circulam livremente nas dependências da unidade.

Em cada corredor há longarinas, os usuários e seus familiares esperam sentados para suas consultas, tem um televisor fixado na parede, revistário e na ala pediátrica existem brinquedos pedagógicos. Sentamo-nos junto a eles e percebemos que os usuários comunicavam entre si, porém, várias vezes, quando percebiam que o paciente ao lado era psiquiátrico, teciam comentários em forma de cochichos e olhavam sempre com expressão de preocupação. Pudemos observar que permeava-se entre os sentimentos o preconceito e o estigma.

As consultas eram iniciadas seguindo ordem de chegada, porém com preferência a paciente idoso. O atendimento não se demorava. Logo a sala de espera ia se esvaziando. Para o paciente psiquiátrico, o atendimento se resumia à prescrição medicamentosa (atualização de receita), salvo quando era agendado para consulta especializada, pois na unidade havia um profissional de medicina com formação em saúde mental. Logo, o paciente era referenciado ao CAPS I. No caso de Rosa e José, também assistidos pelo SOAD (Serviço Organizado para Atendimento Domiciliar), por diversas vezes foi relatado pela equipe deste serviço que não seria possível melhora do quadro clínico sem a atenção especializada, ou seja, o CAPS seria decisivo para a evolução da assistência.

Partindo do entendimento dos dispositivos de ofertas acima, é preciso, reconhecer a existência de um tipo de rede que se constitui sem modelo, que não parte de uma estrutura, pois se constrói em ato, com base no trabalho vivo de cada trabalhador e equipe, mediante fluxos de conexões entre si, na busca do cuidado em saúde, seja em encaminhamentos realizados, procedimentos partilhados, projetos terapêuticos que procuram consistência no trabalho multiprofissional. Ainda é possível identificar a intensidade das redes e seu funcionamento, tomando como foco a análise da micropolítica do processo de trabalho para o cuidado em saúde.⁽⁹¹⁾

Podemos dizer, então, que uma rede funciona com base no trabalho das equipes de saúde, são os trabalhadores os operadores da rede.

O SOAD era um serviço do município, alocado nas dependências do hospital e que oferecia suporte às UBS em casos de internação/ atendimento domiciliar. Como Rosa era depressiva, por vezes apresentava-se desidratada e astênica, sendo necessária hidratação endovenosa realizada no domicílio por este serviço. Em meados de 2017, este serviço foi substituído por outras ações em nível de atenção básica.

5.5.2 Recepção

A recepção de Rosa e José deu-se por uma enfermeira do CAPS no domicílio da família. Por exercer empatia, preocupou-se com o ambiente da casa, muito sujo e desorganizado. A filha mais nova não trabalhava, não frequentava a escola com regularidade e também não desenvolvia auxílio à mãe com os afazeres domésticos.

Quando Rosa chegava à unidade, sempre acompanhada por José, dirigia-se à recepção. Era apática, porém responsiva às indagações que lhe faziam. José permanecia quieto, mas com olhar agitado para todos os lados, prestava atenção nas conversas e mexia as mãos o tempo todo. Logo de início perguntavam sobre as oficinas terapêuticas. O entusiasmo era grande. Cada qual seguia para um tipo de oficina. Rosa gostava de pintura e decoupage, já José identificava-se com o tear. Também desenvolviam algumas atividades terapêuticas na UBS de referência.

Como se observa, o projeto terapêutico é o disparador da rede, e assim não há uma rede a priori, mas construída em ato, sendo, pois, trabalho vivo dependente, como é característica do trabalho em saúde, segundo Merhy.⁽⁶⁸⁾

Aderiam bem aos grupos terapêuticos, bem como em relação às consultas com psiquiatra. Sentiam-se acolhidos no CAPS, sendo o lar o maior problema. Segundo relato abaixo, fica nítida esta questão: “[...] o maior problema destes dois é a hora de ir pra casa, ficam tristes. Rosa fala que se sente bem aqui, que em casa a tristeza aparece, acho que ela lembra do contexto de vida...é como se aqui ela desligasse dos problemas.” (E1)

5.5.3 Decisão

A decisão no caso de Rosa e José era sempre partilhada pela equipe, embora não deixassem de consultar a UBS de referência, pois acreditavam na potência da relação binária. O processo decisório era emanado pelas ofertas de assistência na RAPS.

No caso de Rosa e José, procuramos descrever o processo decisório desde o início do contato com a unidade até sua saída e, neste percurso, acrescentamos algumas formas de cuidado dispensadas nos dispositivos da rede.

O discurso da equipe demonstrava a construção cotidiana de relações em rede, formatadas entre UBS, CAPS e domicílio, e neste caso específico, para acompanhamento constante da família. Revela-se uma atenção especial quanto à administração de medicamentos psicotrópicos, um esforço de controlar este quesito, ao admitir que o “não tomar a medicação” significaria “não aderir ao tratamento”

As visitas inicialmente eram em conjunto entre profissionais dos CAPS e da UBS. Geralmente um agente comunitário do PACS estava sempre presente.

No caso de Rosa e José, a primeira decisão foi facilitada e reforçada pelo quadro clínico apresentado por eles, bem como por reiteradas vezes as equipes da UBS e CAPS terem se contactado para discutir a corresponsabilização do caso.

A corresponsabilização era referida pela equipe como a parceria entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar em saúde, para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com transtorno mental.

A equipe do CAPS, por vezes, encontra-se presa à rotina do serviço, limitando as ações do PTS nos espaços institucionais, desconsiderando a potencialidade do território que aquelas pessoas vivem, com vista ao cuidado em redes.

5.5.4 Cardápio

No CAPS I, o atendimento consistia inicialmente em consulta médica (psiquiatra), com prescrição de psicotrópico e encaminhamento às oficinas terapêuticas.

Em alguns dias da semana eram realizadas reuniões em equipe para discussão dos casos. Existiam momentos em que a família era acionada para prestar algum esclarecimento que ajudasse a preencher as lacunas assistenciais e também a esclarecer questões oriundas das histórias pregressas.

Percebemos que no caso de Rosa e José a relação familiar era forte, vinham junto e se mantinham juntos quase todo o tempo. Percebia-se certa dependência, um elo que não poderia ser quebrado.

Voltando ao cardápio oferecido a Rosa e José, quanto às oficinas terapêuticas, no CAPS I, Rosa seguia na pintura e decoupage e José no tear. O PTS foi refeito várias vezes no sentido de ajustar melhor a conduta às necessidades deles.

As rotinas da unidade e o diálogo com os outros dispositivos da rede sinalizavam melhoras no quadro clínico da mãe e filho. A equipe sentia-se confiante frente ao cuidado.

5.5.5 Saída

A saída de um usuário é de fato vivenciada pela equipe quando há melhora de um quadro ligado a aspectos orgânicos ou associado a transtornos mentais. Foi o

momento encarado pela equipe como de realização e satisfação frente ao desfecho do caso, fato este que lembravam com alegria e satisfação do dever cumprido.

Rosa e José encontravam-se no domicílio, assistidos pelo PACS da UBS de referência e pelo CAPS I, sendo ela medicada com dosagem supervisionada durante os dias de semana e aos finais de semana administrados pela filha menor, a qual foi treinada pela equipe.

A experiência deste caso apontou para potência do trabalho em rede, facilitando a produção de cuidado e de vida para o sujeito no mundo. O que denota a ideia de um PTS formulado em equipe, com vistas às reais necessidades de saúde do usuário. A RAPS existe em função de projetos, seja um Projeto Terapêutico Singular (PTS), seja uma festa ou intervenção cultural em um determinado território. Quando se chega ao objetivo, desfaz-se esta rede até o próximo projeto e a formação de uma nova rede. Assim, a RAPS tem duas dimensões: uma normativoinstitucional, que afirma uma unidade institucional da rede; outra operacional, prática, concreta, que depende das relações efetivas entre as pessoas.

MAPEANDO...

Entender aqui não tem nada a ver com explicar e muito menos com revelar, o que existe são intensidades, pedindo e buscando pontes para sua travessia. ⁽⁷⁶⁾

5.6 EXPLORANDO OS TERRITÓRIOS

Os encontros que aqui serão traçados permitiram tecer os afetos, os fluxos e as conexões rizomáticas, que passam a compor esse texto e, sobretudo, os extratextos escritos, deletados e reescritos, em um processo de desterritorialização e de conjugações. Deleuze e Parnet ^(79, p. 66) consideram que: “[...] um fluxo é algo de intensivo, de instantâneo e de mutante, entre uma criação e uma destruição. É só quando um fluxo está desterritorializado que chega a fazer a sua conjugação com outros fluxos, que o desterritorializam por seu turno e inversamente”

Torna-se necessário ressaltar que, com o estabelecimento dos territórios,

segiu-se o acompanhamento da realidade experienciada pelos sujeitos, que aqui será retratada, pretendendo-se explicitar que há todo um processo gradativo de discussão que fez surgirem outros problemas. Portanto, a realidade do cenário da pesquisa, o cotidiano dos pesquisados e as nossas necessidades como pesquisadora foram levados em conta em todo o processo metodológico, como se não houvesse separação entre objeto e sujeito, pesquisador e pesquisado.

Numa visão mais ampla sobre os instrumentos analisadores: as entrevistas, o fluxograma analisador e diário de campo foram imprescindíveis. Contudo, esses dispositivos (ou analisadores) seriam insuficientes se não houvesse de fato um mergulho nos afetos. O mergulho nos afetos e no experienciar é prerrogativa para tornar-se cartógrafo, pois de fato só haverá intervenção se houver afetação, sendo esta segunda possível, se houver experiência em territórios desconhecidos.^(95,96)

Importante refletir que não é o dispositivo ou o pesquisador que cria esses problemas, pois estes já estão dados, é da ordem do cuidado, dos serviços, da comunidade. O que fazem o pesquisador e o dispositivo é apoiar a criação de um meio que seja terreno fértil para a troca de experiências e transversalidades.⁽⁸⁷⁾

Para a validação em pesquisa cartográfica, o estudo deve assegurar-se de três formas, segundo Passos e Kastrup⁽⁸⁷⁾: a primeira é compreender *se a experiência foi acessada*, atravessando o escopo de forças coletivas, ou seja, se houve a participação de todos os envolvidos, de forma democrática, exprimindo a realidade, ou seja, o cotidiano do trabalho; a segunda é relativa ao *acesso ao plano de consistência*, entendido como um espaço no qual os agenciamentos são possíveis e os vetores do inédito convocam para um novo pensar e provoca desterritorializações; por fim, a terceira maneira de validar uma pesquisa cartográfica é pela *produção de efeitos*, entendida aqui como geração de transformações antes não pensadas, tanto no campo do instituído quanto do instituinte.

Seguindo-se a esses ensinamentos, foram elaborados três territórios denominados: território do cuidado nas redes conectivas, território das desterritorializações e território do instituído e instituinte e seus platôs.

5.6.1 Território do cuidado nas redes conectivas

Tecendo a Manhã

“Um galo sozinho não tece uma manhã: ele precisará sempre de outros galos. De um que apanhe esse grito que ele e o lance a outro; de um outro galo que apanhe o grito de um galo antes e o lance a outro; e de outros galos que com muitos outros galos se cruzem os fios de sol de seus gritos de galo, para que a manhã, desde uma teia tênue, se vá tecendo, entre todos os galos. E se encorpando em tela, entre todos, se erguendo tenda, onde entrem todos, se entretendo para todos, no toldo (a manhã) que plana livre de armação. A manhã, toldo de um tecido tão aéreo que, tecido, se eleva por si: luz balão”.

João Cabral de Melo Neto

Neste território, apresentamos as ações dos trabalhadores em rede no que tange ao cuidado do portador de transtorno psíquico, especificamente, dos casos trazidos ou eleitos pela equipe na fase de elaboração do fluxograma, como também, apresentamos o conteúdo elaborado pelos sujeitos na fase das entrevistas, referente ao prestar o cuidado na RAS, assim como foram consideradas as anotações do diário de campo.

Durante os meses que transcorreu a pesquisa, acompanhamos a dinâmica dos profissionais, observando os arranjos e re-arranjos no trabalho em equipe.

As ações relacionadas aos portadores de transtornos psíquicos na Unidade Básica dividiam a opinião do profissional integrado à equipe de saúde. Alguns profissionais envolvem-se com o cuidar em saúde mental, promovendo o acolhimento, o vínculo e a escuta terapêutica, como constam nos depoimentos abaixo:

“[...] em relação à saúde mental, nós aqui da Unidade, temos hoje um outro olhar e damos preferência e prioridade para paciente da saúde mental, porque a hora que ele chega no balcão, o próprio recepcionista do balcão já sabe, paciente da saúde mental, lá do CAPS....” (E2)

Importante notar que esta fala nos remete à prática em saúde mental coletiva que se propõe a fazer a transição entre o paradigma psiquiátrico e as práticas reformadoras.

“[...] adoro trabalhar em equipe multidisciplinar... Acho que é uma divisão de responsabilidades...e quando fala, o médico vai ver ... esse papo tem que parar. Não

é o médico que vai ver, é a equipe que vai ver ... A escuta...a escuta não é você escutar o que ele está falando, delirando... é você ter um tempo, sentar ao lado e ficar até em silêncio, ao lado, pra ver o barulho que ele faz no silêncio dele.” (E1)

Revela-se nessa fala um novo modo de cuidar, um novo modo de fazer, denominado atenção psicossocial, que, de acordo com Amarante,⁽⁹³⁾ nasceu sob a égide da contestação do modelo hegemônico para natureza do fenômeno psicopatológico, o qual historicamente esteve sob o domínio do saber médico. Vale destacar, ainda, segundo o autor acima, que o modo de atenção psicossocial coloca a doença entre parênteses, o que significa fazer o sujeito aparecer na cena com sua subjetividade, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, família, projetos e anseios, que viabilizam a noção de integralidade desse sujeito aos olhos do campo da Saúde Mental e Saúde Coletiva.

A escuta do profissional emerge a outros vínculos, à medida que declararam a possibilidade de também escutar e valorizar isso em suas atividades, a partir do afetamento existente entre os usuários e eles. Deslocam-se da posição de “não cabe a mim escutar” para “é possível escutar”. Ressurge, assim, a potência da vida a favor da construção de um novo território existencial, pois, nesse deslocamento, vislumbra-se a possibilidade de um rompimento possível com identidades cristalizadas.⁽⁹⁴⁾

O cuidado se dá nos encontros e em ato. É uma produção que opera além dos saberes tecnológicos estruturados, construída na interação entre profissionais de saúde e usuários dos serviços:

“Quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário, no interior de um processo de trabalho, em particular clinicamente dirigido para a produção do cuidado, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato. A imagem desse espaço é semelhante à da construção de um espaço comum, no qual um intervém sobre o outro, por isso é caracterizado como processo intercessor e não uma simples intersecção, pois contém na sua constitutividade a lógica da mútua produção em ato micropolítico, que supõe a produção de um no outro”.^(95 p. 95)

Infere-se através das respostas obtidas na pesquisa, que alguns profissionais demonstram pouco entendimento sobre o cuidar em rede, se eximindo da responsabilidade como profissional, por falta de conhecimento ou desinteresse, ou até mesmo delegando-o totalmente à família ou a especialistas, conforme segue

abaixo:

“ [...] nada de rede aqui, não sei muito sobre saúde mental, pois cabe aos familiares cuidar dos seus próprios doentes em casa, dando atenção, carinho e amor. Não temos especialistas na UBS, devem procura o CAPS....” (E 6)

“ [...] não desenvolvo ações em saúde mental, pois não prestamos assistência a pacientes psiquiátricos, uma vez que não tem este especialista aqui no posto...” (E 5)

Refletindo sobre este plano de formas, esse encontro entre “paciente e profissional de UBS”, parece estar constituído por linhas duras, estratificadas, nas quais, para Deleuze e Guattari,⁽⁷⁴⁾ tudo parece contável e previsto, o início e o fim de um segmento, bem como a passagem de um segmento a outro. São linhas duras, que formatam e definem os modelos, a normatização e o controle. No caso do nosso território existencial, o cuidado em saúde mental ofertado por especialistas. Isso não significa que as linhas duras sejam ruins; contudo, importa como são experimentadas nas relações.

Em uma roda de conversa no final do expediente de trabalho, tecemos alguns pontos positivos em relação às ofertas para saúde mental, sendo apresentado por dois membros da equipe de saúde, o fato de terem na UBS uma profissional voltada para a atenção especializada em saúde mental, destacando a importância das ações que são desenvolvidas na unidade, reforçando a importância do acolhimento e a criação de vínculos com o portador de transtorno mental e a equipe multiprofissional.

Estudos demonstraram que há facilidades compreendida pelos profissionais em encaminhar as queixas de origem emocional aos serviços especializados, evidenciando a falta de resolubilidade da atenção primária inerentes aos transtornos mentais. Este fato fundamenta-se na falta de capacitação da equipe, inexperiência com a demanda de saúde mental e na complexa conceituação do que é a doença mental, indo ao desencontro dos preceitos da Reforma psiquiátrica. Nesse contexto, muitos encaminhamentos desnecessários sobrecarregam os serviços especializados.⁽⁹⁶⁾

Essas dificuldades, inerentes ao processo de trabalho, que os profissionais encontram para prestar a assistência de forma holística a quem possui uma doença mental, podem ser constatadas, também neste estudo, através das falas pronunciadas pelos sujeitos acessados:

“[...] dificuldades que temos é falta de profissionais capacitados... na Unidade nós temos a prescritora, mas não temos uma equipe para auxiliar no cuidado desses pacientes...” (E2)

“[...] acho mais difícil de tudo é a falta de integração que existe na área da saúde global com a saúde mental e na área da saúde global com a interligação, a interdisciplinaridade com os serviços de referência de assistência social. Acho que esse é um grande nó, entendeu? Porque basicamente nossos pacientes são aqueles pacientes que ninguém quer...que ninguém quer, não adianta a saúde trabalhar sozinha. Tem que trabalhar associado ao serviço social e não há esse entendimento...” (E4)

“[...] falta de especialistas adequados.” (E6)

Para Martins et al,⁽⁹⁷⁾ o trabalho em equipe está pouco articulado, existe um grupo que se organiza como equipe, mas se individualiza. Cada profissional trabalha na sua área de atuação, não planejando e organizando as ações de saúde mental, juntamente com a equipe multidisciplinar. É importante que os profissionais desenvolvam as ações em equipe, valorizando a participação de todos, englobando o portador de transtorno psíquico e sua família, propiciando o atendimento do usuário de uma forma holística.

Outra dificuldade da RAPS, apresentada pelos profissionais, é a falta de adesão ao tratamento pelo paciente e apoio da família. A participação da família é importante, tanto no auxílio do tratamento, como agente transformador da sociedade. O portador de transtorno psíquico necessita do apoio familiar para vencer as adversidades apresentadas.

“[...] as dificuldades e, às vezes, o próprio familiar que nem sempre tem todo o tempo para estar acompanhando nos serviços...” (E1)

“[...] e as dificuldades muitas vezes é a aceitação do paciente na tal situação de ser tratado na UBS e continuidade ao tratamento...” (E7)

De acordo com Santin e Klafke,⁽⁹⁸⁾ a lógica de atenção à saúde mental requer compreender o sujeito como um todo, em todas as áreas da sua vida. Representa um modelo de saúde voltado à reintegração do sujeito na sociedade. A família e a comunidade são grandes aliadas na produção de vínculos.

Recordamo-nos aqui, um dia quando estava indo embora da unidade. Já próxima à porta deixei cair o “caderninho”. Uma funcionária o pegou e entregou com um sorrisinho, dizendo para ter cuidado em não perder o diário das “pérolas da Unidade”. Indaguei-a sobre o que ela queria dizer sobre isso. Ela nos olhou profundamente nos olhos e disse que nós tínhamos consciência que era muito difícil

tratar pacientes psiquiátricos, pois poucas pessoas gostavam desta área.

Esta fala revela a falta de afinidade e comprometimento com a assistência ao portador de transtorno psíquico, também podendo ser percebida claramente no relato abaixo:

“[...] quando comecei a trabalhar no posto, nem imaginava que ia prestar assistência a pacientes psiquiátricos. Eu gosto só da saúde pública, Esses pacientes não faziam parte da rotina da Unidade. É duro me identificar com saúde mental...” (E4)

Esse discurso levanta uma grande problemática que ocorre na Atenção Primária à Saúde, uma vez que é considerada porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Quindere⁽⁹¹⁾ afirma que é possível inferir que parte da equipe multiprofissional não está preparada para conduzir os casos de saúde mental que surgem, promovendo os encaminhamentos desnecessários de casos que são passíveis de acompanhamento na atenção básica.

Merhy^(30 p. 17) sinaliza a dificuldade em ser efetivado esse cuidado no território, o qual, muitas vezes, não extrapola os serviços substitutivos, já que “estes não conseguem abarcar a dimensão dos processos relacionais que acontecem no cotidiano das pessoas”, o que causaria a manutenção de um cuidado ainda institucional.

Para que a qualidade da assistência na Atenção Primária seja desenvolvida, torna-se imprescindível qualificar as equipes, o cuidado e potencializar a rede, tendo como sugestão a articulação dos serviços aos outros níveis de Atenção à Saúde.⁽⁹⁹⁾

O profissional especializado, a equipe multiprofissional qualificada, acesso aos dispositivos disponíveis, centros de referência e contra-referência são facilitadores para a prática integral da assistência voltada à saúde mental, contemplando as necessidades biopsicossociais do indivíduo portador de transtorno psíquico. Essa foi a percepção de alguns dos entrevistados em relação às facilidades, conforme consta a seguir:

“[...] se relacionar bem com a médica prescritora... também viabilizamos o atendimento do paciente, acabamos criando um vínculo com ele, porque vamos acompanhando a história dele...” (E2)

“[...] temos uma médica especializada em saúde mental e o atendimento dela como profissional, eu digo assim, é um atendimento excelente. Os pacientes amam muito este tipo de atendimento que é oferecido aqui na unidade...” (E3)

Merhy⁽³⁰⁾ revela que muitos profissionais se disponibilizam a trabalhar no

cuidado do doente mental, buscando novos conhecimentos, compreendendo a necessidade da vinculação do usuário, porém pautados na figura do médico.

O referenciamento aos serviços especializados em saúde mental também era forte:

“[...] possuímos um centro de referência para esses pacientes serem encaminhados...” (E7)

Os dispositivos da RAPS devem superar a fragmentação da atenção e da gestão do cuidar em saúde mental, promovendo a integração sistêmica de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, promovendo em interlocução a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; mas ainda inclui a melhoria dos processos de gestão dos serviços, parcerias intersetoriais, entre outros.

Os serviços de saúde mental devem ser compreendidos como de base comunitária, a partir da sua capacidade de produzir vínculos não apenas com serviços, mas, fundamentalmente, com a comunidade. Um serviço de saúde mental de alta qualidade é um sistema de espaços físicos e de recursos humanos capaz de interagir com a atenção básica à saúde, outros setores do sistema sanitário, outras agências sociais e com a comunidade circundante.⁽¹⁷⁾

Cabe à RAPS articular o apoio especializado aos serviços de atenção primária à saúde, possibilitando ampliar os cuidados e encaminhamentos dos casos de transtornos mentais, como se observa empiricamente nos discursos a seguir:

“[...] nós tentamos nos organizar com a demanda. Daí podemos pensar qual o melhor serviço a ser ofertado. A demanda é de encaminhamentos, vindos das UBS e ESF e também pacientes egressos de internações psiquiátricas [...] têm alguns pacientes que não vão pra ala psiquiátrica, mas vão pra clínica hospitalar. (E 5)

“[...] as portas de entrada são as Unidades Básicas, pois a nossa aqui do CAPS não acho certo ser o primeiro acesso [...] se eles vem da UBS, tem como dar um feedback, o retorno da conduta. (E 10)

Conforme se percebe, o fluxo de organização se dá também de maneira hierarquizada, por meio de uma demanda organizada que parte da atenção primária e chega até o serviço especializado, por meio da referência e da contrarreferência.

É inerente ao trabalho em redes uma coordenação entre os seus diferentes nós. Nas RAS, a coordenação assistencial tem sido definida como a harmonização

das atividades que se requerem para atender as pessoas usuárias ao longo de todos os pontos das redes. Para que isso ocorra, a coordenação assistencial estrutura-se em três dimensões: a coordenação da gestão da atenção, a coordenação da informação e a coordenação administrativa da atenção.⁽¹⁾

Um dispositivo da RAPS que também é muito acessado nos finais de semana é o pronto-socorro de um hospital filantrópico. Os pacientes em crise são avaliados pelo plantonista clínico e depois encaminhados aos CAPS, como bem destacam os discursos:

[...] nossos pacientes têm procurado o hospital quando estão em crise, sentem falta de ar, palpitações e agitação, já correm pro P.S. A equipe do hospital aciona o CAPS e comunica [...] (E1)

Como revelam os discursos, os serviços viabilizam diversas formas de acesso aos cuidados necessários. Assim, a população pode ser assistida, principalmente durante os finais de semana, quando os serviços de referência secundários ao CAPS estão fechados. Os relatos se fragilizam quando revelam o cuidado no hospital para pacientes em crises psicóticas ou até mesmo com agitação psicomotora.

“[...] recebemos muitas queixas do hospital quando os pacientes chegam com crises sérias. Querem quebrar tudo, oferecem perigo à equipe e precisam ser contidos... a equipe do PS não se considera preparada para lidar com isso [...] (E5)

Ao dirigir o olhar para o espaço hospitalar, entendemos que ainda há a cultura preconceituosa de que esse indivíduo deva ser tratado em espaço separado, em hospital psiquiátrico, pelo fato de carregar o estigma social de perigoso, imprevisível e incurável. Contrapondo-se a essa concepção, a internação psiquiátrica em hospital geral consiste em dispositivo terapêutico com vistas a superar a assistência manicomial, com o propósito de atender as pessoas com quadros agudos e graves quando esgotadas as possibilidades de intervenções extra-hospitalares, conforme Portaria Ministerial Nº 224 e recomendações da II Conferência Nacional de Saúde Mental.^(100, 27)

Contudo, vale destacar que os profissionais que atuam em hospital geral, por vezes, sentem-se desqualificados para atender as demandas dessas pessoas, porém este paradigma precisar ser quebrado, uma vez que a internação psiquiátrica

continua sendo um recurso terapêutico importante, em especial para pessoas com transtornos mentais graves na crise. As situações de urgência permanecem como desafio para a transformação das práticas. A garantia do acesso ao cuidado nas situações emergentes, na perspectiva da integralidade, é estratégica na consolidação da RAPS.⁽¹⁾

O despreparo dos profissionais reforça a negligência e como alternativa a essa situação, valoriza-se a cooperação entre profissionais e pontos de atenção, com vistas ao compartilhamento das responsabilidades e possibilidades de apoio para efetivação da atenção em situações de crise e de urgências psiquiátricas.

Para finalizar esta etapa, cabe a reflexão que os recursos do território, especialmente os componentes da RAPS, são importantes agenciadores da atenção psicossocial, uma vez que, articulados e integrados, tornam-se uma potência para o cuidar em rede. Há de se valer também que a intersetorialidade é elemento importante para a efetivação da inclusão, reinserção e reabilitação psicossocial, pois promove um cuidado considerando as subjetividades, tornando o usuário o coautor de suas histórias.

5.6.2 Território das Desterritorializações

“(...) há que se produzir estratégias para que direta ou indiretamente, ‘a vida’ que sempre vem junto com o usuário possa ser percebida e levada em consideração, e para que o usuário (e suas razões, desejos, possibilidades e apostas) sejam parte fundamental da agenda que deve ser construída de modo cooperativo.” ^(101 p. 107)

Neste território, propomos a reflexão da quebra de paradigmas, de um novo pensar sobre o portador de transtorno psíquico e como este deve ser assistido na rede. O profissional repensa o modelo de cuidar, agenciando possibilidades.

É importante que se construam diversas redes, para que circulem nestas não só os usuários, como também suas singularidades. Muitas vezes, tais singularidades são relegadas a segundo plano, para fora dos muros institucionais, uma vez que há os desafios de se transpor os territórios pré-concebidos. Merhy^(49, p. 156) nos instigam a refletir sobre isso: “[...] esta forma de circulação dos usuários, tecendo suas

próprias redes de sociabilidade e cuidado, comporta movimentos de desterritorialização, que afetam e convidam as equipes a esta mesma experimentação desterritorializante.”

Algumas falas da equipe revelam este novo modo de pensar:

“[...] sabe hoje vejo as coisas de forma diferente: o paciente deixou de ficar confinado nos manicômios e ele voltou ao convívio social, voltou para a sua família de uma forma integral, porque muitos ficavam abandonados nos hospitais pelos familiares e hoje ele está inserido na sociedade. Ele é um ser humano. É...ele tem...algumas, só algumas limitações. Ele pode perfeitamente conviver com todos.” (E1)

“[...] eu vejo que o mais importante é retirar o rótulo de paciente psiquiátrico, paciente mental, porque parece que existe pela sociedade um preconceito em considerar a pessoa não capaz... Então eu acho imprescindível que se chame essa pessoa pelo nome, que respeite os sentimentos. Essa pessoa, ela tem condições de desenvolver várias tarefas, várias atividades e a gente não pode ignorar ela como um ser no total... Ela pode e deve amar e ser amada e entrar e sair dos lugares, tendo um nome e sendo tratada com dignidade e escolhendo aquilo que lhe for melhor dentro da rede[...] (E2).

Mesmo sendo contemporâneas, as falas, retratam o preconceito e o estigma que de forma singela vem sendo quebrado pelos profissionais de saúde. Eis aqui o grande obstáculo da dicotomia entre paciente e profissional. Saraceno ⁽¹⁰²⁾ enfatiza que há obstáculos que requerem mudanças na visão pessoal e coletiva que todos temos da diversidade, da enfermidade mental, de suas consequências e das respostas possíveis. Enfim, há obstáculos que requerem ações pontuais realizadas por atores claramente definidos (por exemplo, os serviços de saúde) e que requerem também uma clara responsabilidade da parte dos operadores do serviço público, dos administradores, dos políticos (por exemplo, o grau de acesso aos serviços ou o seu financiamento).

Refletindo sobre os rótulos, podemos perceber na fala de Saraceno ^(102, p. 98) que [...] “é necessário fazer o percurso ao inverso: reaquisição de poder, desinstitucionalização das identidades fictícias, reconstrução da história do sujeito, reconstrução dos espaços e tempos para a expressão do sentido”.

Reforça-se a ideia das Redes de Atenção Psicossocial. Nesta reconstrução dos espaços e seus agentes, vale destacar que os serviços de saúde mental ideais, não seriam um espaço concreto e metafórico que é caracterizado por ser acessível apenas. Um serviço de saúde mental de alta qualidade é um sistema de espaços físicos e de recursos humanos capazes de interagir com a atenção básica de saúde,

com outros setores do sistema sanitário, com outras agências sociais e com a comunidade circundante.

Para que se efetive de fato a Reabilitação Psicossocial, o serviço deve ser constantemente atravessado e habitado pelos usuários e pelos profissionais de saúde mental.

“O serviço não deve ser o distribuidor de uma oferta fechada, ou seja, pré-definida. Não se trata de um restaurante que tem os seus pratos fixos e os clientes devem adaptar-se à oferta. Esta lógica funciona nos restaurantes, porque os clientes podem escolher entre vários restaurantes até encontrarem o alimento que mais os agrada. O serviço de saúde mental serve uma população que vive em uma área definida do território e os usuários têm o direito de encontrar o que necessitam e não aquilo que o dono do restaurante decidiu. Há serviços de saúde mental que oferecem terapia farmacológica e nada mais, outros que oferecem psicoterapia familiar, porque agrada ao dono etc. Mas os usuários têm direito de encontrar quem os escute, apoio psicológico, programas de reabilitação, tratamentos farmacológicos adequados, oportunidades de socialização, possibilidade de serem internados por períodos breves em ambientes adequados (e os manicômios não são ambientes adequados a nada) etc. Porque estes são os instrumentos que se mostraram eficazes para ajudar aos que padecem de enfermidades mentais.

Os usuários têm direito de utilizar o serviço quando necessitarem e não apenas quando o serviço está funcionando (talvez 1h por dia). O serviço de saúde mental é comunitário não porque está situado (isto é, tem um endereço postal) em um certo lugar de uma cidade ou de uma zona rural.” (102, p. 99)

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde. Consequentemente, deve haver uma sintonia muito fina entre essas necessidades de saúde e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente.

A atenção em saúde mental requer políticas intersetoriais, integradas, ampliando possibilidades e oportunidades, auxiliando o desenvolvimento local e redimensionando a noção de direito e cidadania. Isso nos remete à necessidade explicitada de construção de redes de e entre serviços. Torna-se fundamental a integração de atores, de serviços e de redes sociais. Reformar os conceitos de

“doente mental” e também da responsabilização por esta demanda.

Numa determinada tarde no CAPS I, falávamos sobre “um novo olhar ao doente mental”, o quanto precisamos avançar no sentido de vencer o preconceito. E nos recordamos da fala de uma profissional, que dizia:

[...] nós, profissionais da saúde, temos que estar com um olhar voltado pra ele. Quando você for conversar com esse paciente, você vai descobrir que ele tem uma história, tem sentimentos e compreensão das coisas. Eles não queriam ser assim, mas nós não compreendemos isso. E se nós, que somos da saúde, nos comportamos assim, imagine as outras pessoas. (E5)

Neste momento, ficamos todos em silêncio, a pensar profundamente sobre esta questão do julgamento. Coincidentemente, entra na pequena sala onde estávamos, um paciente cujo diagnóstico é Esquizofrenia. Ele olhou um a um paulatinamente. De forma muito espontânea nos ofereceu água e disse que é sempre bom “molhar as ideias para brotarem”. Todos voltamos ao silêncio e terminamos aquele momento afetados pela sensibilidade daquele paciente.

Trata-se aqui de grandezas e determinações que se expandem de acordo com os seus agenciamentos. Um agenciamento é precisamente esse crescimento das dimensões numa multiplicidade que muda necessariamente de natureza, à medida que aumentam suas conexões. Dessa forma, a loucura, é múltipla em sua estrutura, o que a torna distante no momento em que, pelo seu delírio, tenta suportar toda a tensão provocada pelas conexões feitas em várias direções, operando nesse fluxo contínuo de possibilidades.⁽¹⁰³⁾

Dentro desta rede, apresentou-se no encontro entre profissional e paciente a quebra de um rizoma, recriando um novo modelo de pensar o portador de transtorno psíquico. Explicado por Deleuze e Guattari,⁽⁷⁴⁾ a ruptura pode, muitas vezes, trazer algum sentido aos processos que se baseiam na ideia de equilíbrio permanente, permitindo que se entendam os entraves e os obstáculos como lugares de grande tensão e de explosão entre trabalhadores, usuários e instituição, proporcionando transformações na produção de cuidado na saúde.

Uma rede rizomática pressupõe conexões com o diferente, pois o universo que articula o campo da saúde é heterogêneo, permeado por relações de poder e sistemas sociais de produção de subjetivações. Essa complexidade se expressa em diferentes modos de compreender a realidade e de nela atuar. Um território heterogêneo permite a capacidade de convivência, pactuação, manejo de conflitos e

alta capacidade de autoanálise, uma vez que é mais difícil e complexo lidar de forma produtiva com o diferente do que com o igual.⁽¹⁰⁴⁾

É no encontro do trabalhador com o usuário que o acesso acontece ou não como dispositivo de cuidado. E o que define isso é o olhar sensível, o gesto acolhedor, o vínculo que se estabelece entre ambos, associados à ação interessada, no terreno da micropolítica, no cenário de produção do cuidado⁽³⁰⁾. O trecho abaixo evidenciou com clareza este pensamento:

[...] tem uma questão forte na doença que é o sofrimento psíquico. A pessoa fica num estado em que ela deixa de ser o que é. E, às vezes, com as crises de choro, às vezes chega assim desconectadas totalmente e a gente cumprimenta nem sempre responde... e você chama ela pelo nome e parece que não é com ela que você está falando. Então ... E você percebe na expressão dela que ela quer sair daquele quadro que ela tá lutando, que assim existe uma luta, ela quer voltar a ser o que era antes...ela quer ter a sua personalidade...a sua identidade de volta...eu vejo assim....Então minha função é acolher...independente da vontade dela [...] (E 6)

A cartografia revela, nas relações, as subjetividades que atravessam a produção desejante, traz o contraditório, os desvios, os estranhamentos e busca o alargamento do campo visual sobre os territórios existentes. As falas de certo modo nos afetam, também nos fazem refletir. Não seria diferente, uma vez que a cartografia é uma vivência pela qual aquele que pesquisa se sente misturado e envolvido na experiência existencial que ela proporciona, na produção do conhecimento. O cartógrafo é um pesquisador implicado, sendo também parte da experiência. Como tal, ele também se modifica no processo de pesquisa. Há uma produção do mundo e de si ao mesmo tempo.⁽¹⁰³⁾

Acompanhar a geografia dos afetos é um tanto desafiador. Rolnik⁽⁷⁶⁾ sugere um modo de olhar além do enxergar, que vibre, que crie tensão e fluxos de intensidade, criando pontes possíveis de linguagem. É isso o que parece interessante nas vidas: os buracos que comportam, as lacunas – às vezes dramáticos, às vezes nem tanto. Catalepsias ou uma espécie de sonambulismo por vários anos: muitas vidas comportam esse tipo de coisa. É talvez nesses buracos que se faz o movimento.

Pensando na lógica da rede de saúde mental e seu usuário, talvez não sejam encontradas muitas respostas para as questões presentes atualmente na produção de cuidado. Essa, todavia, não foi a principal intenção, mas sim a proposta de acompanhar, no que diz respeito ao cuidado, os movimentos e as suas mutações.

5.6.3 Território do instituído e instituinte e seus platôs

Ninguém, “a priori”, sabe dos afetos de que é capaz, porque isso envolve uma longa história de experimentações, de aproximações sucessivas, de uma cautelosa prudência, uma sabedoria espinosiana que implicaria a construção de um plano de consistência ou de imanência.⁽¹⁰⁵⁾

Esta última etapa será guiada por “gestos atencionais”, uma das pistas que a cartografia lança.

Nesse sentido, nossa atenção de cartógrafa necessitava estar mais aguçada, estar aberta e não seletiva; sem focalização. Vale destacar quatro vertentes atencionais ou gestos atencionais do cartógrafo, tomando por eixo prático a concentração sem focalização, pois para esta etapa o cuidado esteve em destaque, no encontro do instituído (usuário) e instituinte (profissional).⁽¹⁰⁶⁾

O primeiro gesto atencional é o rastreio. Para o cartógrafo é importante a localização de pistas, de signos, de processualidade. Rastrear é também acompanhar mudanças de posição, de velocidade, de aceleração, de ritmo”, atingindo uma espécie de “atenção movente, imediata e rente ao objeto-processo” O segundo é o toque, quando os sentidos são chamados a funcionar para tatear, explorar e rastrear aquilo que ainda não se sabe ao certo o que é, por meio de uma percepção que coloca figura e fundo em um mesmo plano, lado a lado. O terceiro é o pouso, uma parada para certo enquadramento, que não é uma focalização, e sim uma afinada precisão no instrumento. E finalmente, o quarto é o reconhecimento atento, que é um gesto atencional que desconstrói a noção tradicional de reconhecimento, como aquela que produz reencontros com imagens ou esquemas anteriormente conhecidos.⁽¹⁰⁶⁾

Revisitamos todos os instrumentos utilizados, tanto o fluxograma como as entrevistas e nosso diário de campo, para extrair cada detalhe do cotidiano do cuidado na rede de atenção psicossocial pesquisada.

Diz-se que a cartografia exige um começar pelo meio e um deslizar entre.

[...] é pela velocidade e lentidão que a gente desliza entre as coisas, que a gente se conjuga com outra coisa: a gente nunca começa, nunca se recomeça tudo

novamente, a gente desliza por entre, se introduz no meio, abraça-se ou se impõe ritmos.^(105, p. 128)

Utilizamo-nos de uma intenção de engendrar estratégias que produzissem um modo de ver singular; não o ver calcado nas imagens clichês, não ver para avaliar uma situação a fim de nela intervir, mas um ver com “olho vibrátil” de Merhy.

Diante da questão acima, refletir sobre uma rede de atenção no universo da loucura é ao mesmo tempo desafiador e fascinante. O pressuposto de que partimos é o de que todos, trabalhadores e usuários, produzem redes no seu processo de trabalho, cabendo pensar que tipos de redes se organizam na produção do cuidado. Uma rede modular tradicional é uma possibilidade nos serviços de saúde. Por outro lado, a organização em rede a partir de múltiplas conexões e de fluxos contínuos, singulares, tenta exatamente romper com o modelo normativo, cuja aplicação, em alguns lugares, ainda acontece de forma hegemônica, em um cuidado centrado em procedimentos e medicamentado.^(104, 1)

Outra questão importante é que, na prática, os autores que assumem as redes no cenário da produção de cuidado na saúde são capturados por sistemas normativos de significação da realidade e serializam as práticas de cuidado, quebrando a lógica das singularidades existentes no trabalhador e no usuário.⁽¹⁰⁴⁾ Renunciar a um modelo tão enraizado pode gerar um resultado caótico entre os sujeitos; porém, trata-se de um momento rico para a invenção de outras formas de cuidar, livres de modelos a serem seguidos.

Esse modo de produzir o encontro, de se posicionar para o encontro, anulando o “saber-se” (saber sobre essa doença nele, saber sobre si mesmo, sobre suas questões, seus desejos, seus medos, sobre seus limites e possibilidades), diminui significativamente a possibilidade de o outro, que procura o cuidado, usufruir dos benefícios que o nosso saber técnico potencialmente poderia lhe oferecer.

Além disso, sem a possibilidade de dialogar, sem a possibilidade de colocar a doença no lugar que lhe interessa (geralmente a que menos atrapalhe seus múltiplos planos de produzir o viver), o usuário termina por fazer opções unilaterais – como unilateral é o agir do profissional – não necessariamente tirando o melhor proveito de várias opções que poderiam ter sido construídas.⁽³⁵⁾

Segundo Franco,⁽¹⁰⁴⁾ por mais que as redes sejam hierarquizadas e regionalizadas, elas compõem um mapa que aos poucos se forma, como se as suas

linhas navegassem sobre a realidade em uma alta intensidade de fluxos. Elas têm grande potencial de constituição do novo, um devir para os serviços de saúde associados ao cuidado e centrados nas necessidades dos usuários. Espera-se que a sua forma de organização seja circular, com múltiplas entradas, baseada em tais necessidades. Os dispositivos de cuidado em saúde mental, por sua vez, devem se estruturar como agenciadores, com a finalidade de preservar e fortalecer os laços sociais através da lógica territorial. O depoimento abaixo reforça a quebra dos paradigmas, potencializa a singularidade do cuidar e enaltece as subjetividades pluripotentes:

[...] porque a partir do momento que eu quebro o foco de ser uma assistência hospitalocêntrica e passo a ser uma assistência mais dirigida a outros equipamentos mais sociais, mesmo assim eu sou um profissional que também estou institucionalizado e eu não consigo fazer diferente e acho que no Brasil teve essa grande falha...não consegue fazer diferente...você faz, um membro da equipe consegue e outro membro da equipe não consegue. O sofrimento deste paciente pra mim é visível, não é uma coisa que se fala, é uma coisa que a gente...quem é assistente vê, porque quando você medica é maravilhoso. No outro dia a mudança do olhar do paciente, entendeu?... do sofrimento, porque deve ser um estrondo de sofrimento... imagina vocês uma pessoa falando dentro da sua cabeça o tempo todo sabe? Continuadamente: faz isso, faz aquilo... você não é isso, você é aquilo... eu sou... você é Deus, não é Deus...Imagina isso de dia e de noite dentro da sua cabeça?... quando você toma a medicação e começa a diminuir isso, o olhar se transforma em sereno, bem mais sereno. Entendeu?... E identificar como você identifica, só na entrevista com o paciente, na conversa com o paciente. Eu considero, ou melhor, vivencio o cuidado fazendo a escuta...a escuta não é você escutar o que ele tá falando, delirando... é você ter um tempo, sentar ao lado e ficar até em silêncio do lado pra ver o barulho que ele faz do silêncio dele. Isso que eu acho mais difícil e isso que eu acho que é falta também de entendimento na saúde coletiva, pública coletiva, a falta de sabedoria da escuta. A pessoa fala assim: - “Não, mas tem um monte de pacientes e todo mundo briga que quer vir aqui”, o que eu faço? Eu escuto, eu escuto o que o paciente tem pra falar. Aí o que aprendi na minha formação, eu não vou mexer no passado, mexer nos problemas embora eu saiba, às vezes, qual era o problema do paciente, mas não é minha função e nem acho que vou resolver o problema desta forma. Eu tento levar o paciente pra uma visão, para uma coisa mais saudável, mas... totalmente fora do foco que ele está vivendo. Não tirar da realidade, mas dentro da nossa realidade existem várias, várias formas de se olhar. Sempre tento uma forma mais maneira, mais light pra você conduzir o tratamento do seu paciente e é por isso a razão de tanto paciente que quer passar comigo, entendeu? Não é que eu faço... não tem milagre nenhum, nada diferente... tenho boa vontade, gosto do que faço, profundamente sou apaixonada pelo que faço. [...] (E4)

É necessário reconhecer outras possibilidades de construção de planos de cuidados. Isso, contudo, requer da equipe, de seus profissionais, apostar que no encontro de quem cuida com quem demanda o cuidado, na micropolítica do trabalho vivo em ato, é preciso abrir espaços para olhar a produção de novos

acontecimentos.⁽⁶⁸⁾

Mesmo naquilo que se repete é possível produzir diferença. O encontro que produz cuidado deve ser sustentado por uma aposta de que é possível produzir diferença, mesmo ali onde, em princípio, nada se movimenta. Talvez resida aí um desafio para todos dessa equipe, qual seja: a necessidade de recolher movimentos ainda não observados, não significantes, gestos indiciários, falas ainda inaudíveis, atos ainda não perceptíveis desse usuário, desse familiar nesse território.⁽⁷⁴⁾

Compreendemos que é importante reconhecer que no encontro que produz cuidado é necessário desestabilizar toda a certeza sobre o outro e sobre os acontecimentos decorrentes desse encontro. Certeza essa que, muitas vezes, faz com que o profissional vá ao encontro já sabedor do que irá encontrar, não abrindo espaço para que o outro diga, ele mesmo, do jeito que lhe é possível, de suas ações. Somente o outro é que abrirá espaço para percorrer esse caminho, para indicar os seus movimentos, dar pistas sobre os acontecimentos que contam na sua vida.⁽³⁵⁾

Vale destacar que é no território das ações cuidadoras que a negociação pode acontecer, nas mútuas afetações. É esse território que pertence aos usuários e a todos os trabalhadores da saúde. É esse território que é configurado a partir do trabalho vivo em ato e da articulação de saberes que pertencem à molecularidade do mundo da vida e não estão aprisionados pela razão instrumental da clínica.

É nesse território que se produzem os encontros e a possibilidade de uma construção negociada afetivamente, interessadamente, pois aí é que se faz valer a autonomia dos usuários e que se torna possível fabricar o trabalho da equipe de saúde. Por isso, o cuidado (e não a clínica) é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para defesa da vida. A clínica é o território das tecnologias levaduras, pertencente aos trabalhadores (e a certos trabalhadores mais que a outros). Portanto uma negociação em seu território pressupõe subordinação de uns (desprovidos do saber) por outros (detentores do saber e da única verdade cientificamente admissível). No território das tecnologias leves, os saberes estruturados acerca do corpo de órgãos podem ser apresentados como oferta e não como imposição de um estilo de vida ou de única explicação válida para os desconfortos e sofrimentos. Podem ser ferramenta para lidar com a diferença na produção da vida e não como uma carapaça que nos aprisiona na repetição.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: FECHAM-SE AS CORTINAS...

A partir da consideração de que os serviços de saúde mental convivem com diferentes arranjos em rede, foi possível pensar que as redes rizomáticas têm se constituído no cotidiano das práticas das equipes de trabalhadores nesta área.

Procurando compreender como tem sido produzido o cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial de Lins, sob a perspectiva de um dos coprodutores desse processo, o trabalhador em saúde, muitas reflexões e descobertas foram possíveis de serem construídas. Nos discursos produzidos pelos participantes, vimos que há diversidade de dispositivos de cuidado existentes na rede, o que possibilita a negociação de projetos terapêuticos menos medicalizantes. No entanto, é também possível perceber que ainda permanece a atenção especial dos trabalhadores quanto à centralidade da administração da medicação, sendo que, muitas vezes, esta é vista sob responsabilização dos CAPS I. Este foi o paradoxo observado. Por outro lado, há grande mobilidade dos trabalhadores na rede, circulando entre vários e diversos equipamentos de saúde. Isso favorece as conexões e fluxos entre equipes na construção das linhas de cuidado, porém o papel do usuário como parte integrante da elaboração dos projetos terapêuticos não era reconhecido.

Para alguns participantes ouvidos, ser um serviço de base territorial significou muito além de estar num determinado espaço geográfico, levando a pertencer a um certo mundo, habitado por pessoas que produzem modos de existir singulares. Porém, a produção de encontros e narrativas neste território da RAPS, também revelou a fragilidade dos profissionais entrevistados frente ao cuidar em saúde mental na Atenção Primária, visto que em alguns momentos, a visão de cuidado foi relatada como hegemônico e medicalizante.

A necessidade de qualificação para o cuidar em saúde mental também pode ser percebida nas falas derivadas das entrevistas, bem como nas observações da dinâmica das equipes, já que este profissional cuida de pessoas em sofrimento psíquico. Sua atuação não exige instrumentos complexos, pois seu principal instrumento de trabalho é sua própria pessoa, através do contato direto e

prolongado nos espaços relacionais que oferece em sua atuação. Demanda, assim, de recursos afetivos, habilidades e competências que não se aprendem nos livros, ultrapassando limites do conhecimento formal.

Nesta reinvenção de novos modos de cuidado, pode-se questionar: como produzir novos processos de trabalho que possibilitem a invenção de modos de cuidados que trasbordem a estrutura física dos CAPS, de tal forma que não caibam dentro de seus muros institucionais todas as suas ofertas terapêuticas? Como possibilitar que territórios comunitários sejam cenários para oficinas terapêuticas ofertadas pelo CAPS, permitindo que o usuário viva a cidade e esta reconheça a presença cotidiana da loucura em suas ruas, praças e cantos? Talvez nesse movimento, de se abrir ao mundo vivo da cidade, a saúde mental possa produzir cuidados para além do sofrimento psíquico, ocupando-se com a produção de vida das pessoas.

Evidenciamos que a inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica tem proporcionado a ampliação do campo da Atenção Psicossocial, assim como o desenvolvimento de tecnologias de cuidado guiadas pela noção de responsabilização, vínculo, de comprometimento com a produção de uma atenção em saúde mental, que buscam, através do seu cotidiano, a integralidade do cuidado. Os serviços viabilizam formas de acesso aos cuidados necessários durante os fins de semana, quando os serviços de referência secundários ao CAPS estão fechados, porém com dificuldades de acesso ao dispositivo hospitalar nos momentos de crise.

Foi possível sentir as nuances das práticas em rede, dos novos serviços sob essa lógica que podem ser denominados espaços de produção de sujeitos sociais, de produção de subjetividades, de espaços de convivência, de sociabilidade, de solidariedade e de inclusão. Apesar dos nós críticos operantes no processo do cuidar em saúde mental, pode ser percebido no segundo fluxograma, do caso mãe e filho, a potência das ações em rede, principalmente quando envolve ESF/PACS, pelo vínculo que se estabelece com a comunidade.

Todo escopo do trabalho em rede, no qual nos sustentamos, não é algo utópico, revolucionário, impossível. Não é utópico, porque está descrito e recomendado na literatura científica nacional e internacional. Não é revolucionário, porque foi realizado em muitos países simplesmente com uma reestruturação da

política de saúde mental e uma organização dos serviços de boa qualidade; não é impossível porque existem práticas e exemplos extraordinários em diversos locais, até naqueles menos favorecidos economicamente.

Assim, vimos que a implantação do modelo psicossocial encontra algumas barreiras, principalmente, no que diz respeito à elaboração e à gestão de projetos terapêuticos interdisciplinares que visem à integralidade das ações de saúde.

A atenção em saúde mental requer políticas intersetoriais, integradas, ampliando possibilidades e oportunidades, auxiliando o desenvolvimento local e redimensionando a noção de direito e cidadania. Isso nos remete à necessidade explicitada de construção de redes, de e entre serviços. Torna-se fundamental a integração de atores, de serviços e de redes sociais.

O estudo reforça a necessidade de se avaliar os serviços de saúde mental, na perspectiva dos arranjos de trabalho existentes, no âmbito da sua micropolítica. As políticas e determinações, para se tornarem efetivas, devem fazer sentido no cotidiano dos serviços. Dessa maneira, uma das formas de fazer valer o que está previsto em diretrizes e leis é partir da realidade imediata, do que faz parte do universo de significações dos profissionais que compõem a rede de serviços de atenção psicossocial.

Trabalhar para a efetiva implantação da rede de cuidados é fundamental, pois sem sua consolidação não poderemos atuar na perspectiva da transformação dos modos de atenção em saúde mental. Desse modo, torna-se essencial que os profissionais possam olhar para si mesmos, para a equipe e para o usuário de modo holístico. Para isso, é necessário parar, abrir espaços, constituir grupos de discussão e de cuidado, com o objetivo de problematizar o cotidiano vivido, as dificuldades, os questionamentos, as reflexões e as ações coletivas.

É necessário e premente que a articulação de profissionais do SUS seja em rede, de modo a promover a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento. Essa rede, no entanto, não se limita ao conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede é formada, à medida que vão ocorrendo articulações com pessoas de outras

instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades, para garantir o direito à cidadania e o cuidado em liberdade.

A produção coletiva da vida se faz no território e o trabalho em saúde mental se concretiza quando a equipe acolhe e interage, em sua prática, com a realidade vivenciada pelo usuário. Dessa forma, vale destacar neste estudo a atuação do profissional nos momentos em que realizava o atendimento domiciliar. O deslocamento da equipe de um serviço organizado e formalizado para o local de produção de saberes e práticas comunitárias promove a territorialização, importante no processo de inclusão social. A potência advinda do encontro entre a saúde mental e a atenção básica pode ser situada em torno da produção de ações de cuidado em que o acolhimento, a escuta do sujeito e a integralidade na atenção puderam emergir como fios condutores da implementação de uma política específica e da reorganização das ações de saúde mental neste contexto.

Outro ponto que merece atenção especial é o fato de que muitos usuários que foram encaminhados aos serviços que realizam atendimento em saúde mental não apresentam, de imediato, uma demanda que necessite de atenção especializada. Assim, ressaltam a importância de aproximar profissionais que atuam nos serviços específicos de atenção à saúde mental das equipes de Saúde da Família, buscando qualificar estes profissionais para o cuidado em seu sentido mais amplo, considerando as complexidades dos sujeitos e das suas relações sociais.

Exige-se, cada vez mais, a produção de novos modos de cuidado em saúde mental que operem na produção de subjetividade e provoquem novos modos de existência, atuando na desconstrução de estigmas acerca da doença psíquica no âmbito coletivo.

Nesta pesquisa a processualidade interessou-nos muito mais do que o produto e houve um envolvimento e um acolhimento dos fatos cotidianos, buscando compor formas de compreensão e de visibilidade para os sentidos de produção da vida e do mundo. O problema de pesquisa não era-nos estranho às sensações, isto é, pertencia-nos.

E vamos encerrando, ressaltando que a mola propulsora desta tese foi o cuidado, este que se deu nos encontros intercessores e nas produções conjuntas,

apresentadas pela cartografia. O benefício do encontro entre o saber-fazer pode ser resguardado e defendido quando toma-se o cuidado em saúde como atitude de desvelo, de solicitude e de atenção com o outro, nos termos postulados por Boff,⁽¹⁰⁷⁾ e não como produção de um ato ou procedimento. Nesse mesmo espírito de materialização do cuidado no acolhimento, atribui-se ao olhar no rosto do outro a concretude de uma postura de acolhida:

“(...)É concretamente um rosto com olhar e fisionomia. O rosto do outro torna impossível a indiferença. O rosto do outro me obriga a tomar posição porque fala, pro-voca, e-voca e com-voca. (...) O rosto e o olhar lançam sempre uma pro-posta em busca de uma res-posta. (...) Aqui encontramos o lugar do nascimento da ética que reside nesta relação de res-ponsa-bilidade diante do rosto do outro (...). É na acolhida ou na rejeição, na aliança ou na hostilidade para com o rosto do outro que se estabelecem as relações mais primárias do ser humano e se decidem as tendências de dominação ou de cooperação.”^(107, p. 139)

A capacidade de agenciar a integralidade no cuidado e na atenção à saúde, também compõe uma característica comum partilhada entre as políticas de saúde mental e de atenção básica, em que a complexidade do processo saúde/doença faz-se presente no bojo da territorialidade das ações.

Não há como negar a riqueza propositiva das ações criadas a partir das vivências partilhadas entre profissionais e usuários no cotidiano das instituições e das comunidades, cabendo a cada um dos atores envolvidos a tarefa de enriquecer as discussões acerca do tema. Muito há que se caminhar para que as experiências na RAPS possam construir, através de seus atores, estratégias de ação mais consistentes.

Se inventar, criar e ousar são convites constantes da saúde mental aos que nela trabalham, que se faça a mesma convocação aos que se envolvem na tarefa de produzir novos rumos para o cuidar na Rede de Atenção Psicossocial.

Dadas essas considerações, o cuidado concebido enquanto agir atravessa os processos relacionais em saúde, rompendo com os atendimentos tecnocráticos e criando atendimentos mais humanizados. Este é o deslocamento fundamental operado pela noção de acolhimento. O acolhimento pode ser expresso num olhar dirigido a quem chega ao serviço, em uma palavra entonada de forma mais acolhedora, pode estar presente em atividades de sala-de-espera que estejam para além da recepção, por exemplo.

Não concluindo mas abrindo ao debate sobre possibilidades de construção do conhecimento trazemos a multiplicidade presente na poesia de Paulo Leminski. ⁽¹⁰⁸⁾

**Disfarça, tem gente olhando.
Uns, olham pro alto,
cometas, luas, galáxias.
Outros, olham de banda,
lunetas, luas, sintaxes.
De frente ou de lado,
sempre tem gente olhando,
olhando ou sendo olhado.
Outros olham para baixo,
procurando algum vestígio
do tempo que a gente acha,
em busca do espaço perdido.
Raros olham para dentro,
já que dentro não tem nada.
Apenas um peso imenso,
a alma, esse conto de fada.**

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 Agosto [citado 2017 Jan]; 15(5): 2297-2305. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.
2. Deleuze G. Conversações. Rio de Janeiro; 1992. Ed. 34.
3. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva; 2012. 6(2):151-63
4. Fortes S. Transtornos mentais na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis/Rio de Janeiro, Brasil; 2004. 154 p. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro.
5. Organização Mundial da Saúde. Saúde mental depende de bem-estar físico e social. [Internet]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>. 2016.
6. Ham C. Evaluations and impact of disease management programmes. Bonn: Conference of Bonn; 2007. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 20ª ed. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995.
7. Santana, Taís Fernanda Maimoni Contieri. O cuidado em saúde mental na atenção básica: uma cartografia. 2013. 79 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/96451>>
8. Baralhas Marilisa, Pereira Maria Alice Ornellas. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013. [citado 2018 jan.] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300009.

9. Perrusi A. 2010. A lógica asilar acabou? Um estudo sobre as transformações na Psiquiatria Brasileira. In: Fontes, BASM, Fonte EMM. (Orgs.). Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de Experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Editora Universitária – UFPE. pp. 71-112.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2013. 28 p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 60.: il. ISBN 978-85-334-2162-2.
12. Amarante. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: Amarante P. (org.). Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz. P; 1998^a. p. 73-84.
13. Rotelli F, Leonard O & Mauri D. Desinstitucionalização uma outra via. In Nicácio, F. (org) Desinstitucionalização. São Paulo: HUCITEC; 2001.
14. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Té Cora; 1999.
15. Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. In P. Amarante (Org.). JA d'Ávila Melo, Tradutor. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
16. Nasi C, Schneider JF. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. Rev. da Esc de Enferm da USP, 45(5); 2011.
17. Saraceno B., Asioli F & Tognoni G. Manual de Saúde Mental. São Paulo: Hucitec; 2001

18. Delgado, PG. O tratamento a partir da reforma psiquiátrica. In: Quinet A. *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001. p. 153-8.
19. Ferreira MSC, Pereira MAO. Cuidado em Saúde Mental: a escuta de pacientes egressos de um Hospital Dia. *REBen Revista Bras. Enf*; 2012. V.65 n.2, p.317-323.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição - CGAN, Organização Panamericana da Saúde - OPAS. Curso de auto aprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde, Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 81 p.
21. Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva; 1996.
22. Pereira MAO. 2007 A Reabilitação Psicossocial no Atendimento em Saúde Mental: Estratégia em Construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. vol.215, n.4, p. 658-664.
23. Andreoli S. B. Serviços de saúde mental no Brasil. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Mello, MF, Mello, AAF, Kohn R. (Orgs). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 85-100.
24. Paulon S, Neves R, Dimenstein M, Nardi H, Bravo O, Galvão VABM, Severo AKS et al. (2013). A saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Psicologia para América Latina*, (25), 24-42. Recuperado em 15 de janeiro de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2013000200003&lng=pt&tlng=pt.
25. Ayres R. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Rev C S Col*; 2001. 6(1):63-72.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279/GM de 30 de dezembro de 2010. Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília/DF, 31 dez.; 2010. p 88.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral 72 a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0277_%20M.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde / Secretaria Executiva / Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. Brasília; 2004a.
28. Amarante P., Lancetti A. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-FIOCRUZ; 2009.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília. Brasil (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília; 2007.
30. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 483 de 01 de Abril de 2014. Redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do sistema único de saúde - SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2014. 50 p.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1101 de 13 de Junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2002. 36 p.
33. Gama CAP, Campos RTO, Ferrer AL. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. São Paulo: Rev. latinoam. psicopatol fundam; 2014. v. 17, n. 1, p. 69-84.

34. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, organizador. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
35. Merhy E.E.; Amaral H. *Reforma psiquiátrica no cotidiano*. Campinas: Hucitec; 2007.
36. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, organizador. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
37. Fiorati, RC & Saeki T. O acompanhamento terapêutico: criatividade no cotidiano; 2004. *Psychê*, 10(8), 81-90.
38. Campos, GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro; 2000a. v. 5, n. 2, p. 219-230.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / DAPE / Coordenação Geral de Saúde Mental. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*, Brasília; 2005.
40. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2011. [citado 2018 Jan]; 45(6): 1501-1506. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032>.
41. Lemke RA, Silva RAN. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte; 2013. v. 25, n. spe2, p. 9-20. [citado 2018 jan.] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000600003&lng=en&nrm=iso.

42. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 [citado 2018 fev.].
43. Breilh J. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: Nogueira RP. (Org.). Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 87-125.
44. Breilh J. Determinantes Sociais da Saúde: entrevista com Jaime Breilh; out. 2011. Por Cátia Guimarães e Raquel Junia. Rio de Janeiro: CEBES, 1^Âº nov. 2011. [internet]. Entrevista concedida à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) durante a Conferência Mundial de Determinantes Sociais em Saúde. [citado 2017 nov.] Disponível em: <http://www.cebes.org.br/internaEditoria.asp?idConteudo=1664&idSubCategoria=38>.
45. Santos M. O dinheiro e o território. In: Santos, M et al. Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial. Rio de Janeiro: DP&A; 2006. 2. ed.
46. Lancetti A. Clínica Peripatética. Políticas do Desejo. 4^a edição. São Paulo: Editora Hucitec; 2009.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em 10 de outubro de 2017.
48. Conass. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde: Para entender a gestão do SUS. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2015. 127 p.
49. Merhy E.E. et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Revista Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n. 51, out; 2014.

50. Oliveira AGB, Alessi NP. Superando o manicômio? Desafios na construção da reforma psiquiátrica. Cuiabá: EdUFMT; 2005.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 483 de 01 de Abril de 2014. Redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do sistema único de saúde - SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2014. 50 p.
52. Maffesoli M. O narcisismo intelectual. In G. Grelet (Ed.), Teoria-rebelião: um ultimato. Rio de Janeiro: Novamente; 2011. (pp.11-15).
53. Lussi, IAO, Pereira MAO & Pereira Junior A. (2006). A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? Revista Latino-Americana de Enfermagem; 14(3), 448-456.
54. Amarante P. Saúde mental e a atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
55. Pitta A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje. In: Pitta A. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Huncitec; 2001.
56. Pereira, AA. Propuesta educativa em salud mental para médicos y enfermeros de la atención primaria em Sobral – CE – Brasil (Dissertação). - Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba La Habana, Havana; 2006.
57. Kinoshita RT. Recursos e Estratégias do Cuidado. In: Büchele, F. e Dimenstein, M. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC; 2014.
58. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996.
59. Ferreira MSC, Pereira MAO. Cuidado em Saúde Mental: a escuta de pacientes egressos de um Hospital Dia. REBen Revista Bras. Enf; 2012. V.65 n.2, p.317-323.
60. Silva AM. Grande dicionário da língua portuguesa. Lisboa: Confluência; 1949.

61. Merhy E.E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.
62. Dinis NF. A esquizoanálise: um olhar oblíquo sobre corpos, gêneros e sexualidades. Sociedade e cultura; 2008. 11(2): 355-61.
63. Loyola, CM, Rocha RM. Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica. Rio de Janeiro: Cadernos IPUB; 2000. v. 6, n. 19, p. 7-10.
64. Custódio D, MdL, Olschowsky A. Fazeres dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2011;64(4):698-703. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267021463011>.
65. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / DAPE Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília. [citado 2016 jun.] Disponível em: <http://www.inverso.org.br/blob/144.pdf>.
66. Yasui S & Costa-Rosa A. A Estratégia Atenção Psicossocial: Desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. Saúde em Debate; 2008. 32(78-79- 80), 27-37.
67. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
68. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.
69. Guaitari E; Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes; 1986.
70. Minayo MCS. Introdução: o conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de

métodos. Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005. p. 19-51.

71. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.

72. Paulin LF, Turato, ER. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições nos anos 1970. História, Ciências e Saúde – Manguinhos; 2004. 11 (2): 241-258.

73. Guattari F. Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Editora Vozes; 2000. 6ª ed.

74. Deleuze G & Guattari F. Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia: Rio de Janeiro; 1995.

75. Mairesse D. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In Fonseca TMG, Kirst PG, organizadores. Cartografias e devires: a construção do presente Porto Alegre: UFRGS; 2003. p. 259-271.

76. Rolnik S. Cartografia sentimental. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2007.

77. Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Apresentação. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2010. p.7-16.

78. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva; 2012. 6(2):151-63

79. Deleuze G, Parnet C. Diálogos. Trad. de José Gabriel Cunha. Lisboa: Relógio D'Água Editores; 2004.

80. Deleuze G & Guattari F. Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia: Rio de Janeiro; 1995.

81. Kastrup V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção desubjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 32- 51.
82. Gomes PK, et al. Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: Fonseca TM, Kirst PG. Cartografias e devires: a construção do presente. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2003.
83. Lüdke M, Meda A. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
84. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec; 2003.
85. Merhy EE. Cuidado com o cuidado em Saúde: saiba explorar seus paradoxos para defender a vida. [Internet]. 2004 [citado 12 agosto]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-09.pdf>.
86. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. São Paulo: Ed.Xamã; 1999.
87. Barros LMR, Barros MEB. Pista da análise. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Apresentação. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2014.
89. Brasil. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 2011a. [citado 2016 set] Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108599-7508.html>
90. Dias A. Pesquisa avaliativa em saúde mental: a regulação da “porta” nos Centros de Atenção Psicossocial [dissertação]. Campinas (SP): FCM, Saúde Colet. Universidade Estadual de Campinas; 2009.
91. Quinderé PHD, Jorge MSB, Franco TB. Rede de Atenção Psicossocial: qual o

lugar da saúde mental? *Physis - Revista de Saúde Coletiva* 2014, 24 (1). [citado 2017 nov.] Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400834033014>.

92. Passos, ICF. *Loucura e Sociedade: Discursos, práticas e significações sociais*. Belo Horizonte: Argvmentvm Editora, 2009^a.

93. Amarante P. (org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora; 2003.

94. Romagnoli, RC. A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicol. Soc., Florianópolis*; v. 21, n. 2, p. 166-173, 2009.

95. Merhy EE. organizador. *Pesquisa Saúde Mental: acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas*. Campinas; 2011.

96. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa L F A, Vasconcelos MG F. *Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial*. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 July [cited 2017 Jan 22] ; 18(7):2157-2166. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700031>.

97. Martins RV, Rossetto M, Sartori QDN, Pinto EC, Van Der Sand ICP, Hildebrandt LM. *Ações de saúde mental na região norte do Rio Grande do Sul, Brasil*. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2012 Mar [citado 2018 Jan]; 33(1): 11-18. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000100002>.

98. Santin G; KLAFKE, Teresinha E; *A família e o cuidado em saúde mental*; Santa Cruz: Barbarói; 2011.

99. Wetzel C; Pinho LBO, Ishowsky A, Guedes AC, Camatta MW, Schneider JFA. *rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família*. Porto Alegre: *RevGaucha Enfermagem*; n 35, v 2, jun 2014, p 27-32.

100. Amarante e Torre. 30 anos de Reforma Psiquiátrica Brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas e da sociedade brasileira. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. (Orgs.). Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de Experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Editora Universitária - UFPE; 2010. p. 113-136.
101. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e informação. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2014.
102. Saraceno B. A cidadania como forma de tolerância. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo; maio/ago. 2011. v. 22, n. 2, p. 93-101.
103. De Nasaré C, M, Batista F, T. Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar. Physis - Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2015;25(3):863-884. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400842639010>.
104. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006.
105. Deleuze GE: filosofia prática. São Paulo: Escuta; 2002.
106. Kastrup V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção desubjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 32- 51.
107. Boff L. Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra. Petrópolis: Vozes; 2008.
108. Leminski P. La vie en close. 5. ed. São Paulo: Brasiliense; 2000.

APÊNDICES

Apêndice A- Termo de Autorização da pesquisa



Prefeitura de Lins



Declaração

DECLARO que tenho CIÊNCIA E AUTORIZO, o desenvolvimento da Pesquisa *Cartografia do cuidado no território das redes de atenção à saúde mental* a ser conduzida pelo Sr(a) **TAÍS FERNANDA MAIMONI CONTIERI SANTANA** orientado (a) pelo Prof. **Dr. MARIA ALICE ORNELLAS PEREIRA**, junto a esta Entidade, após aprovação do CEP.

Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir os Requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste Projeto, autorizo sua execução.

Por ser verdade, firmo a presente.

Lins, 13 de maio de 2015.

José Affonso Penha Junior
 RG. 15.467.454-0
 Secretário Municipal de Saúde

José Affonso Penha Junior
 Secretário Municipal de Saúde

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 466/12-CNS-MS)

O sr(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada *Cartografia do cuidado em um território das redes de atenção Psicossocial*, que pretende estudar o cuidado em saúde mental realizado pelos profissionais atuantes na UBS e em um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I).

O sr(a). foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa por estar ligado à assistência direta ou à prestação de cuidados que envolvem o paciente portador de transtorno psíquico, família e comunidade, reforçando a idéia do cuidado integral.

A pesquisa consta de algumas perguntas sobre Como tem se dado o processo de cuidar em saúde mental nas redes de assistência em saúde mental? Como a UBS vem contemplando o cuidar em saúde mental na articulação com os CAPS I? Quais a potencialidades e fragilidades vivenciadas pelos profissionais destes serviços em relação ao cuidado?

Os dados serão coletados nas Unidades descritas acima. Após a transcrição dos dados o material será destruído.

O conhecimento dessas informações permite melhorar a assistência prestada ao portador de transtorno psíquico e fortalecer as ações de saúde mental em rede.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir com o seu trabalho. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

É garantido total sigilo do seu nome, imagem e função em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608 / 1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Pesquisador(a): Taís Fernanda Maimoni Contieri Santana
R. Valentin Fioroni, nº213. Portal da Fazendinha II – Cafelândia/SP Fone:14-998660199.
E-mail: taiscontieri@gmail.com

Orientadora: D^a Maria Alice Ornellas Pereira E-mail: malice@fmb.unesp.br

Apêndice C- Roteiro de Estudo de Caso Observacional

CONTEXTUALIZAÇÃO DAS UNIDADES CAPS I e UBS

- A) Atividades de saúde mental que desenvolve cotidianamente;
- B) Tipo de demanda que recebe;
- C) Há demanda em Saúde Mental;
- D) Como identifica (o que considera como) a demanda/Saúde Mental;
- E) Como agem os profissionais diante questões trazidas pela demanda em Saúde Mental, que casos acompanham e de que forma. Em que casos encaminham ou articula com a rede de serviços de saúde;
- F) Existe algum tipo estratégia, proposta de ação, em saúde mental sendo desenvolvida na Unidade? Qual? Se, não por quê?
- G) Quais as dificuldades ou entraves para com esta demanda? Isto de algum modo é discutido com a equipe?

Apêndice D- Entrevista Individual Semiestruturada

Questões norteadoras

Como tem se dado o processo de cuidar em saúde mental nas redes de assistência?

Como a UBS vem contemplando o cuidar em saúde mental na articulação com os CAPS?

Como os profissionais destes serviços (CAPS e UBS) têm vivenciado o cuidado?

ANEXOS

ANEXO A

MINISTÉRIO DA SAÚDE COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE
RESOLUÇÃO Nº 32, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2017
MINISTÉRIO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE
DOU de 22/12/2017 (nº 245, Seção 1, pág. 239)

Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção
Psicossocial (RAPS)

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, no uso de suas atribuições que lhe conferem o art. 14-A da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e os arts. 30, inciso I, e 32, inciso I, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e

considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

considerando a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência);

considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080/1990;

considerando a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que trata da "Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde".

considerando a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da "Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde";

considerando a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que trata da "Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde";

considerando a pactuação ocorrida na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no dia 14 de dezembro de 2017, resolve:

Art. 1º - Estabelecer as diretrizes para o fortalecimento da RAPS. Considera-se como componentes da RAPS os seguintes pontos de atenção:

1. Atenção Básica;
2. Consultório na Rua;
3. Centros de Convivência;
4. Unidades de Acolhimento (Adulto e Infanto-Juvenil);
5. Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) I e II;
6. Hospital Dia;
7. Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais;
8. Centros de Atenção Psicossocial nas suas diversas modalidades;
9. Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental;
10. Hospitais Psiquiátricos Especializados.

Art. 2º - Habilitar e incentivar todos os serviços da RAPS que estejam tecnicamente aprovados pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde (CG-MAD/DAPES/SAS) e garantir a continuidade do financiamento das obras de serviços desta

Rede que também estejam tecnicamente aprovados.

Art. 3º - Pactuar diretrizes clínicas para linhas de cuidados na RAPS.

Art. 4º - Pactuar critérios de acompanhamento e monitoramento da RAPS, com metas, indicadores qualitativos e quantitativos, estimulando ainda a adequada regulação do acesso dos usuários aos diferentes pontos de atenção da Rede.

Art. 5º - Vedar qualquer ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, conforme registro do CNES nesta data, reafirmando o modelo assistencial de base comunitária.

Art. 6º - Aprovar a criação de "Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental", com objetivo de prestar atenção multiprofissional no nível secundário, apoiando de forma articulada a atenção básica e demais serviços das redes de atenção à saúde.

Art. 7º - Aprovar a criação de nova modalidade de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV), com funcionamento 24 horas, prestando assistência de urgência e emergência, para ofertar linhas de cuidado em situações de crises de uso de drogas, especialmente o crack ("cracolândias"), de forma multiprofissional e intersetorial.

Art. 8º - Fortalecer e apoiar técnica e financeiramente o processo de desinstitucionalização de pacientes moradores em Hospitais Psiquiátricos:

I - habilitar 200 SRTs até o final de 2018;

II - garantir maior flexibilidade aos gestores municipais para a organização das SRTs;

Art. 9º - Ampliar a oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

I - estimular a qualificação e expansão de leitos em enfermarias especializadas em Hospitais Gerais;

II - reestruturar a equipe multiprofissional mínima requerida para o funcionamento das enfermarias especializadas em Hospitais Gerais;

III - monitorar sistematicamente a taxa de ocupação mínima das internações em Hospitais Gerais para o pagamento integral do procedimento em forma de incentivo;

IV - reajustar o valor de diárias para internação em hospitais especializados de forma escalonada, em relação aos atuais níveis, conforme o porte do Hospital.

Art. 10º - Financiar pesquisas que subsidiem a implantação de Programas de Prevenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas para adolescentes e jovens.

Art. 11º - Fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT em relação as Comunidades Terapêuticas.

Art. 12º - Promover ações de Prevenção ao Suicídio, por meio de parcerias com Estados e Municípios, bem como instituições que atuam nesta área.

Art. 13º - Esta Resolução entre em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS - Ministro de Estado da Saúde

MICHELE CAPUTO NETO - Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA - Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cartografia do cuidado no território das Redes de Atenção a Saúde Mental

Pesquisador: TAÍS FERNANDA MAIMONI CONTIERI SANTANA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50612715.8.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.355.749

Apresentação do Projeto:

Desde as últimas décadas, o sistema de saúde brasileiro tem passado por transformações essenciais, imprimindo um percurso caracterizado por enfrentamentos, desafios e avanços. Com a criação e implantação do SUS, mudanças significativas e necessárias vêm acontecendo em especial no campo de Saúde Mental, dentre elas a reversão do modelo manicomial, para políticas de base territorial, como o cuidado integral nas Redes de Atenção Psicossocial.

Objetivo da Pesquisa:

Cartografar o cotidiano do cuidado em saúde mental dos profissionais atuantes numa unidade que desenvolve a Estratégia Saúde da Família (ESF) e em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Riscos mínimos relacionados a um possível constrangimento frente a entrevista dos sujeitos da pesquisa, pois não se realizará nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam do estudo, nos quais não se identifique nem seja invasivo à intimidade do indivíduo.

Benefícios:

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 1.355.749

A pesquisa tem como benefícios a reflexão dos profissionais envolvidos frente a mudança das práticas em saúde mental, desconstruindo o modelo hegemônico e medicalizante, construindo novos espaços do cuidar e fortalecendo as propostas da Reabilitação Psicossocial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de caráter qualitativo com profissionais que prestam assistência ao portador de transtorno mental. Serão empregados o Estudo de Caso Observacional e um entrevista semiestruturada. O número de participantes será 14. A análise dos dados será feita utilizando a base referencial três autores: Emerson Merhy, autor que dá subsídios para a temática do cuidado; Benedito Saraceno, autor que sustenta a discussão pertinente à Reabilitação Psicossocial e Eugênio Vilaça Mendes, autor que discute o trabalho em Redes com enfoque a Rede de Atenção Psicossocial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados a este CEP estão de acordo. O TCLE está bem redigido, em forma de convite e esclarece os objetivos da pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo aprovação sem necessidade de encaminhar à CONEP

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa APROVADO, deliberado em reunião do CEP de 07/12/2015, sem necessidade de envio à CONEP.

Lembramos que ao final da execução do projeto, é necessário enviar o “Relatório Final de Atividades”. Essa documentação deve ser enviada via Plataforma Brasil na forma de “NOTIFICAÇÃO”

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_504931.pdf	02/11/2015 07:58:27		Aceito
Cronograma	cronograma.doc	02/11/2015 07:56:12	TAÍS FERNANDA MAIMONI CONTIERI	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 1.355.749

Cronograma	cronograma.doc	02/11/2015 07:56:12	SANTANA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	26/10/2015 10:02:55	TAÍS FERNANDA MAIMONI CONTIERI SANTANA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	26/10/2015 09:57:49	TAÍS FERNANDA MAIMONI CONTIERI SANTANA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ISNTITUCIONAL.pdf	26/10/2015 09:55:19	TAÍS FERNANDA MAIMONI CONTIERI SANTANA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	21/10/2015 08:54:56	TAÍS FERNANDA MAIMONI CONTIERI SANTANA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.jpg	13/10/2015 20:18:00	TAÍS FERNANDA MAIMONI CONTIERI SANTANA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 08 de Dezembro de 2015

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP **Município:** BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br