

CRISTHIANE COMITRE GARCIA

**O CUIDADO AO SOFRIMENTO PSÍQUICO NOS TERRITÓRIOS:  
A saúde mental (re)vista pela Atenção Básica**

ASSIS – SP

2019

CRISTHIANE COMITRE GARCIA

**O CUIDADO AO SOFRIMENTO PSÍQUICO NOS TERRITÓRIOS:  
A saúde mental (re)vista pela Atenção Básica**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP - Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Mestra em Psicologia, Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Silvio Yasui

ASSIS – SP

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Vânia Aparecida Marques Favato - CRB 8/3301

G216c Garcia, Cristhiane Comitre  
O Cuidado ao sofrimento psíquico nos territórios: a saúde  
mental (re)vista pela atenção básica / Cristhiane Comitre  
Garcia. Assis, 2019.  
101 f. : il.

Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual Paulista  
(UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis  
Orientador: Prof. Dr. Silvio Yasui

1. Saúde mental. 2. Atenção Primária a Saúde.  
3. Centro de Atenção Psicossocial. 4. Integralidade em saúde.  
I. Título.

CDD 362.2



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Assis



**CERTIFICADO DE APROVAÇÃO**

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: O CUIDADO AO SOFRIMENTO PSÍQUICO NOS TERRITÓRIOS: A saúde mental (re)vista pela Atenção Básica

**AUTORA: CRISTHIANE COMITRE GARCIA**

**ORIENTADOR: SILVIO YASUI**



Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Mestra em PSICOLOGIA, área: Psicologia e Sociedade pela Comissão Examinadora:

Prof. Dr. SILVIO YASUI  
Departamento de Psicologia Social e Educacional / UNESP/Assis

Profa. Dra. ELIZABETH MARIA FREIRE DE ARAÚJO LIMA  
PPG/Psicologia / UNESP/Assis

Profa. Dra. LAURA CAMARGO MACRUZ FEUERWERKER  
Departamento de Práticas de Saúde Pública / USP/São Paulo

Assis, 02 de setembro de 2019

*Aos cuida-dores!*

*Há duas formas para viver a sua vida:  
Uma é acreditar que não existe milagre.  
A outra é acreditar que todas as coisas são um milagre.*

Albert Einstein

## AGRADECIMENTOS

Aos usuários que encontrei pelos caminhos da Saúde Coletiva e que me permitiram vivenciar a experiência de cuidar.

Aos colegas da Atenção Básica de Salto Grande que, no decorrer dos anos em que venho trabalhando na Saúde Coletiva, estiveram comigo na luta cotidiana; em desafios provocadores e encontros de muita potência.

Ao Programa de Aprimoramento em Saúde Mental e Saúde Coletiva, supervisionado pela UNESP de Assis e aos muitos aprimorandos com os quais pude aprender; que me fizeram acreditar e ‘vestir a camisa’.

Aos membros do NEPER-H e do Grupo Condutor da RAPS, colegas queridos do CIR Ourinhos, com os quais pude dividir os enfrentamentos para o fortalecimento e qualificação do SUS.

À equipe e à gestão de São Pedro do Turvo, que aceitaram minha presença para esta pesquisa.

Aos colegas e professores da Pós, por todas as discussões e contribuições na construção da pesquisa e da escrita.

Ao Silvio, por me aceitar como orientanda e mais ainda; por me fazer acreditar, no decorrer dos últimos 16 anos, quando a Saúde Coletiva fez nossos caminhos se encontrarem, que a luta não pode parar.

À Beth Lima e Laura, que aceitaram compor a banca e por suas ricas e afetivas contribuições, transformando esse momento em um feliz encontro.

À Thais, por todas as trocas em nossas idas e vindas e pelo companheirismo no decorrer da jornada.

Às amigas Damaris, Paula e Rubiane por estarem ao meu lado desde *muito antes* e me incentivarem a seguir.

À família Sintonia, da EPS Movimento, e à querida Erica, que me permitiram viver um amoroso processo de aprendizagem, me abrindo aos caminhos do mestrado.

Aos amigos queridos, alguns de toda a vida, como Ana Rosa e nossa *panelinha*, que acompanharam, na torcida, as angústias e alegrias do processo de mestrado.

A cada um daqueles que, por um instante ou mais, compartilharam o mesmo caminho que eu e puderam contribuir para me transformar em quem sou.

E, especialmente:

A meus irmãos e família, presença carinhosa em cada momento de minha vida, que mesmo a distância, fazem-se presentes.

A meus pais, Adhemar e Solange, por me trazerem até aqui. Por todos os ensinamentos. E por acreditarem em mim, sempre!

A meus filhos Isabella e Rafael, amor maior, inspiração e afeto que me fazem seguir adiante e sonhar!



*Sou feita de retalhos.*

*Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou costurando na alma.*

*Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me fazem ser quem eu sou.*

*Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior...*

*Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade... Que me tornam mais pessoa, mais humana, mais completa.*

*E penso que é assim mesmo que a vida se faz: de pedaços de outras gentes que vão se tornando parte da gente também.*

*E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados...*

*Haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma.*

*Portanto, obrigada a cada um de vocês, que fazem parte da minha vida e que me permitem engrandecer minha história com os retalhos deixados em mim.*

*Que eu também possa deixar pedacinhos de mim pelos caminhos e que eles possam ser parte das suas histórias.*

*E que assim, de retalho em retalho, possamos nos tornar, um dia, um imenso bordado de 'nós'.*

Cris Pizziment

GARCIA, C.C. **O CUIDADO AO SOFRIMENTO PSÍQUICO NOS TERRITÓRIOS: A saúde mental (re)vista pela Atenção Básica.** 2019. 101 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis, 2019.

## **RESUMO**

O objeto da presente pesquisa foram as práticas de cuidado realizadas na Atenção Básica que promovem e/ou cuidam da saúde mental. A pesquisa teve como objetivo mapear e analisar as modalidades de cuidado, atenção e promoção em saúde mental disponibilizados pela Atenção Básica em um município de até 20.000 habitantes, que não contasse com equipamentos especializados de Atenção Psicossocial. A pesquisadora é trabalhadora na Atenção Básica de um pequeno município e, provocada pelo incômodo de perceber que a promoção da saúde mental vem sendo colocada como objeto, prioritariamente, de especialistas (psiquiatras e psicólogos), buscou investigar quais ações de cuidado integral e de atenção psicossocial são realizadas, cotidianamente, pelos não-especialistas em saúde mental. Eram questões disparadoras à pesquisa: Os trabalhadores são capazes de identificar a dimensão subjetiva dos usuários com os quais lidam? Reconhecem que, em seu território, grande parte das pessoas com sofrimento psíquico já vem sendo, efetivamente, acompanhada por eles? De que forma integram os cuidados da saúde mental aos cuidados da saúde física? Este estudo está articulado ao referencial teórico-metodológico da pesquisa qualitativa e à abordagem cartográfica e assume a interferência como um modo de estar em campo, valorizando a construção que se dá em conjunto com os participantes. Em resposta às questões iniciais desta pesquisa observa-se que a inclusão do cuidado e da promoção de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família como prática reconhecida ainda é uma situação complexa a ser superada, mas fica evidente que as ações promovidas pela Atenção Básica voltadas ao cuidado da saúde mental estão permeando tudo que as equipes fazem, o tempo todo, ainda que não sejam, claramente, assim nomeadas. Para a produção de uma nova realidade psicossocial, é preciso fortalecer a Atenção Básica para que seus trabalhadores consigam reconhecer seus saberes e sua potência em lidar com as subjetividades.

**Palavras chave:** Saúde Mental; Atenção Psicossocial; Atenção Básica; Cuidado; Integralidade.

GARCIA, C.C. **CARE ON PSYCHIC SUFFERING IN THE TERRITORIES:** A (re)view on mental health through Primary Care. 2019. 101 f. Dissertation (Master's degree in Psychology and Society). São Paulo State University (UNESP), School of Sciences, Humanities and Languages, Assis, 2019.

### **ABSTRACT**

The mental health practices performed in the Primary Care were the object of this research, as it aimed at mapping and analyzing the modalities of care, attention and promotion on mental health provided by Primary Care in a municipality of up to 20,000 inhabitants, not having specialized Psychosocial Care equipment. The researcher works on Primary Care in a small municipality. Being disturbed on realizing that the fostering of mental health was addressed first and foremost as object of specialists (psychiatrists and psychologists), she investigated which integral care actions and psychosocial care are performed on a daily basis by non-mental health specialists. Some triggering questions for research arose: Are workers in the area able to identify the subjective dimension of the users they deal with? Are they aware that in their territory most people with psychic distress have been attended by them? How do they merge mental health care with physical care? This study is articulated with the theoretical-methodological reference frame of qualitative research as well as with cartographic approach and assumes interference as a way of being in the field, valuing the construction that takes place together with the participants. It was observed when replying to the initial questions of this research that the inclusion of mental health care and fostering in the Family Health Strategy a recognized practice, is still a complex situation to be overcome. Nevertheless, it has become clear that the actions fomented by Primary Care focusing on mental health care are permeating everything the teams do all the time, even though not having been clearly named that way. For the production of a new psychosocial reality, it is necessary to strengthen Primary Care in order that the workers may recognize their knowledge and their power in dealing with subjectivities.

**Keywords:** Mental Health; Psychosocial Care; Primary Care; Care; Integrality.

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Controle de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Psicossocial
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDQ-SUS	Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
CIR	Colegiado Intergestor Regional
CONASEMS	Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CROSS	Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPER-H	Núcleo de Educação Permanente e Humanização
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RRAS	Rede Regionalizada de Atenção à Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde
SIAB	Sistema de Informações em Atenção Básica

SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WONCA	World Organization of Family Doctors

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO - O ENCONTRO COM A SAÚDE COLETIVA</b> .....	14
<b>1. UMA ARTICULAÇÃO NECESSÁRIA</b> .....	24
1.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	24
1.2 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	30
1.3 INTEGRALIDADE E CUIDADO.....	34
1.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	38
<b>2. SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA</b> .....	44
<b>3. O MEIO - UM MODO DE CAMINHAR</b> .....	51
3.1 ESTRATÉGIAS .....	51
3.2 O DIÁRIO DE CAMPO.....	54
3.3 A CONSTITUIÇÃO DE UM CAMPO.....	57
<b>4. CAMINHOS DA PESQUISA - UM PERCURSO FEITO DE ENCONTROS</b> .....	62
4.1 A CHEGADA E OS ATRAVESSAMENTOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE	62
4.2 ACOMPANHANDO A EQUIPE.....	64
4.3 ENCERRAMENTO – NOVAS ARTICULAÇÕES? .....	72
<b>5. DESDOBRAMENTOS - OUTROS MOVIMENTOS</b> .....	77
5.1 NOVOS ENCONTROS .....	78
5.1.1 DIA 1 .....	78
5.1.2 DIA 2 .....	79
5.1.3 DIA 3 .....	81
5.1.4 DIA 4.....	82
5.2 CONVERSA COM A GESTÃO.....	84
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS - PARA QUE(M) SERVE O CONHECIMENTO?</b> ... 87	
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	92
<b>ANEXOS</b> .....	98
ANEXO A - “SOBRE O OUVIR” – RUBEM ALVES.....	98
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ...	99
ANEXO C - QUESTIONÁRIO .....	101

*A primavera chegará, mesmo que ninguém mais saiba seu nome,  
nem acredite no calendário, nem possua jardim para recebê-la.*

Cecília Meireles

## APRESENTAÇÃO

### O ENCONTRO COM A SAÚDE COLETIVA

*“Quanto a mim, eu me dedico ao que chamaria de história omitida, aos rastros imperceptíveis da nossa passagem pela Terra e pelo tempo. Escrevo os relatos da cotidianidade dos sentimentos, dos pensamentos e das palavras. Tento captar a vida cotidiana da alma. A vida ordinária de pessoas comuns.”<sup>1</sup>*

A necessidade de realizar a presente pesquisa está, diretamente, ligada à minha trajetória profissional como psicóloga trabalhadora no Sistema Único de Saúde (SUS) e como tutora/facilitadora em processos de formação para outros trabalhadores do SUS. Apresento aqui uma narrativa a partir de minha história, incluindo vivências e experimentações pessoais e profissionais. Para isso, escolhi não escrever sobre o processo de pesquisa, apenas. Não é, somente, do lugar de pesquisadora que escrevo, e sim dessa intersecção que me constitui. Não há como me descolar de um de meus papéis, assim como não posso me descolar de meus afetos e afecções. Por isso, incluo, ainda, aqui, trechos e escritas que marcaram e marcam minha relação com o mundo. O encontro com a pesquisa e o campo contribui, por sua vez, para dar sentido à minha atuação como psicóloga e como trabalhadora do campo da Saúde Mental.

Esta pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética sob o número 88887618.6.0000.5401 é sobre as práticas de cuidado realizadas pela Atenção Básica (AB) e também, sobre aqueles que as executam; trabalhadores como eu. São Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e outros tantos mais que enfrentam um cotidiano habitado por intensas demandas, que precisam ser respondidas com a oferta de um cuidado que vivifique o sentido de vida de usuários, muitas vezes, já desvitalizados e em sofrimentos diversos. Mas que enfrentam, eles próprios, a angústia de lidar com o sofrimento. Ofertam escuta e cuidado que, algumas vezes, não têm para si.

Atravessada por inúmeros encontros com esses sujeitos, meu empenho passou a ser (re)conhecer e dar visibilidade e dizibilidade à potência dessas ações. Minhas experiências não estão no campo acadêmico, estão na ‘ponta’; nos serviços. A intenção é mostrar um pouco das paixões e com-paixões do dia a dia de trabalhadores/cuidadores. É isso: desejo contar *sobre* a

---

<sup>1</sup> Aleksiévitich, S. Vozes de Tchernóbil: a história oral do desastre nuclear. Tradução do russo Sonia Branco. — 1a ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.



vida ‘ordinária’ desses trabalhadores; pessoas comuns, que desenvolvem, no cotidiano, ações comuns. E contá-la *para* pessoas comuns; outros trabalhadores e usuários dos serviços. Para que vejam que não estamos sós!

Para isso, parto da narrativa de minha jornada nesse vasto campo do cuidado e de alguns eixos que atravessaram e atravessam meu percurso.

Formada como psicóloga, passei meus primeiros anos de atuação clínica em espaços privados. Somente entrei em contato com a Saúde Coletiva há, aproximadamente, quinze anos, quando comecei a trabalhar em uma pequena cidade do interior paulista, que contava com pouco mais de 9.000 habitantes. Concursada, iniciei meu trabalho em 2003, tendo sido contratada para a função de psicóloga no Departamento Municipal de Saúde, basicamente para a realização de um trabalho clínico, assistindo à demanda de atendimentos.

Tive que rever meu entendimento a respeito da psicologia clínica, que vinha do cuidado individual e privado e conhecer outros modos de cuidado, singulares e coletivos. Nesse processo, pude contar com o apoio das gestões com as quais trabalhei e com a parceria de vários colegas que passaram pelo serviço, especialmente por meio do Programa de Aprimoramento em Saúde Mental e Saúde Coletiva, supervisionado pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) de Assis.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) passamos a acompanhar cada um dos usuários que buscavam o serviço de Saúde Mental de modo mais próximo e apostar em ações inclusivas de cuidado. Esse serviço contava, então, com esta psicóloga, um psiquiatra e alguns aprimorandos que vinham entre duas e três vezes por semana. Isso passou mais tarde a ser uma questão à pesquisadora: por que o interesse sobre o cuidado da saúde mental não era partilhado por outros trabalhadores da UBS?

Embora ainda desconhecêssemos a Política Nacional de Humanização<sup>2</sup> (PNH), que contempla o acolhimento como uma de suas diretrizes, acreditávamos na importância de ofertar espaço de escuta a todas as pessoas que nos procuram. Sempre trabalhamos com a demanda espontânea, acreditando no desejo de cada usuário, mais do que nos encaminhamentos que recebíamos. Acolhíamos pessoas que relatavam todo o tipo de sofrimento psíquico, inclusive o sofrimento gerado pela falta de escuta e acolhimento por parte de colegas trabalhadores. O

---

<sup>2</sup> A Política Nacional de Humanização - PNH/HumanizaSUS foi apresentada pela primeira vez durante o XX Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e I Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não Violência, realizado em Natal/RN, no período de 17 a 20 de março de 2003. Os dispositivos e diretrizes da PNH encontram-se detalhados em cartilhas, textos, artigos e documentos específicos de referência, disponibilizados nas publicações e site da PNH <<http://www.saude.gov.br/humanizausus>>

acolhimento, como postura ética, implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes e compartilhamento de saberes. Ainda nos faltava a rede; em nosso ‘Serviço de Saúde Mental’ trabalhávamos sozinhos.

E então a primeira parceria surgiu. Para lidar com episódios de crise em que se fazia necessária a internação, passamos a contar com o hospital geral local, onde eram realizadas internações curtas, com o acompanhamento da família. Tínhamos o apoio da direção técnica do hospital, centralizada em um médico atento e disponível às trocas. Poucos eram os casos encaminhados para internações em hospitais psiquiátricos, e se davam em sua maioria, com usuários ainda não vinculados ao serviço.

Mesmo assim, muitas vezes, trabalhávamos contra o fluxo, lutando pela superação do paradigma hegemônico em nosso entorno, que insistia em uma forma de cuidado patologizante e de medicalização da vida. Mesmo os colegas trabalhadores da saúde demonstravam uma visão em que os usuários do serviço de Saúde Mental deveriam ser mantidos afastados e/ou contidos. Eram falas sobre crianças que, à espera do momento da oficina terapêutica “atrapalhavam” o serviço por estarem brincando ou correndo; ou usuários que, a visão dos colegas, causavam medo porque poderiam “ficar agressivos”. A expressão do sofrimento parecia não ter espaço, nem mesmo ali, em um serviço que se propunha a cuidar dos múltiplos sofrimentos. Por outro lado, como o município não contava com espaços culturais, de lazer, socialização ou outras ofertas de promoção de saúde, a UBS servia, também, como um tipo de ponto de encontro, principalmente para mães e idosos, mas que requeria adoecimento como critério para participação. Faltava um olhar e uma escuta para além dos sintomas que causavam a vinda à unidade.

A falta de espaço físico para o desenvolvimento de oficinas e outras propostas no Departamento de Saúde nos levou a olhar para o entorno do serviço em busca de parcerias que vieram de outros setores, privados e públicos, a princípio desconectados da atenção em saúde mental. Conseguimos espaços ‘emprestados’ para o desenvolvimento de grupos e oficinas e fizemos atividades como uma horta no quintal do Departamento de Desenvolvimento Social, uma oficina de expressão na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e um grupo terapêutico em uma escola municipal de ensino fundamental. Eram atividades exclusivas para usuários do serviço de Saúde, mas com isso, conseguimos conhecer melhor os recursos, potenciais e necessidades dos territórios.

Passamos a realizar atividades em espaços alternativos, como as praças e a prainha da cidade e a ter encontros, conversas e projetos com outros serviços e com a comunidade,

iniciando uma frágil articulação em rede. Essa articulação foi possível durante determinados períodos, mas logo se desmanchava. Isso aconteceu incontáveis vezes. A observação me levou a acreditar que a fragilidade dessa rede se dava ao fato de que não contava, verdadeiramente, com os serviços, e, sim, com as *pessoas* que os representavam. À saída de uma dessas pessoas, sua transferência ou outras mudanças estruturais nos departamentos, a articulação se desfazia. O que passou a dar algum resultado foi apostar em parcerias com pessoas também interessadas em trabalhar junto e promover os movimentos possíveis, acreditando que, em algum momento, a rede se fortaleceria.

No entanto, apesar dos avanços no contexto do cuidado de usuários do serviço de Saúde Mental, o lugar da psicologia parecia não mudar. Vista e demandada para uma clínica voltada a atendimentos individuais, com o propósito de um ‘tratamento curativo’, minha atuação apontava ainda um distanciamento entre a prática psicológica e os pressupostos do SUS, que pedem uma participação mais integrada à equipe e ações preventivas. Mas, além de refletir sobre o lugar da psicologia, evidenciava-se o entendimento de que outras categorias não tinham qualquer relação com o sofrimento psíquico, já que os trabalhadores da Saúde Mental éramos apenas nós, psicóloga e psiquiatra.

A dificuldade em contribuirmos para práticas de promoção de saúde integral e construção de cidadania no exercício da psicologia revelava (e ainda revela) a fragmentação das relações entre as diferentes formações profissionais e da própria rede de assistência. Apontava-se, também, a predominância do modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta e a precária formação das diversas categorias profissionais, geralmente distantes do debate e da formulação de políticas públicas. É ainda comum encontrar colegas atuantes na saúde coletiva tendo dificuldade em desenvolver ações que respeitem e valorizem os modos de existir sem entendê-los como patológicos. Também é visível a limitação que outras áreas possuem em considerar os sofrimentos psíquicos próprios da vida como fatores relevantes para o cuidado integral.

Sentir essas fragmentações e limitações em minha atuação como trabalhadora me causou muitas angústias e me fez buscar formas de contribuir com os espaços de qualificação da equipe. Atuo, até hoje, na mesma UBS, acompanhando usuários vinculados a essa unidade e às outras unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município. Meu trabalho está articulado a três equipes. Tratam-se de equipes que contam com profissionais qualificados, onde todos desempenham suas funções, fazendo, cada um dos trabalhadores, a gestão dos processos de trabalho aos quais estão submetidos. São profissionais eficientes, isoladamente. A grande

dificuldade ainda é articular as ações coletivamente, sem desconsiderar as competências e conhecimentos individuais.

Durante alguns períodos, a partir de demandas específicas por parte desses colegas, apostamos em espaços de Educação Permanente em Saúde (EPS)<sup>3</sup> em que pude contribuir com questões sobre a temática da saúde mental, sobre a qual abordarei mais à frente. Mas, a fragmentação e desarticulação em equipe e, conseqüentemente em rede, levaram-me a investir também em outros espaços que pudessem trazer aprendizagem e fortalecimento à minha atuação.

Um desses espaços foi o Núcleo de Educação Permanente e Humanização (NEPER-H), instituído em 2008, por meio de um movimento proposto pelo Centro de Qualificação para o SUS (CDQ-SUS), do Departamento Regional de Saúde (DRS) IX - Marília. O Núcleo é constituído por representantes dos municípios pertencentes ao Colegiado Intergestor Regional (CIR)<sup>4</sup> de Ourinhos e tem como propósito levantar necessidades de qualificação regional, discutir, planejar e executar ações que contribuam para o desenvolvimento e fortalecimento das equipes nos territórios.

No decorrer de mais de dez anos de existência, o NEPER-H conseguiu planejar e executar vários projetos que envolveram trabalhadores, usuários, conselheiros e gestores, em temáticas variadas, que incluíam a saúde mental. Enquanto integrante, participei ativamente desses eventos, ora como tutora e facilitadora, ora como orientadora, ora como parte da equipe que elaborou o projeto. A EPS (ou apenas EP a partir daqui) é uma estratégia que possibilita construir um novo modo de gestão em que os pactos para reorganizar os trabalhos na gestão, na atenção e no controle social são construídos coletivamente.

Graças a esses movimentos, no decorrer dos últimos anos, venho participando de encontros com trabalhadores de diferentes equipes de Atenção Básica, promovidos por meio

---

<sup>3</sup> A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída como estratégia para Formação e Desenvolvimento de trabalhadores da saúde através da Portaria MS número 198 GM/MS/13 de Fevereiro de 2004. Foi alterada e substituída em 20 de agosto de 2007 pela Portaria nº 1.996, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e, no decorrer dos últimos anos, mesmo com a publicação de novas portarias, os principais ajustes feitos foram apenas à respeito do financiamento e uso de recursos. O conceito e a importância da EP foram mantidos. (BRASIL, 2004; Brasil, 2007)

<sup>4</sup> Formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do(s) gestor (es) estadual (ais), sendo as suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados. Busca identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. O CIR Ourinhos é atualmente composto por treze municípios, sendo onze de até 12.000 habitantes, um com pouco mais de 40.000 e Ourinhos, com pouco mais de 100.000 habitantes.

do NEPER-H e também por meio de outros trabalhos como tutora e facilitadora. Participar desses movimentos e acompanhar de perto as vivências de outras equipes, em outros territórios, impulsionou-me às questões que me trouxeram à pesquisa. Dessas experiências, escolho ressaltar algumas que foram extremamente mobilizadoras e que promoveram maiores interferências e ressonâncias na pesquisa.

Uma delas foi o Curso Apoio em Saúde Mental, realizado por meio do NEPER-H, entre 2014 e 2015. Seu projeto se deu a partir de uma demanda de qualificação em saúde mental por parte dos trabalhadores e endossada pelos gestores. Seu objetivo fundamental era apoiar os profissionais da rede de Saúde Mental, pertencentes à Atenção Básica de cada município, para o planejamento e execução das ações voltadas para Atenção Psicossocial. Minha participação se deu no suporte pedagógico/metodológico à equipe de facilitadores, que trabalhou com grupos constituídos junto às equipes, dentro dos territórios. O que chamamos por ‘rede de saúde mental’ eram os profissionais da saúde que cada município entendesse que estavam envolvidos (ou deveriam estar) com ações em saúde mental. Ressalto que alguns profissionais dessas equipes relataram uma convocação à qual responderam como subordinados e diante dos esclarecimentos, a grande maioria se colocou dizendo não ter expectativas ou compreensão do real motivo de estar ali, especialmente diante do tema *saúde mental*. Os profissionais que já trabalhavam com saúde mental acreditavam não precisar de um curso; e os outros por entenderem que o assunto não lhes dizia respeito sinalizavam a crença de que a temática saúde mental era, exclusivamente, da competência de especialistas (dos psicólogos) e não de trabalhadores da Atenção Básica. Esse projeto acompanhou as equipes semanalmente, em seus territórios, por cinco meses.

Outro evento que destaco é o projeto Caminhos do Cuidado - Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários em saúde - ACS e técnicos e auxiliares de enfermagem da Atenção Básica, uma parceria entre as Instituições Fiocruz (RJ), Grupo Hospitalar Conceição (RS), Escolas Técnicas do SUS e Ministério da Saúde (MS). Durante dois anos, entre 2013 e 2015, estive como tutora desse projeto tendo acompanhado dez turmas e pouco mais de duzentos participantes. O curso, voltado para agentes comunitários e auxiliares/técnicos de enfermagem, tinha como foco do trabalho a formação em saúde mental, álcool e outras drogas e valorizava imensamente as relações do cotidiano e o cuidado nos territórios, permitindo que os trabalhadores discutissem suas práticas, dilemas e angústias. Os participantes chegavam ao curso demonstrando dificuldade em se reconhecerem como parte do cuidado em saúde mental e contavam recorrer aos encaminhamentos a psicólogos e psiquiatras em casos relacionados à qualquer tipo de sofrimento psíquico. Além disso, relatavam

experiências de um “tratamento” pautado em internações em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas<sup>5</sup> - essas, até então, à revelia do SUS - como sendo a oferta de cuidado mais conhecida.

Por meio dessas e de outras experiências, tenho tido muitos encontros com trabalhadores de diferentes equipes em diferentes territórios da Atenção Básica. O que venho encontrando em quase todos os espaços é sempre bastante parecido; apesar de já desenvolvem, rotineiramente, ações de prevenção, promoção e cuidado de saúde, abordando também aspectos subjetivos próprios das relações existenciais, colocam-se dizendo desconhecerem práticas de cuidado em saúde mental e não saberem abordar pessoas em sofrimento psíquico, especialmente com o sofrimento causado pela dependência química. Tem sido possível observar a grande dificuldade que essas equipes da Atenção Básica possuem em identificar sua própria potência no cuidado em saúde mental, apesar de já atuarem como promotores de cuidado integral.

A proposta de trabalhar in loco, nos territórios, no campo das equipes, tem sido bastante motivadora aos trabalhadores, porque dá à eles a possibilidade de mostrarem, concretamente, as realidades com as quais lidam. Mesmo esses cursos sendo em um espaço privilegiado para aprendizagem, tem havido larga discussão sobre os dilemas e potencialidades nos processos de trabalho. E, afinal, percebem que grande parte das pessoas com variados níveis de sofrimento psíquico já vem sendo efetivamente atendida por eles, em seus territórios.

Apesar de poder dizer ter havido êxito na execução desses trabalhos, fica evidenciada a necessidade que as equipes ainda possuem de espaços privilegiados para a reflexão sobre suas práticas. Reuniões de equipe e espaços de Educação Permanente, previstos e indispensáveis para o trabalho na saúde coletiva e em rede ainda são deixados de lado ou pouco valorizados.

Mobilizada por este percurso que me trouxe até o mestrado, propus uma pesquisa que tinha como o objetivo mapear e analisar as modalidades de cuidado, atenção e promoção em saúde mental disponibilizados pela Atenção Básica, considerando-se como território um município de até 20.000 habitantes pertencente ao CIR de Ourinhos; localizada na região oeste do estado paulista. Pretendia com isso, identificar nas políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas de saúde mental; verificar como se articulam equipamentos e serviços de atenção às

---

<sup>5</sup> Recentemente, através da resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, que estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas passaram a integrar a RAPS, contrariando os movimentos da Luta Antimanicomial, a lógica de não exclusão e a própria Política de Saúde Mental, vigente até então.

peças em sofrimento psíquico; identificar nas práticas de cuidado, quem são os agentes promotores de ações de saúde (do corpo e da mente) e como atuam e verificar como se dão as ações voltadas para o cuidado integral. Desejava, além disso, observar se a Atenção Básica percebe que ao se dispor a cuidar da saúde integral, ainda assume o cuidado da saúde psíquica.

Assim, a relevância da pesquisa está em dar visibilidade e valorização às ações que são realizadas, cotidianamente, pela Atenção Básica na promoção de saúde integral, permitindo que os próprios trabalhadores possam contar e mostrar sobre suas práticas. Minha narrativa a respeito do processo desta pesquisa será apresentada no decorrer dos capítulos a seguir.

No capítulo 1 apresento quatro eixos. O primeiro deles diz respeito ao SUS, à intencionalidade da AB, principal ordenadora das modalidades de cuidado do SUS e sobre o funcionamento da ESF. É esse meu campo de atuação e é esse campo que escolho para minha pesquisa. O segundo eixo trata sobre a Atenção Psicossocial, a constituição de sua rede e sua abrangência enquanto estratégia. Já o terceiro eixo aborda o Cuidado e a Integralidade, conceitos fundamentais e transversais à discussão sobre as ações de saúde. O quarto eixo, igualmente transversal, apresenta a Educação Permanente em Saúde, como Política e como uma potente ferramenta de qualificação e fortalecimento às equipes de saúde.

No segundo capítulo discorro sobre a relevância do cuidado da saúde mental realizado pela AB e uso como apoio reflexões sobre o modelo de cuidado vigente, a necessidade de territorialização e a integração dos cuidados em saúde mental na AB.

No terceiro capítulo apresento o modo de caminhar da pesquisa. Saliento a importância das subjetividades e interferências na construção do conhecimento e destaco conceitos relacionados às estratégias utilizadas. Apresento, ainda, neste capítulo a utilização do diário de campo; seus registros, observações e reflexões. Finalizando o capítulo abordo a constituição do campo de pesquisa, os critérios para sua escolha e como se deu o processo de sua instituição.

No quarto capítulo conto como se deu o encontro com o campo da pesquisa. No relato foi feita uma divisão e apresento na primeira parte minha chegada e alguns atravessamentos ocasionados por minha aproximação com processos de Educação Permanente. Na segunda parte estão os encontros e discussões com a equipe; aqui estão colocadas falas, aflições e questionamentos encontrados no discurso dos trabalhadores. Neste capítulo está, inclusive registrado o encontro com o propósito de fechamento.

Ao encerrar a pesquisa em campo, a partir de algumas problematizações, foi solicitada a participação da pesquisadora em novos encontros, para que contribuísse em discussões sobre a saúde mental e a atenção psicossocial. É sobre esse desdobramento que o quinto capítulo trata.

Ao final, no capítulo 6, nas considerações finais, trago algumas reflexões e provocações que restaram, já que chegar ao final nem sempre significa que **está acabado**.



*É preciso que inove, disse -  
Salvo que acrescentando: não sozinho  
Que cada um ponha aí algo de seu.  
Vamos. Reúnam-se vários,  
Grudem-se o tempo necessário para fazer alguma coisa,  
E depois dissolvam-se para fazer outra.*

Lacan

## CAPÍTULO 1

### UMA ARTICULAÇÃO NECESSÁRIA

*“Trabalhar não é somente dedicar-se a uma atividade. É também estabelecer relações com os outros, é engajar-se em formas de cooperação e de mudança, é se inscrever em uma repartição de lugares e de tarefas, confrontar os pontos de vista e as práticas, experimentar e dar visibilidade às capacidades e recursos de cada um, transmitir saberes e saber-fazer, validar as contribuições singulares. É, enfim, estar em condições de marcar com sua influência, seu ambiente e o curso das coisas”.<sup>6</sup>*

Trabalhar na saúde coletiva tem sido um grande desafio e também um constante aprendizado. Escolho começar pelo início; em contar um pouco da história da saúde, enquanto direito e como exercício de democracia. E qual a relevância em escrever sobre algo que já foi contado tantas vezes e por tantos antes de mim?

A necessidade da escrita deste capítulo vem de minhas conversas com trabalhadores que, assim como eu, viram-se ‘lançados’ ao SUS. Isto acontece, principalmente, em municípios pequenos em que existem poucas ofertas de trabalho e uma das opções é o concurso para o funcionalismo público. Grande parte das vagas é para funções genéricas, que exigem pouca qualificação e baixa escolaridade, como o ‘auxiliar de serviços gerais’ ou ‘receptionista’, que podem ser designados a trabalhar em qualquer setor municipal. Assim, muitos trabalhadores da saúde, em especial os que atuam na chamada ‘ponta’, desconhecem a história da criação do SUS, da AB, da ESF, do CAPS e da RAPS (respectivamente: Sistema Único de Saúde, Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção Psicossocial). Siglas como essas, rotineiramente repetidas pelos trabalhadores são, muitas vezes, esvaziadas de sentido, já que poucas são as capacitações voltadas à essas e outras ocupações. Como já dito antes, minha escrita é voltada aos trabalhadores. Faço, portanto, neste primeiro capítulo um pequeno resgate da história e de conceitos que acredito serem fundamentais à apresentação da pesquisa.

#### 1.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

---

<sup>6</sup> Lhuillier, D. (2013). Trabalho (F. S. Amador, Trad.). *Psicologia & Sociedade*, 25(3), 483-492.

A Constituição Federal, promulgada em 1988, pautou-se em parâmetros de equidade e direitos sociais universais. Chamada Constituição Cidadã, consolidou conquistas e ampliou direitos em vários campos como educação, trabalho e saúde. Foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como ‘direito de todos e dever do Estado’. A inclusão da saúde no texto constitucional gerou um conjunto de leis voltadas à organização e implementação do Sistema Único de Saúde, a “Lei Orgânica da Saúde”, além de inúmeros decretos, portarias conjuntas e portarias normativas do Ministério da Saúde.

Isso ocorreu em decorrência de um longo processo, impulsionado por um movimento social que se denominou reforma sanitária brasileira. A maior parte dos ativistas que iniciaram a reforma sanitária eram pesquisadores, docentes e estudantes, que conseguiram a adesão de sindicatos, associações e profissionais, avançando nos territórios e trazendo a participação de todos os setores, formando um grande bloco sanitário. Mas o fundamental para o movimento foi a aproximação da base social do país, indo a setores populares e comunitários nas periferias, como organizações de bairro e comunidades rurais. (PAIM, 2008)

O país se encontrava em um período pós ditadura, marcado pela desigualdade social, uma perversa distribuição de renda e imensa precariedade de políticas públicas. Assim, o movimento foi ganhando força e o SUS apontava como uma política favorável à construção de justiça social e bem estar entre a população brasileira. Com a implantação do sistema de saúde não se buscava apenas curar e prevenir enfermidades; mas também, e principalmente, a conscientização e a politização dos populares e dos trabalhadores de saúde. (PAIM, 2008)

O SUS despontava como um forte instrumento para uma ampla reforma social e a democratização do estado brasileiro. Como mostra disso, ressalto os princípios que passaram a ser considerados fundamentais ao SUS: a **universalidade** de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a **equidade**, que garante que não haja distribuição padronizada e homogeneizante das ofertas no campo da saúde e sim, mais ofertas à quem precisa de mais e a **integralidade** da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. (CAMPOS, 2007)

Foram usados conceitos trazidos da medicina comunitária, das décadas 50/60 e da Atenção Primária à Saúde, decorrentes das discussões sobre Cuidados Primários em saúde, na Conferência de Alma Ata<sup>7</sup>, redefinindo o paradigma da assistência em saúde. A declaração de

---

<sup>7</sup> Diante de um quadro de grande adversidade econômica e social, a Organização Mundial de Saúde reuniu em 1978, representações de 144 países, por ocasião da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde em Alma Ata (URSS).

Alma Ata propõe os ‘cuidados primários de saúde’ como a grande saída para os problemas do setor, entendendo-os como “essenciais, fundados sobre os métodos e uma tecnologia prática, cientificamente viável e socialmente aceitável, universalmente acessíveis aos indivíduos e às famílias da comunidade”<sup>8</sup>.

Surgiram propostas focadas em intervenções locais e se deu forma a um modelo de participação comunitária. Desta vertente, originou-se uma das diretrizes mais originais e inovadoras do SUS em relação a outros sistemas nacionais de saúde: a gestão participativa com controle social do governo pela sociedade civil. (CAMPOS, 2007)

Dentro da perspectiva de reestruturação desse sistema, o Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais e municipais, colocou em prática nos anos 90 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que instituía a figura do ACS como um tipo de vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde, permitindo que o serviço passasse a conhecer os usuários, no ambiente em que viviam, antes mesmo que adoecessem. O Programa, que teve início, de modo experimental, em algumas áreas do Nordeste (e outros lugares, como o Distrito Federal e São Paulo) era uma tentativa de buscar alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades.

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou oficialmente uma proposta de mudança ao modelo tradicional de assistência em saúde, pautado na biomedicina - fragmentado, tecnicista, hospitalocêntrico e centrado na doença – que havia se mostrado incapaz de atender com eficiência e justiça as necessidades de saúde da população. (BRASIL, 1994)

Esse novo programa proposto, que incluía a ação dos ACS, foi nomeado Programa de Saúde da Família (PSF) e tinha como objetivo:

“Proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção passou a ser centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas”.

(BRASIL, 1998)

O PSF logo deixou de ter as limitações de um programa focal, setorial e expandiu limites. Ele mudou a forma de ver o cuidado em saúde, reorganizou a Atenção Básica e consolidou os princípios do SUS; portanto, não poderia mais ser lido como um programa. O Ministério da Saúde promoveu, então, a mudança de *programa* para *estratégia* em 1997. Em

---

<sup>8</sup> La Declaration D’Alma Ata; Organisation Mondiale de la Santé; 12 setembro 1978, pág.1

2006, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 648, de 28 de março, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), assumindo um posicionamento claro sobre o que considera Atenção Básica à Saúde. Em 2011, através da Portaria MS/GM no.2.488, a PNAB foi atualizada pelo Ministério da Saúde, respeitando diversas leis, portarias e decretos presidenciais anteriormente deliberados – bem como o processo de integração das ações de vigilância em saúde e Atenção Básica, e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como forma prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil. (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011)

Como Estratégia, a Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2011)

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. (BRASIL, 2006)

Constitui-se como a grande base ordenadora do cuidado no SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Apresenta ainda como fundamento o acesso universal e contínuo a serviços de saúde, sendo caracterizada como a porta de entrada do sistema de saúde; devendo efetivar a integralidade em seus vários aspectos inclusive na coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita; valorizar os profissionais de saúde por meio de sua formação e capacitação; avaliar os resultados como forma de planejamento e programação e estimular a participação popular e o controle social. (BRASIL, 2006)

Dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, de fevereiro/2013, apontavam que, no ano de 2012, 95% dos municípios brasileiros contavam com um total de 33.404 equipes implantadas, abrangendo em

torno de 55% da população brasileira. Em 2016, as equipes de saúde da família tiveram cobertura estimada de 63,62%, com 40.067 equipes implantadas em 5.382 municípios, sinalizando um aumento significativo. (BRASIL, 2016)

Entretanto, existem importantes diferenças na cobertura, no acesso e na oferta de cuidados, em parte em função de mecanismos de gestão e das desigualdades sociais do país. Compreende-se que esse déficit de cobertura da Atenção Básica, em especial da Estratégia de Saúde da Família, relaciona-se também, diretamente, com a dificuldade por parte da gestão e dos atores envolvidos na produção de saúde compreenderem a lógica dessa estratégia e de seu potencial de transformação da qualidade do cuidado em saúde, a partir da territorialização dos serviços. (BRASIL, 2012)

Em setembro de 2017, foi publicada uma nova PNAB<sup>9</sup> que vem provocando críticas de organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Dentre outras mudanças, a PNAB de 2017 retira a obrigatoriedade de um número mínimo de ACS, integra as ações de ACS às ações de Agentes de Controle de Endemias (ACE) e revoga a prioridade dada à Estratégia Saúde da Família (ESF) na organização do SUS, flexibilizando a cobertura dos territórios e permitindo outras configurações de equipes que favorecem o fortalecimento do modelo biomédico e curativo. Assim, antes mesmo que a ESF tenha conseguido avançar significativamente, criam-se condições para a expansão da AB tradicional e colocando em risco princípios como Universalidade e Integralidade.

A respeito das unidades da AB é importante ressaltar que em muitas localidades, incluindo o município no qual sou trabalhadora, a implantação de ESF se deu de forma muito diferente do planejado. Além de estar longe da cobertura integral, contamos com o que chamarei de ‘puxadinho da UBS’: onde era originalmente um espaço exclusivo da UBS foram criadas novas salas para a equipe da ESF. O que seria provisório virou definitivo, mantendo-se uma certa confusão entre quem são os usuários e trabalhadores de cada unidade.

---

<sup>9</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. A PNAB 2017 está articulada com agendas de desmonte das políticas de proteção social, desresponsabilização do estado e perda de direitos como a EC 86/2015 que retirou os recursos do pré-sal como fonte de receitas para o SUS; e a EC 95/2016, que congela por 20 anos recursos para Saúde e educação.

Além disso, com a recente e repentina saída dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos,<sup>10</sup> em novembro de 2018 (após manifestação contrária a Cuba feita pelo recém eleito presidente brasileiro), os municípios tiveram que se reorganizar para suprir vagas, sendo que, vários meses após a saída dos médicos, algumas unidades continuavam à espera de novos profissionais, principalmente em localidades distantes dos grandes centros e/ou com maiores vulnerabilidades<sup>11</sup>. A reposição dos profissionais, ainda que prevista pelo programa, trouxe de volta um antigo problema: regiões afastadas e/ou vulneráveis ficaram descobertas. Para suprir essa necessidade, municípios não contemplados pela reposição de médicos precisaram contratar com recursos próprios alguns médicos (nem todos capacitados para o cuidado integral ou com perfil para a atuação na Saúde da Família).

A realidade das equipes de Atenção Básica vem demonstrando que, no cotidiano, elas se deparam com questões de saúde mental. Existem componentes subjetivos associados a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Assim, por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico, assim como já procedem em relação a qualquer agravo da saúde física, por assim dizer. (BRASIL, 2005)

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o documento “La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria”, no qual enfatizava a importância do aspecto emocional na atenção à saúde: “É impossível alcançar saúde se não se cuida das necessidades emocionais” e reforça que “as tarefas de saúde mental não são uma nova carga para os serviços de atenção primária; pelo contrário, aumentam a efetividade desta”. (OMS, 1990, p.10)

Com a implementação das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde (RRAS), em particular, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) sobre a qual irei tratar no item a seguir, e a

---

<sup>10</sup> O Programa Mais Médicos foi criado em julho de 2013 por meio de Medida Provisória que foi convertida em Lei em outubro do mesmo ano, após intenso debate junto à sociedade e tramitação no Congresso Nacional. O Brasil tinha uma proporção de médicos por habitante significativamente inferior à necessidade da população e do SUS. Esses médicos estavam mal distribuídos no território, de modo que as áreas e as populações mais pobres e vulneráveis eram as que contavam – proporcionalmente – com menos médicos. Muitas cidades não tinham médico residindo no território do município e grandes contingentes populacionais não contavam com acesso garantido a uma consulta médica.

<sup>11</sup> Segundo o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS dos 5.570 municípios do país, 3.228 (79,5%) só possuíam médicos pelo programa e 90% dos atendimentos da população indígena eram feitos por profissionais de Cuba.

necessidade de articulação nos territórios para um cuidado integral, é fundamental aprender sobre os movimentos e práticas existentes para a produção de uma nova realidade psicossocial.

A implantação das RRAS é uma proposta que convoca mudanças no modelo de atenção, com enfoque nas necessidades de saúde. Visa organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira. De acordo com a Portaria GM/MS nº 4279/10, as RRAS são definidas 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 num determinado território. São caracterizadas pela formação de relações horizontais organizadas, sistematizadas e reguladas entre a Atenção Básica e os demais pontos de atenção do sistema de saúde. Todos os pontos de atenção à saúde são, igualmente, importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. (BRASIL, 2010)

No entanto, apesar da instituição das redes, o cuidado da saúde mental ainda tem sido abordado como uma especialidade, objeto principal de psicólogos e psiquiatras e com atendimentos muitas vezes realizados fora dos territórios, em unidades como os Ambulatórios de Saúde Mental<sup>12</sup> e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Além disso, as ações de atenção psicossocial, que visam o desenvolvimento de projetos de vida, produção social e melhora da qualidade de vida acabam sendo fragmentadas, em função da dificuldade do desenvolvimento do trabalho em rede, ficando essas ações restritas, mais uma vez, aos serviços especializados, comprometendo a interlocução e a corresponsabilização do cuidado dos usuários com sofrimento psíquico pela Atenção Primária. (YASUI E COSTA-ROSA, 2008)

Esse movimento acaba retirando o usuário, cada vez mais de seu território e dificultando práticas inclusivas. Assim, torna-se importante conhecer e compartilhar experiências em que as equipes atuem sob a ótica da Atenção Psicossocial e o Cuidado Integral nos territórios.

## 1.2 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A publicação da Portaria 3.088, de 26 de dezembro de 2011, veio regulamentar de forma detalhada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pelo Decreto Presidencial nº

---

<sup>12</sup> Estes equipamentos vinham sendo desativados e voltaram a integrar a RAPS através da resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, que estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial.



7508/2011. Nela, estão descritos os principais serviços e ações que oferecem atenção psicossocial no país para pessoas com sofrimento intenso ou transtornos mentais, incluindo aqueles decorrentes do uso prejudicial de drogas.

A Deliberação CIB – 87, de 03 de dezembro de 2012, aprova o Termo de Referência para a implantação das Redes Regionais de Atenção Psicossocial, que expressa estratégias e compromissos do Estado de São Paulo para implantação desta Rede. Este termo busca garantir o fortalecimento do processo de implantação das RRAS; o acesso qualificado do cidadão, com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, ao cuidado integral e comunitário, na produção de autonomia e no reconhecimento da liberdade como valor em saúde; o desenvolvimento da Redução de Danos como estratégia de cuidado centrado nas necessidades do usuário; e a implementação, ampliação e articulação da RAPS, territorial e substitutiva ao modelo asilar. A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012)

A RAPS é constituída por alguns serviços, programas e estratégias articulados. São pontos que integram a Atenção Básica em saúde, a Atenção Psicossocial especializada, a atenção de urgência e emergência, a atenção residencial de caráter transitório e a atenção hospitalar, além das estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. Contando com múltiplas modalidades de cuidado, sua finalidade é melhorar o acesso da população à atenção psicossocial, além de integrar e articular os pontos de atenção à saúde no território. (BRASIL, 2013)

A articulação em rede dos variados pontos de atenção promove a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento psíquico. Essa rede é maior, no entanto, do que o simples conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede de atenção psicossocial conforma-se a partir da Atenção Básica e de seu território na medida em que são, permanentemente, articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. Para a organização dessa rede, a noção de território é, especialmente, orientadora, já que representa não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, instituições, redes e cenários nos quais se dá a vida comunitária. (BRASIL, 2005)

A Política de Saúde Mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde iniciada na década de oitenta, com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de cem mil pessoas com transtornos mentais. O movimento, impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar, alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um

modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços não hospitalares com forte inserção territorial. (AMARANTE, 1998; YASUI, 2010)

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios<sup>13</sup>. Extrair loucura e sofrimento do plano teórico racional que os situam como “doenças” implica promover uma torção nas designações de doença e cura, deslocando-as para a noção de “existência sofrimento” que leva em consideração questões subjetivas na relação dos sujeitos com a sociedade. O campo técnico de atuação vê-se, desde então, radicalmente modificado:

“Aos trabalhadores de saúde mental cabe menos “curar” e mais “cuidar”, sendo que ‘cuidar’ significa ocupar-se aqui e agora, para que se transformem os modos de viver e de sentir o sofrimento do paciente e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana que alimenta este sofrimento”.  
(ROTELLI, 1990, p. 18)

A atenção às pessoas em sofrimento psíquico passou a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica organizar serviços abertos, com participação ativa dos usuários e formar redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura), constituindo-se como um modelo de assistência orientada pela noção de Cidadania e Direitos Humanos.

O conceito da Atenção Psicossocial, definido por Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), aspira à uma nova lógica, uma outra fundamentação teórico-técnica e outra ética, que não mais as do paradigma psiquiátrico. De acordo com esses autores este conceito quando relacionado às políticas públicas de Saúde Mental, tem a pretensão de incluir os vários aspectos que fazem parte da vida do ser humano, como componentes do sentido amplo que se pretende articular, ou seja, aspectos políticos, econômicos e culturais, colocando a Atenção Psicossocial como uma Estratégia de cuidado.

Segundo Yasui e Costa-Rosa (2008), a Estratégia Atenção Psicossocial tem como horizonte ético os princípios do SUS, as heranças históricas das Reformas Psiquiátricas e a própria Atenção Psicossocial. Devemos situá-la dentro do novo Paradigma Psicossocial que

---

<sup>13</sup> É importante sinalizar que desde o final de 2017 tiveram início significativas modificações nos programas e repasses de recursos para a Rede de Atenção Psicossocial, trazendo novos riscos à Reforma Psiquiátrica e à manutenção da atual Política de Saúde Mental.

luta nas brechas do paradigma dominante nas práticas do campo da Saúde Mental Coletiva, o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. (COSTA-ROSA, 2000)

“O conjunto amplo de transformações práticas e de proposições teóricas, éticas e políticas, que se corporifica e se vivifica na atual Política de Saúde Mental brasileira, é suficiente para podermos falar em Estratégia Atenção Psicossocial (EAPS), no mesmo sentido em que o Ministério da Saúde propõe e define a diretriz política da Estratégia Saúde da Família (ESF)”. (YASUI e COSTA-ROSA, 2008.p.28)

O desafio que se coloca é, ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, com características tradicionalmente excludentes, habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade. Essa é uma discussão necessária a fim de avançarmos em direção ao exercício de uma estratégia territorial baseada numa rede de práticas e dispositivos, onde a Atenção Psicossocial aconteça de fato, como Estratégia e que não se restrinja apenas ao modelo de cuidado dentro das unidades como os CAPS.

Isso aumenta a importância de se levar a saúde mental para além do SUS, porque se faz necessário ampliar a discussão do redirecionamento da assistência às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais aos diversos setores da sociedade, colocando em pauta as suas diversidades.

Um serviço de base territorial é um serviço de portas abertas que está localizado perto de onde o usuário vive. É onde estão seus amigos, sua família, as instituições que frequenta (como a unidade de saúde, sua igreja, a escola), os lugares e pessoas com os quais tem contato na vizinhança e, como consequência, onde circulam seus sentimentos, afetos e laços sociais. Dessa forma, entende-se que o cuidado à saúde das pessoas é muito mais potente nesse território, onde a sua rede social pode auxiliá-lo no tratamento e no alívio do seu sofrimento.

Além disso, a aproximação das ações de saúde mental dos territórios deve contribuir para que as comunidades estejam melhor preparadas para incluir, sem estigmatizar, a diversidade que o sofrimento e a loucura, assim como o uso de drogas, expressam.

A Atenção Psicossocial (AP) como Estratégia vem acontecendo lentamente nos territórios, ainda que a AP tenha sido proposta apenas como ferramenta dos CAPS. É relevante sinalizar que, mesmo os Centros de Atenção Psicossocial nem sempre operam na lógica da AP, ainda que assim tenha sido proposto, enquanto que alguns serviços da AB, experimentam a AP como ferramenta. Uma vivência dessa realidade se deu ainda nos primeiros anos em que recebemos o Programa de Aprimoramento em Saúde Mental (por volta de 2003), quando

tentávamos criar, já naquele período, novas possibilidades de inclusão e respeito aos muitos modos de existir.

As discussões sobre os modos de cuidar da saúde mental motivaram a criação de um espaço coletivo na região que serviu durante alguns anos como uma possibilidade de apoio na organização de uma rede intersetorial, voltada ao cuidado da saúde mental sob a ética da atenção psicossocial. Esse espaço, abordado por Lima<sup>14</sup>, era o Fórum Permanente de Saúde Mental da região de Ourinhos (FPISMO). Para Lima (2013),

“Analisar a constituição de espaços coletivos nos remete aos principais conceitos da Política Nacional de Humanização, como a aposta no protagonismo dos sujeitos, valorização dos profissionais e seu trabalho, das rodas (espaços coletivos de discussões e decisões) através da gestão participativa, da mudança no acolhimento, da clínica que seria ampliada e o cuidado que priorizaria o sujeito e não a doença, de modo a produzir conjuntamente com esse sujeito um projeto terapêutico único. O espaço coletivo convoca às reflexões e decisões conjuntas e coletivas, as quais podem interferir na forma de acolhimento e clínica realizada pelo profissional na prática”. (LIMA, 2013, p. 51)

Esse e outros espaços tão potentes acabam, algumas vezes, sendo substituídos novamente por reuniões protocolares e prescritivas, silenciando trabalhadores e limitando movimentos e possibilidades. Na tensão dos processos vivos de trabalho e nessa disputa de poderes, pode-se, ao contrário, investir no encontro de saberes como estratégia de resistência. É preciso apostar na Atenção Psicossocial como uma *Estratégia* de atenção e cuidado, disponível e ao alcance da Atenção Básica, especialmente das equipes de Estratégia de Saúde da Família.

### 1.3 INTEGRALIDADE E CUIDADO

A Integralidade constitui um princípio e, ao mesmo tempo uma diretriz para a organização do SUS. Deriva, originariamente, de uma noção proposta pela Medicina Integral, vinculada a um movimento de ideias que gerou a Medicina Preventiva nas escolas médicas

---

<sup>14</sup> LIMA, D. B. O espaço fórum como apoio na formação da rede intersetorial regional em saúde mental: desafios e potencialidades. 2013. 127 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2013.

americanas na passagem da década de 1940 para 1950 (PAIM, 2006)<sup>15</sup>. Esta proposta nasceu da crítica frente à fragmentação e ao reducionismo praticado por especialistas da medicina, cujo conhecimento ressaltava as dimensões biológicas em detrimento das considerações emocionais e sociais. (MATTOS, 2006)

Segundo a Lei 8080/1990 (BRASIL, 1990) o conceito de integralidade da assistência é definido como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Destaco o uso do termo Integralidade como um modo de organizar os serviços; significando a base para a implementação de redes e entendendo que, para suprir as diferentes necessidades dos usuários, é fundamental a integração de diversos pontos de atenção, com padrões tecnológicos próprios, sem os quais não seria possível atender a todas as necessidades dos usuários em um único serviço. (MATTOS, 2006)

Mas, dos muitos sentidos que a integralidade pode ter, é crucial acrescentar o produzido por Cecílio (2001), que articula a integralidade com as necessidades de saúde. Segundo Cecílio, necessidades de saúde são muito amplas - vão desde as boas condições de vida ao direito de ser acolhido, escutado, desenvolver vínculo com uma equipe que se responsabilize continuamente pelo cuidado e ter acesso a todos os serviços e tecnologias que se façam necessários. Tomar a integralidade como eixo da atenção implica tomar as necessidades de saúde como referência para organizar os serviços e as práticas de saúde, de fato, a partir do usuário e dessas necessidades.

Mas, ao restringir as necessidades de saúde como um problema biológico, há uma redução dessas necessidades e a ação do profissional fica centrada em procedimentos, esvaziada de interesse no outro, com pouca escuta. Segundo Feuerwerker e Merhy (2009), as ações de saúde têm perdido sua dimensão cuidadora e, apesar dos contínuos avanços científicos, elas têm perdido potência e eficácia. Essa dimensão cuidadora precisa estar baseada em um conceito de saúde, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integre os aspectos físico, mental, ambiental, pessoal e social e, que para os usuários do SUS, tem sido frequentemente associado ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

Nos territórios, a integralidade pode ser observada em pequenas ações de cuidado. Tomo como exemplo para abordar essa dimensão cuidadora um determinado sujeito que costuma

---

<sup>15</sup> PAIM, J.S. Desafios para a saúde coletiva no século XXI [online]. Salvador: EDUFBA, 2006, pp. 1-6. ISBN 978-85-232-1177-6. Available from SciELO Books.

passar pela unidade de saúde onde a pesquisadora atua. Esse sujeito já circula pelos espaços há muitos anos. Entra na cozinha e se serve, para nos corredores ao lado de trabalhadores e participa das conversas por alguns minutos; depois vai embora do mesmo modo que chegou e só conversa quando e com quem deseja. O fato a ser destacado é que de uns anos para cá decidiu que não quer mais ser chamada pelo antigo nome (masculino) e quer ser chamada pelo nome que escolheu (feminino). Ali, e por outros cantos da pequena cidade, sente-se à vontade para ser quem é. Simples assim: um dia chegou à recepção e marcou uma consulta. Disse seu novo nome. Agendaram a consulta. Naquela recepção ninguém foi orientado sobre o uso do nome social, muito menos sobre haver uma lei que lhe garante esse direito. Todos a conhecem. Esse é seu modo de existir. A respeitam. Esse cuidado reconhece suas necessidades e subjetividades. E esse cuidado foi possível sem qualquer protocolo, prescrição ou por determinação de uma Política.

“Práticas sociais fabricam saberes e territórios existenciais. Sem apostar em outras práticas sociais, capazes de fabricar, na vida, outros saberes e outros territórios existenciais, o SUS não consegue se fabricar em seus princípios de equidade, universalidade e integralidade”.<sup>16</sup> (FEUERWERKER, 2014, p. 77)

A relevância da formulação de políticas para a Atenção Básica, que englobem o cuidado em saúde mental, estaria justificada no direito do usuário de encontrar em sua unidade de referência, uma estratégia de acolhimento articulada com os demais dispositivos assistenciais presentes, na rede de atenção. Deste modo, o conceito de integralidade, como organizador das práticas, exigiria uma certa “horizontalização” dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades desenvolvidas pelas unidades.

Assim, uma questão cara a esta pesquisa é a cisão conceitual e prática que os serviços costumam realizar. Existem práticas para o cuidado da Saúde Física e práticas voltadas ao cuidado da Saúde Mental. Quando ressaltamos a importância da integralidade, levando em conta todas as características dos sujeitos e ainda assim, o cindimos em mente X físico, de que modo essa Integralidade é praticada no cotidiano dos serviços?

Outro aspecto fundamental da Integralidade é que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Integra atos preventivos e curativos; individuais e coletivos; de baixa e

---

<sup>16</sup> FEUERWERKER, L.C.M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014, p. 77

também de alta complexidades, percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere, valorizando os conhecimentos individuais e das comunidades, apostando na construção da autonomia para o próprio cuidado.

Para Boff (1999) cuidar é a base do ser humano, desde seu nascimento até sua morte. Sem o cuidado, a pessoa definharia, perderia o sentido de sua existência e como consequência morreria. Cuidar é entendido como a afirmação da capacidade do ser humano para com seu semelhante, presente até no gesto mais simples. Afirma que “cuidar é mais que um ato; representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”

Encontramos em Franco, T. B. e Galavote, H. S.:

“Nos primórdios da civilização a medicina não era concebida enquanto um saber científico, o cuidado se dava com base no conhecimento instintivo, na sensibilidade de cada um, na busca pelo conforto, o alívio da dor e sofrimento. Não havia um saber-soberano, que fosse colocado acima dos outros saberes e que fosse instituído como critério de verdade, julgamento sobre o que é, e como deve ser o corpo, muito menos sobre as práticas de cuidado. O saber então era reconhecido como algo de posse de todos, e portanto validado coletivamente. O que significava alívio diante do sofrimento era transmitido oralmente às gerações como conhecimento de si. Do saber de si extraía-se também o ato de cuidar. Gestos singelos como por exemplo a mudança de posição sobre o leito para a busca do conforto, eram expressão de que, um sujeito em sofrimento era ao mesmo tempo objeto e sujeito do cuidado.” (FRANCO E GALAVOTE, 2010, p.181)

É necessário partirmos do pressuposto de que o cuidado se realiza com base em encontros que se estabelecem entre os trabalhadores e deles com os usuários, indo além das relações de trabalho e da promoção de saúde. As relações do encontro são intercessoras entre os que se encontram, ou seja, há um protagonismo mútuo, do trabalhador e do usuário, na produção do cuidado (MERHY, 2002). O cuidado em saúde é, então, uma ação integral fruto do ‘entre-relações’ de pessoas, ou seja, uma ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

Para os serviços, isso significa criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das ações demandadas pela própria população a partir de experiências individuais de sofrimento, ações voltadas para a prevenção. Para os profissionais,

isso significa incluir no seu cotidiano de trabalho rotinas e processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas e menos vinculadas à experiência individual do sofrimento. E não bastam ações restritas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem as práticas de cuidado.

“De todo modo, considerando as necessidades, há todo um território de produção que faz todo o sentido e é indispensável para os usuários: há uma expectativa de ser cuidado, de poder contar com trabalhador / equipe que o conheça ou venha a conhecer, que o escute, que se interesse, que o informe, que ajude a diminuir seu sofrimento, que tenha disposição e ferramentas para vincular-se e responsabilizar-se, juntamente com o usuário, pela construção de um plano de cuidados.” (FEUERWERKER, 2011, p.101)

#### 1.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída como estratégia para formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde através da Portaria do Ministério da Saúde nº 198 GM/MS/13 de Fevereiro de 2004. Foi alterada e substituída em 20 de agosto de 2007 pela Portaria nº 1.996, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e, no decorrer dos últimos anos, mesmo com a publicação de novas portarias, os principais ajustes feitos foram apenas à respeito do financiamento e uso de recursos. O conceito e a importância da EP foram mantidos. (BRASIL, 2004; Brasil, 2007)

Para Durão et al. (2007, p. 13):

“[...] a política de EPS busca retomar o sentido ético-político da Reforma Sanitária. No entanto, por tratar-se de uma política ainda em construção, inserida numa conjuntura desfavorável à ampliação dos direitos sociais, seus rumos ainda estão por definir-se”.

Diversos autores apresentam conceitos sobre a Educação Permanente. Dentre eles, destaco Ceccim (2005b, p. 977). Ele descreve que:

“A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os



formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola”.

Assim, a qualificação dos trabalhadores do SUS deve ocorrer de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar; ou seja: em todos os locais; a partir de cada realidade/necessidade local e regional; envolvendo vários saberes. Diferentemente das capacitações em educação continuada<sup>17</sup>, deve ser entendida como processo permanente, garantido durante a graduação; sendo mantido na vida profissional, mediante o estabelecimento de relações de parceria entre as Instituições de Ensino, os Serviços de Saúde, a comunidade e outros setores da sociedade civil. (BRASIL, 2011)

Ao voltar-se, principalmente, para a formação do profissional em serviço, a Educação Permanente em Saúde busca promover um diálogo reflexivo consigo mesmo e com seus pares sobre os processos envolvidos na prática profissional. Envolve ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Parte de um planejamento/programação educativa ascendente, em que,

“A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde”. (BRASIL, 2012, p. 39)

Portanto, se temos a pretensão de formar trabalhadores críticos, capazes de compreender e atuar na transformação da realidade social e de saúde da população, é fundamental a apropriação da EP como espaço de debate e construção. Diversas políticas e programas de Saúde Pública no Brasil têm estimulado, por meio de princípios e diretrizes, a troca de saberes entre profissionais, o trabalho em equipe e o diálogo entre gestores, trabalhadores, usuários e familiares que constituem os sistemas de saúde, por considerarem que estes são aspectos indispensáveis ao processo de consolidação do SUS. Mas não basta a garantia de espaços formais. A EP precisa ser uma experiência coletiva permanente de problematizações e aprendizagem, dentro e fora de espaços formais.

---

<sup>17</sup> A educação continuada contempla as atividades que possuem período definido para execução e utiliza, em sua maior parte, os pressupostos da metodologia de ensino tradicional. Relaciona-se ainda às atividades educacionais que visam promover a aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de práticas de escolarização de caráter mais formal, bem como de experiências no campo da atuação profissional, no âmbito institucional ou até mesmo externo a ele (Brasil, 2012).

Segundo o documento “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?” de 2018,<sup>18</sup>

“Análises da implementação dessa política nos estados e municípios pelo DEGES (diagnósticos 2013, 2014 e 2015) apontam evidências importantes sobre os avanços e as dificuldades enfrentadas no processo. Entre as dificuldades citam-se a pouca articulação entre gestores, trabalhadores, controle social e instituições de ensino superior; a reduzida implantação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) regionais; a participação incipiente dos gestores municipais; a indefinição de parâmetros para construção dos projetos; a ausência de avaliação acerca dos projetos desenvolvidos, no que tange a suas desejadas mudanças nas práticas de formação, gestão e atenção na saúde; e as dificuldades na utilização dos recursos financeiros”. (BRASIL, 2018, p.14)

Ainda segundo relatório do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), sobre os pareceres técnicos dos projetos analisados, a maioria das ações de EPS constituiu-se em cursos, predominantemente, de curta duração (carga horária até 60 horas) e eventos educativos esporádicos (oficinas, seminários, vivências, fóruns). Portanto, tais ações não contribuem para o progresso dos objetivos principais anunciados pela Política de Educação Permanente, a articulação dos diversos programas já em andamento e a superação de seu caráter fragmentado.

A esse respeito já foi relatado por Fiochi (2015)<sup>19</sup>:

“Na prática, a aposta do discurso oficial da EPS pouco foi realizando daquilo que se propôs, ou seja, a democratização institucional, a mudança de gestão, a implicação dos trabalhadores, a capacidade criativa, bem como aprender, pensar e conhecer. O que se sustenta nas diretrizes, na teoria, nas políticas está longe do que se passa na prática. A EPS vê sua potencial proposta dar as mãos justamente para aquilo que ela critica em sua constituição: a hegemonia do saber”. (FIOCHI, 2015, p. 138)

O que tem sido feito, então? E por que persistir?

---

<sup>18</sup> Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

<sup>19</sup> FIOCHI, P.I.C.Q. Entre laços e nós: (im)possibilidades de um psicanalista nos espaços de Educação Permanente em Saúde. 2015. 168 f. Tese (Doutorado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis, 2015.

Pinto (2016)<sup>20</sup> escreve à respeito da avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que a Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde (SGTES), em especial o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), vinha desenvolvendo desde 2013, junto com gestores municipais e estaduais, instituições de ensino e escolas do SUS, pesquisadores, movimentos sociais e diversos outros atores da saúde que a EPS:

“É muito mais do que ações realizadas com os recursos de EPS do MS. É também mais do que aquilo que as próprias pessoas que fazem reconhecem como tal, ou seja, muita EPS se faz nas unidades de saúde, embora seus próprios agentes não a identifiquem assim”. (PINTO, 2016, p. 27)

Meu contato direto com a EP se deu, inicialmente, por meio do Núcleo de Educação Permanente e Humanização (NEPER-H) do Colegiado Intergestor Regional (CIR) de Ourinhos. Ele foi criado em 2008 e envolvia, naquela época representantes do CDQ-SUS, de duas instituições de ensino e de doze municípios (atualmente são treze municípios), sendo que os representantes dos municípios eram indicados pela gestão.

Esse grupo foi sendo construído a partir de trabalhadores que passaram a se mobilizar para ‘aprender e apreender’ o que era a EP. Apesar de haver ainda muita dificuldade em multiplicar a EP nos serviços como uma prática cotidiana, o grupo persistia. O que mantinha este grupo era baseado não apenas no trabalho e nos objetivos comuns; havia muito diálogo, harmonia e entrosamento.

Mas era necessário lidar com a resistência velada (e revelada) por parte de trabalhadores, gestão e do próprio DRS, além de vários atravessamentos provocados por disputas de poder. Um dos períodos mais críticos se deu quando a coordenadora deste grupo, eleita por ele, foi excluída do núcleo por seu gestor após uma ação de retaliação movida por um representante do CDQ-SUS. Após esse evento, sem que se conseguisse discutir e dar sentido a esses atravessamentos muitos foram deixando esse espaço e parte do trabalho que vinha sendo desenvolvido se perdeu.

Uma das tentativas de apoio se deu com a constituição de pequenos centros integrados de Humanização. Eles tinham como proposta reunir trabalhadores das ‘pontas’ como ACS, técnicos de enfermagem, recepcionistas e quem mais pudesse participar para rodas de conversa. Ali se falava das práticas cotidianas e se discutiam temas necessários à qualificação dessas

---

<sup>20</sup> PINTO, H.A. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: aprender para transformar in GOMES, L.B., BARBOSA, M.G., FERLA A.A. (Organizadores). A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

práticas. Os conhecimentos eram partilhados. Cabe relatar que, também a pesquisadora acabou se afastando desses espaços. Os centros integrados foram dissolvidos, permanecendo em funcionamento o Núcleo de EP, mas com nova configuração.

Hoje percebo que o que sustentava essas discussões e ações era ainda o afeto. Esse era um grupo cujos trabalhadores se apoiavam e fortaleciam nesses espaços de encontro. E assim, fortalecidos, voltávamos às unidades de trabalho. E, apesar das queixas por nos vermos solitários junto às equipes, procurávamos apontar os movimentos de aprendizagem e troca que identificávamos e que não aconteciam dentro os espaços nomeados de EP. Acredito que um caminho possível para o fortalecimento da EP enquanto prática cotidiana seja continuar apontando a EP que acontece à todo o tempo; nos corredores, na recepção e entre atendimentos; sempre que, a partir de nós e problemas, dois ou três reúnem-se para buscar entendimento e novas estratégias.

*Trago no olhar visões extraordinárias  
De coisas que abracei de olhos fechados.*

Florbelá Espanca

## CAPÍTULO 2

### SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

*“O ato de ouvir exige humildade de quem ouve. E a humildade está nisso: saber, não com a cabeça mas com o coração, que é possível que o outro veja mundos que nós não vemos. Mas isso, admitir que o outro vê coisas que nós não vemos, implica reconhecer que somos meio cegos...”<sup>21</sup>*

Segundo a Política Nacional de Humanização<sup>22</sup> (PNH), a proposta do SUS visa um modelo de saúde que amplia a autonomia do usuário no cuidado de si e prioriza a atenção integral realizada por uma equipe que, pressupõe-se, também passa a ter maior autonomia. Essa proposta se encontra na contramão do modelo hegemônico, curativo, médico-centrado e da lógica fragmentada do cuidado. (BRASIL, 2009, 2015)

No cotidiano de trabalho das equipes, uma questão fundamental é a formação e atuação profissional dos trabalhadores que encontram dificuldades práticas em sair desse modelo hegemônico para territorializar suas ações e desenvolver uma clínica ampliada<sup>23</sup>. Temas como escuta, vínculo, acolhimento e projeto terapêutico singular passam a fazer parte das necessidades de aprendizagem nas equipes e se torna fundamental que as equipes contem com espaços de EP para isso. A valorização do trabalho e das práticas em saúde como espaço de aprendizagem deve ser um ato para sua transformação.

Merhy (2002) considera que as tecnologias que permeiam o trabalho em saúde são de três tipos: *duras*- aquelas que utilizam as máquinas e recursos tecnológicos; *leve-duras*- que são operacionalizadas com base em um saber estruturado, como a clínica e a epidemiologia, e as *leves*- que operam no campo das relações e que possibilitam ao trabalhador escutar, comunicar-se, compreender, estabelecer vínculos e cuidar dos usuários. Para ele, a superação

---

<sup>21</sup> “Sobre o ouvir” – Rubem Alves. Ver na íntegra em ANEXO A.

<sup>22</sup> Instituída em 2003, a PNH deixou de ter o caráter de Política de Governo em 2015, quando o MS, apostando em seu caráter transversal, determinou seu redirecionamento para o Apoio às Redes de Atenção à Saúde.

<sup>23</sup> Segundo a Política Nacional de Humanização, Clínica Ampliada é a prática interdisciplinar com proposta de entender o significado do adoecimento e de tratar a doença no contexto da vida. Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É também integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário. Utiliza-se de recursos que permitam o enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis além do enfoque orgânico, incluindo os afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a compreender a doença e se responsabilizar na produção de sua saúde e possibilitando decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS. PNH <<http://www.saude.gov.br/humanizasisus>>

do modelo médico hegemônico implica o gerenciamento das organizações de saúde de modo mais coletivo, coerente com ações em saúde voltadas para uma lógica “usuário-centrada, que permite a construção, no cotidiano, de vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e usuários na formatação das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas”.

Ele propõe ainda que todo processo em saúde seja operado com base no “trabalho vivo em ato”; constituído em práticas criadoras que se efetivem em ações como acolhimento, vínculo e resolutividade, as denominadas tecnologias leves. Ao afirmar que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, mostra que ele não pode ser capturado pela lógica do trabalho morto, expresso por equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado, já que se firma em tecnologias relacionais; nos encontros entre subjetividades.

Segundo Campos et. al. (2008), é comum no imaginário de muitas pessoas que a Atenção Básica seja entendida como algo de menor complexidade, com ações que não necessitam de tecnologias avançadas e nem de qualificação técnica especializada, já que se imagina lidar com problemas simples. Especialmente em Saúde Mental, no contexto da Estratégia Saúde da Família, observa-se uma inversão da complexidade em que, segundo Lancetti (2006) na Atenção Básica as ações devem ser mais complexas, à medida que demandam ações com a família, com as pessoas em crise, com os atores sociais no território em que vivem, contrariando a lógica hegemônica de encaminhamentos a níveis especializados de atendimento segundo sua complexidade.

Investir na promoção de saúde mental e ampliar o cuidado ao sofrimento psíquico de variadas intensidades significa produzir saúde integral. O Ministério da Saúde vem construindo nos últimos anos as diretrizes e condições para que nos municípios com menos de 20.000 habitantes (cerca de 70% dos municípios brasileiros, onde residem 18% da população do país) a rede de cuidados em saúde mental estruture-se a partir da Atenção Básica, obedecendo ao modelo de redes de cuidado de base territorial e buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento. (BRASIL, 2005, p.33)

O cuidado ao sofrimento psíquico na AB tem se mantido na lógica da medicalização, hospitalização e fragmentação do sujeito, por meio da valorização à assistência especializada, especialmente nos casos de sofrimento psíquico intenso. Isso constata-se quando vemos que a saúde mental não é contemplada pelos programas prescritivos do MS para ações primárias de saúde, incluindo a ESF. Entre o que é pactuado pelas Gestões, nos relatórios que alimentam o Sistema de Informações em Atenção Básica (SIAB) e o que é instituído pelas equipes de Saúde da Família na promoção e prevenção de saúde, não há espaço para ações de saúde mental.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA)<sup>24</sup>, as razões para integrar a saúde mental aos cuidados primários são:

1. A carga de perturbações mentais é grande.

As perturbações mentais ocorrem em todas as sociedades. Elas criam uma carga pessoal substancial para os indivíduos afetados e as suas famílias, e levam a dificuldades econômicas e sociais significativas que afetam a sociedade no seu todo.

2. Os problemas de saúde mentais e físicos estão interligados.

Muitas pessoas sofrem tanto de problemas de saúde físicos como mentais. Serviços de cuidados primários integrados ajudam a assegurar que as pessoas sejam tratadas de uma maneira holística, satisfazendo as necessidades de saúde mental de pessoas com doenças físicas, assim como as necessidades de saúde física de pessoas com perturbações mentais.

3. O déficit de tratamento em relação às perturbações mentais é enorme.

Em todos os países há uma diferença significativa entre a prevalência de perturbações mentais, de um lado, e o número de pessoas a receber tratamento e cuidados, do outro lado. Cuidados primários para a saúde mental ajudam a diminuir esta diferença.

4. Cuidados primários para saúde mental otimizam o acesso.

Quando a saúde mental é integrada nos cuidados primários as pessoas podem ter acesso a serviços de saúde mental mais perto das suas casas, conservando assim as suas famílias juntas e possibilitando a manutenção das suas atividades quotidianas. Cuidados primários para saúde mental, ainda, facilitam iniciativas realizadas junto da população e a promoção de saúde mental, assim como a monitorização e a gestão a longo-prazo de indivíduos afetados.

5. Cuidados primários para saúde mental promovem o respeito pelos direitos humanos. Serviços de saúde mental prestados em cuidados primários minimizam o estigma e a discriminação. Também, eliminam o risco de violações de direitos humanos que podem ocorrer em hospitais psiquiátricos.

6. Cuidados primários para saúde mental são acessíveis em termos de custo e apresentam um boa relação custo-benefício.

Serviços de cuidados primários para a saúde mental são menos caros que hospitais psiquiátricos para os pacientes, comunidades, assim como para os governos. Além disso,

---

<sup>24</sup> Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca) 2008. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global.



pacientes e famílias evitam custos indiretos associados com a procura de cuidados especializados em locais distantes. O tratamento de perturbações mentais comuns tem uma boa relação custo-benefício, e investimentos por parte de governos podem trazer benefícios importantes.

7. Cuidados primários para saúde mental geram bons resultados em termos de saúde.

A maioria das pessoas com perturbações mentais que são tratadas com cuidados primários apresentam bons resultados, particularmente quando ligados a uma rede de serviços ao nível secundário e na comunidade.

A Atenção Básica – em especial as equipas de Saúde da Família (ESF) – tem papel fundamental na reestruturação e reorganização dos serviços dos municípios pois, segundo dados do Ministério da Saúde, as queixas psiquiátricas são a segunda causa de procura por atendimento na Atenção Básica pela população, sendo as mais comuns: depressão, ansiedade, fobias e uso abusivo de álcool, dentre outras. (BRASIL, 2010)

Cabe às equipas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>25</sup> ou do CAPS proporcionarem qualificação em saúde mental às equipas de ESF dentro da lógica de Educação Permanente para assegurar a qualidade da assistência prestada e eficácia dos casos atendidos. Isso pode ser um grande desafio em todo o país: a implantação e manutenção de equipas especializadas em saúde mental que, efetivamente, contribuam para que as Equipas de Saúde da Família possam avançar no processo de consolidação das mudanças no cuidado em saúde mental.

Um exemplo de como isso se dá na prática está na região onde se deu a pesquisa: não existe nenhum NASF. Conta-se com três CAPS credenciados na região, mas nenhum deles serve como referência aos pequenos municípios, seja para acompanhamento de usuários, seja para o matriciamento. Assim, a respeito da função de matricular as equipas, nos municípios por onde pude passar, observa-se uma prática já comum: psicólogos da AB costumam contribuir com as reflexões e discussões junto às equipas e/ou trabalhadores da AB. Essa demanda acaba sendo dirigida aos psicólogos por não haver, nos territórios, trabalhadores com outras formações e que atuem na saúde mental. Dada a frequência com que isso é observado, parecia à esta pesquisadora que essa prática era de fato estabelecida como atribuição dos trabalhadores especialistas em saúde mental nos municípios que não contam com NASF nem com CAPS.

---

<sup>25</sup> O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, tendo como principal objetivo 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 a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde.

Esse é um dos muitos exemplos de como há uma política que acontece nos territórios, criada na prática por trabalhadores e gestão na tentativa de suprir aquilo que a política escrita não prevê ou não sustenta.

Uma outra possibilidade de qualificação junto às equipes da AB para o cuidado da saúde mental tem sido por meio de encontros promovidos com formato de EP não apenas na região de Ourinhos, mas também em outras localidades próximas, pertencentes ao mesmo DRS. São projetos desenvolvidos junto ao CDQ-SUS, que visam ainda a ampliação e o fortalecimento da articulação entre serviços, equipamentos e trabalhadores da RAPS.

No entanto, junto ao Grupo Condutor da RAPS de nossa região temos tido dificuldade em ampliar espaços de formação e reflexão, já que as propostas feitas pelo Departamento de Saúde Mental do DRS têm sido no enfoque da ampliação de equipamentos (há uma demanda para a criação de residências terapêuticas para novas desinstitucionalizações), indo na contramão do pedido dos trabalhadores da região, que pedem pela qualificação da AB para o cuidado em saúde mental.

Ressalta-se que as ações de saúde mental na AB 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 (BRASIL, 2003). Essas ações devem estar direcionadas no sentido de promover a saúde da comunidade, prevenindo futuras situações de sofrimento intenso por meio de apoio, escuta, orientação e cuidado aos indivíduos em situação de sofrimento e vulnerabilidade além de atuar na reabilitação de pessoas que estão submetidas a tratamento e cuidados especiais. Precisam também estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica e garantir a promoção da integralidade e da cidadania em um sentido mais amplo, especialmente em relação aos pequenos municípios (grande maioria dos municípios brasileiros), onde não é necessária a implantação de Centros de Atenção Psicossocial.

Conforme afirmam Scarcelli e Alencar (2009)<sup>26</sup>

“A interface da saúde mental com a saúde coletiva se dá a partir do entendimento de que ambos são campos de saber e práticas que têm a saúde como fenômeno social e de interesse público. Esses campos buscam romper com o paradigma biomédico e as tendências normalizadoras e patologizantes, e focar a saúde e não a doença, sendo aquela, um processo determinado por

---

<sup>26</sup> SCARCELLI, I. R.; ALENCAR, S. L. S. Saúde Mental e Saúde Coletiva: Intersetorialidade e Participação em Debate. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol. 1, nº1, jan-abr. 2009 (CD-ROM).

fatores psicossociais, sóciodinâmicos e institucionais.” (SCARCELLI & ALENCAR, 2009, p.8)

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica dos encaminhamentos e visa aumentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local e sua autonomia. (BRASIL, 2007).

A qualificação de um novo modelo assistencial, centrado no usuário e na defesa radical da vida e da cidadania passa, então, pelo reordenamento das relações entre as tecnologias leves e duras, permitindo maior apropriação por parte dos trabalhadores, de ferramentas e tecnologias leves e leves-duras. (MEHRY, 2002)

Considerando que o campo das tecnologias leves não é específico de nenhum profissional, mas faz parte da atuação em todos os serviços de saúde, torna-se fundamental que os profissionais da Atenção Básica e, particularmente da Estratégia de Saúde da Família, usem-nas na promoção de saúde mental e na efetivação da atenção psicossocial como uma estratégia de cuidado.

*“O senhor...Mire, veja: o mais importante e bonito do mundo é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso me alegra, montão.”*

Riobaldo Tatarana, em Grande Serão – Veredas

João Guimarães Rosa

## CAPÍTULO 3

### O MEIO - UM MODO DE CAMINHAR

“Caminante, son tus huellas el camino y nada más;  
caminante, no hay camino, se hace camino al andar”.<sup>27</sup>

#### 3.1 ESTRATÉGIAS

Esta pesquisa se iniciou tendo como fonte de dados documentos oficiais e revisão de literatura. Com a pesquisa bibliográfica realizada a partir de materiais publicados em livros, artigos, dissertações, sites e teses, busquei traçar um referencial sobre os princípios que devem nortear as práticas de promoção e cuidado da saúde mental na AB.

A seguir, deu-se início a fase da pesquisa de campo. Para o conteúdo encontrado em campo, tinha como propósito analisar as práticas de saúde mental desenvolvidas pelos participantes ainda que não nomeadas desse modo pelos mesmos. A ideia era registrar e mapear, no conjunto de ações registradas, aquelas que abrangem a atenção e o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico e que valorizam o cuidado integral.

A mais importante fonte de dados era o trabalhador da AB, porque é ele quem vivencia as situações complexas em relação ao trabalho e ao cuidado em saúde. A proposta incluiu estar presente a encontros; em reuniões, entrevistas e no acompanhamento de visitas. Havia uma previsão de que essa etapa ocorresse durante um período de três a quatro meses, em visitas quinzenais, respeitando o calendário estabelecido pelo coletivo para as reuniões de equipe. Esses encontros, com duração de aproximadamente duas horas, foram gravados para que, posteriormente, houvesse a escuta exaustiva e repetida a fim de se levantar a relevância de temas e ideias centrais.

Os participantes são profissionais integrantes de uma mesma equipe da Atenção Básica e o único critério de exclusão era o não interesse em participar da pesquisa. A equipe toda concordou em integrá-la.

Por buscar aprofundar-se em ações e relações humanas e suas subjetividades, este estudo está articulado ao referencial teórico-metodológico da pesquisa qualitativa. O termo ‘qualitativa’ está associado não apenas à forma como os dados são analisados, mas

---

<sup>27</sup> Caminhante, são tuas pegadas o caminho e nada mais; caminhante, não há caminho, se faz caminho ao caminhar. Antonio Machado. *Proverbios y cantares* in Campos de Castilla. 1917. <http://www.poesi.as/amach164.htm>

especialmente, aos sentidos produzidos nessas relações, apontando as turbulências que nos movem a analisar, dialogar e buscar entender a realidade do campo escolhido. Assim, destaco o uso da abordagem cartográfica<sup>28</sup>.

Cartografar é mergulhar nos afetos que permeiam os contextos e as relações que pretendemos conhecer, permitindo ao pesquisador também se inserir na pesquisa e comprometer-se com o objeto pesquisado, para fazer um traçado singular do que se propõe a estudar. Assim, torna-se importante conhecer, compreender e contar sobre a dinâmica das relações que acontecem, cotidianamente, nos serviços acompanhados; entre os trabalhadores, entre trabalhadores e a gestão, entre trabalhadores e usuários e também entre esses variados atores e a própria pesquisadora.

“No contexto do trabalho em saúde, as cartografias do processo de trabalho buscam visibilizar por meio das relações que se constituem nesse território, as subjetividades que se atravessam, a manifestação do diferente, a produção desejante de certos fluxos de cuidado, e também de “não cuidado”, o contraditório, o inesperado, desvios, estranhamentos, que traduzem o saber-fazer diante do mundo que produz o cuidado nos seus distintos cenários”.  
(FEUERWERKER, 2014, p.32)

Rolnik (2006) chama a atenção para o modo como o cartógrafo se constitui enquanto pesquisador no decorrer do processo de produção do conhecimento ao qual está exposto. Nesse sentido, a cartografia tem como eixo de sustentação a invenção e a implicação do pesquisador, uma vez que, ela se baseia no pressuposto de que o conhecimento é processual e inseparável do próprio movimento da vida e dos afetos que a acompanham. (Rolnik, 1989)

Encontro em Passos e Benevides (2000):

“A noção de implicação, trabalhada pelos analistas institucionais, não se resume a uma questão de vontade, de decisão consciente do pesquisador. Ela inclui uma análise do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que ocupa o pesquisador, daquele que ele busca ocupar e do que lhe é designado ocupar, enquanto especialista, com os riscos que isto implica. Melhor seria dizer, então, análise das implicações, posto que implicado sempre se está. Aquilo para o que as correntes institucionalistas chamam a atenção é a necessidade

---

<sup>28</sup> Cartografia é um termo oriundo da Geografia e registra as paisagens que se conformam segundo sua afetação pela natureza, pelo desenho do tempo como existência, pela vida que ali passa. Seu estudo surgiu no Brasil em 1989, como proposta metodológica oriunda dos estudos da filosofia da diferença, da pragmática universal e como um novo paradigma ético-estético discutido por Gilles Deleuze e Félix Guattari (2000), tendo como expoente inicial da discussão, no Brasil, Suely Rolnik com o livro “Cartografia Sentimental” (1989).

da análise das implicações com as instituições em jogo numa determinada situação. A recusa da neutralidade do analista/pesquisador procura romper, dessa forma, as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido.” (PASSOS, ET BENEVIDES, 2000, P. 73)

Se parto para a pesquisa, como dito na introdução, de um incômodo vivido enquanto trabalhadora da Saúde Mental, minha implicação com o campo e o objeto já está colocada desde o início, antes mesmo que o projeto da pesquisa estivesse sendo construído.

Segundo Merhy (2004) todo pesquisador é sempre um sujeito implicado. No entanto, nem todo sujeito implicado é alvo da sua própria análise. Assim, Merhy institui conceitos sobre o ‘conhecer militante do sujeito implicado’ e seu processo autoanalítico. (MERHY, 2004)

Merhy (2004, p.32) diz que:

“A produção deste saber militante é novo e autoanalítico, individual e coletivo, particular e público. Opera sob os vários modos de se ser sujeito produtor do processo em investigação e em última instância interroga os próprios sujeitos em suas ações protagonizadoras e os desafios de construir novos sentidos para os seus modos de agir, individual e coletivo. Interroga e pode repor suas apostas e modos de ação. (...) Nesse tipo de estudo mais importante do ponto de vista metodológico é a produção de dispositivos que possam interrogar o sujeito instituído no seu silêncio, abrindo-o para novos territórios de significação, e com isso, mais do que formatar um terreno de construção do sujeito epistêmico, aposta-se em processos que gerem ruídos no seu agir cotidiano, pondo-o sob análise. Se aposta na construção de dispositivos autoanalíticos que os indivíduos e os coletivos em ação possam operar e se autoanalisar”. (MERHY, 2004, p.32).

Para esta pesquisa, era preciso então, estar atenta aos agenciamentos e desestabilizações que, no decorrer dos processos de trabalho, poderiam afetar tanto a pesquisadora quanto o campo. Estava ciente, ao iniciar a pesquisa, que seu desenvolvimento seria imprevisível e que, ao final, poderia não estar, de fato, acabada.

Até o momento da qualificação, vinha em busca de que um conceito que pudesse nomear a experiência realizada no decorrer dos encontros com o coletivo de participantes, e ele me foi apresentado ali, naquele momento, por Laura M. Feuerwerker, integrante da banca. Assim, trago o conceito de Pesquisa Interferência, proposto por Moebus (2015).

Na interferência adotamos um corpo que afeta e é afetado. E a cada interferência, a pesquisa se modifica, estando permanentemente nesse estado de afetação, em que pesquisar é sempre um processo inacabado. Segundo Moebus (2015) “o pesquisador não pode mais se

furtar a interferir na pesquisa, mas pode fazer escolhas sobre essa interferência, considerando-a, sim, como parte do agir pesquisador e não como uma distorção, um viés a ser eliminado ou um vício a ser purgado”.

“O corpo, o campo, a escrita e o conhecimento são produzidos na medida em que se lançam nas relações de força nas quais são capazes de interferir e sofrer interferências. Ocorre, na pesquisadora, a ativação de uma vontade de interferir que se constrói em um plano de experimentação. Ela se torna, então, construtora e provocadora a partir das interferências produzidas que lhe fazem vibrar”.  
(FIGUEIREDO ET AL, 2018)<sup>29</sup>

Já que a pesquisa é fruto dos encontros, das forças, das intensidades e dos afetos produzidos no campo de pesquisa, a pesquisadora precisava estar preparada para criar, em ato, outros modos de estar no campo que pudessem se compor com a multiplicidade de subjetividades. Há um entendimento de que a observação, por si só, já produz interferências. Dessa maneira, como nos diz Moebus (2015), a pesquisadora, por si própria, altera o campo, a pesquisa e os participantes pelos encontros que promove.

### 3.2 O DIÁRIO DE CAMPO

Como ferramenta foi utilizado o diário de campo da pesquisadora. De acordo com Minayo (1993) um diário de campo é caracterizado desta maneira:

“...constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa. Falas, comportamentos, hábitos, usos, costumes, celebrações e instituições compõem o quadro das representações sociais.”  
(MINAYO, 1993, p. 100)

Os materiais coletados nos encontros e registrados no diário servem para a análise das relações entre os participantes da equipe e entre a equipe e os usuários do serviço. Mas, ele serve, principalmente, para o registro da relação singular e única estabelecida nesses encontros e de como pesquisadora se coloca no mundo da pesquisa. Trata-se de uma escrita sobre aquilo em que o encontro com o campo nos toca.

---

<sup>29</sup> FIGUEIREDO, E.B.L.; ANDRADE, E.O.; MUNIZ, M.P.; ABRAHÃO, A.L. Research-interference: a nomad mode for researching in health. Rev Bras Enferm. 2019; 72(2):571-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0553>



“A escrita é um campo de vibração onde palavras surgem, juntam-se a outras, para depois se separarem, juntarem-se a outras ainda e desaparecerem ao sabor dos fluxos com os quais o texto está conectado”. (ROLNIK, 2005, p.185)

Para Foucault, o ato de escrever intensifica e aprofunda a experiência de si, abrindo todo um campo de experiências que não existia anteriormente. “Escrever é, portanto, ‘se mostrar’, se expor, fazer aparecer seu próprio rosto perto do outro”. (FOUCAULT, 1992, p. 156) Esse processo de constituição de si, de subjetivação, embora num primeiro momento pareça individual, dá-se no âmbito das relações. É na relação com o outro e no encontro com as diferenças desse outro que se potencializam as possibilidades de transformação de si mesmo.

Antes mesmo que minha participação no campo se iniciasse, houve um encontro em que fui apresentar a proposta à gestão. Eu ia ao município pela primeira vez e, no trajeto, tive um imprevisto com o carro. Precisei informar que estava a caminho mas parada, sem previsão de chegada ou por quanto tempo me atrasaria. Ao chegar, uma hora e meia atrasada, fui recepcionada pelo gestor, seu assessor e a enfermeira da equipe, com chá e bolo. Sinalizo aqui que, desde o início, a sensação de acolhimento e certo pertencimento me rodearam. Impossível abordar o campo da pesquisa sem colocar em análise quanto este campo promoveu, naturalmente, implicações.

No território onde a pesquisa foi realizada, encontrei muitas semelhanças com o que vivo, no cotidiano, enquanto trabalhadora. Afinal, a construção dessa pesquisa partiu de minhas inquietações sobre o campo do cuidado da saúde mental. Algumas das situações relatadas por esta equipe se parecem, profundamente, com situações vividas por minha equipe, me fazendo refletir sobre como me encontro, por vezes, cercada de impedimentos e quase desencantada. E esse desencantamento, que pode nos fazer desistir, é o que na maioria dos dias nos obriga a criar e recriar novas possibilidades e buscar brechas, incessantemente.

Para Deleuze (2002) todo o corpo vivo tem o poder de ser afetado e deixar no corpo a presença do outro que o afetou. Assim, havia a questão de como, eu também, seria afetada ao acompanhar os movimentos e acontecimentos. Questionava-me sobre como a equipe me receberia e se estariam de fato à vontade com minha presença, já que estaria acompanhando também as ‘intimidades’ do grupo. E percebi que, de certa forma, a pesquisa estava trazendo problematizações a respeito dos conhecimentos e das práticas que, tanto eles quanto eu, possuíamos sobre saúde mental.

No caminhar da pesquisa, durante o processo para coleta de dados, evidenciou-se que da mesma forma que passei a conhecer as pessoas e a comunidade, assim me tornei conhecida por elas. Não só os indivíduos e a comunidade se modificaram diante da pesquisa, como

também a pesquisadora viu à si mesma e à sua atuação modificadas. A inclusão da pesquisadora no campo deu-se de forma tão intensa que, no momento em que seria o encerramento, houve uma demanda para que participasse de um novo espaço de discussão a respeito de conteúdos e formas de cuidado sobre os quais acreditavam não possuir conhecimentos.

Em meu diário estavam registrados inúmeros sentidos e afecções que o *cuidar* despertava em mim. Segundo Feuerwerker e Mehry (2015, p.444) “Cuidar de si é pressuposto para cuidar dos outros, dá potência ao trabalhador da saúde para sua produção cotidiana. E o processo autoanalítico pode criar esse efeito na equipe”.

Foi possível gravar quase todo o percurso (decidi não gravar as visitas porque envolviam a presença de usuários do serviço), o que me permitiu estar livre para anotar apenas aquilo que desejasse; principalmente minhas impressões e afecções. Com as anotações que aconteceram durante e após os encontros pude reconstruir parte da trajetória. Registrei, ainda, alguns lembretes e recados compartilhados comigo por integrantes da equipe. Eram mensagens anotadas em momentos diversos; de sofrimento e angústia e de êxito e alegria. Ali estão muitas vozes. O diário foi importante tanto nos momentos em que registrava memórias e rascunhava pensamentos quanto no momento de análise, especialmente por conter as relações de implicação e interferências produzidas durante a pesquisa.

Ressalto que todos os trabalhadores da equipe, incluindo os novos, que passaram a integrar a equipe durante o processo de pesquisa, mostraram-se muito receptivos e acolhedores. Fica evidente quanto trabalham de modo integrado, disponíveis e abertos inclusive às novidades. Essa característica, que promove uma boa acolhida, deixou-me bastante à vontade para, de fato, interagir. Em nenhum momento precisei me colocar de modo distanciado; nunca fui apenas observadora. Fui convidada a participar também dos momentos descontraídos de confraternização ao final dos encontros (comum entre o grupo) e pude sentir na forma da acolhida um pouco de como os usuários igualmente se sentem. Conversando com a nova dentista e o novo médico, após, aproximadamente, um mês de suas atividades, também eles se sentiam acolhidos e integrados.

Voltei-me ao diário para tentar compreender a necessidade de estender o tempo proposto inicialmente. Dos três ou quatro meses planejados em princípio, a investigação em campo levou o dobro, foram oito meses. O tempo foi objeto de análise também. Houve algumas trocas e ajustes nas datas, em respeito ao movimento de EP, mas essa não foi a única razão para o alongamento do prazo; os encontros tornaram-se ricos. Havia ainda mais a observar. Além disso, um dos desdobramentos da pesquisa foi uma proposta para um novo período junto à equipe.

Como a pesquisa e esta equipe me afetam? O que mobilizam? Penso em Espinoza. A ética de Espinoza é a ética da alegria. A alegria, essa sim, poderá nos levar ao amor no cotidiano e na convivência com os outros. A alegria é o que há em comum entre os corpos, quando eles estabelecem relações e o conhecimento só pode ser considerado em sua plenitude, quando ele toma parte nos afetos. Assim, falar em ética das paixões, e especificamente de um cultivo das boas paixões, implica falar de encontros que produzam paixões alegres. Uma boa vida se trata, então, de uma seleção de bons encontros.

A pesquisa proporcionou tantos bons encontros com os trabalhadores e também com os usuários dos serviços, pelos quais os trabalhadores falam. Nesta perspectiva é que as conversas do cotidiano e as narrativas contribuíram neste trabalho: dando voz aos sujeitos por meio dos interlocutores presentes. E ainda dando vez aos diversos saberes presentes no espaço e tempo da organização do cuidado em saúde.

### 3.3 A CONSTITUIÇÃO DE UM CAMPO

O município onde atuo pertence a uma região intergestora composta por 13 municípios e na busca por um campo que pudesse contribuir à minha pesquisa, voltei-me aos pequenos municípios desta região. Por possuírem menor número de equipamentos e serviços, os municípios contam quase que exclusivamente com a atuação da Atenção Básica para promoção e atenção em saúde. Além disso, as equipes precisam se desdobrar, de forma intensa, para atender, de modo ainda mais próximo, aos usuários e suas necessidades em saúde.

Como colocado desde a apresentação, seria difícil delimitar um campo e falar exclusivamente sob a ótica de uma pesquisadora. Após experimentações variadas como trabalhadora e como facilitadora, sou atravessada por essas vivências ainda durante o processo de investigação da pesquisa. Assim, apesar de nomear um território e uma equipe para o momento da investigação, é importante ressaltar que as reflexões e construções se dão a partir da ideia que há um ‘campo ampliado’ de pesquisa, que inclui todo meu percurso profissional, como trabalhadora da saúde coletiva, em particular como trabalhadora da saúde mental na AB, e as interferências que essas vivências causam também ao território.

Para a escolha desse campo escolhi como primeiro critério, que o município tivesse até 20.000 habitantes e, assim, que não contasse com equipamentos especializados da RAPS. Esses equipamentos, os CAPS, em suas diferentes modalidades, quando presentes no município, são responsáveis não apenas pelo acompanhamento dos usuários e seus familiares e ainda pela articulação entre os serviços e o matriciamento das equipes da AB. Desejava eleger um campo

em que a AB fosse prioritariamente responsável pelas ações em saúde mental. Como pretendia acompanhar ações de uma equipe por meio de encontros e reuniões, meu segundo critério era que as reuniões de equipe fizessem parte da rotina na unidade. A instituição das reuniões demonstra a organização de um serviço que discute e reflete sobre suas práticas. O terceiro critério era que tanto gestão quanto equipe estivessem abertos à presença e participação da pesquisadora.

Apesar de atuar em um município de menos de 20.000 habitantes, escolhi não realizar ali a pesquisa por saber que não se enquadravam em um dos critérios; as equipes do município onde trabalho possuem muita dificuldade em manter as reuniões como rotina. Além disso, acreditei que, por estar muito envolvida e por já conhecer bastante o território, teria dificuldade em me posicionar como pesquisadora. Buscava, também, conhecer novos territórios, novos sujeitos e novas práticas.

A proposta foi apresentada a dois municípios que se enquadravam nesses critérios. Mas um deles me informou que a prefeitura, pressionada por queixas da população, havia determinado uma redução nas reuniões de equipe. Essa decisão foi acatada pela gestão, contrariando o entendimento de que o trabalho em equipe e as trocas constantes entre as diferentes categorias de trabalhadores, com toda a sua diversidade de conhecimentos e habilidades, são fundamentais para o desenvolvimento de ações de cuidado de excelência. Com isso, considerei que este município não apresentava condições para servir como campo naquele momento e passei ao contato com o outro município, por meio da gestão. No momento em que fiz a proposta, ficaram bastante entusiasmados, acreditando que também a equipe iria sair beneficiada, já que, disseram-me, acreditavam que eu poderia contribuir com o ‘desenvolvimento’ da equipe.

A uma equipe se inscreve determinada população do território, que pode variar entre 600 a 1.000 famílias. Articula-se assim a ideia de vínculo dos usuários para com os profissionais, que deverão se responsabilizar para o cuidado à essa clientela. O formato de atenção e assistência proposto no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, tem como aspecto central a localização territorial, que delimita a área de responsabilização de uma determinada equipe. É, portanto, nesse território que se encontram as informações disponíveis no campo da epidemiologia e vigilância à saúde, necessárias para a definição de que práticas serão adotadas pela equipe de Saúde da Família.

“O território é um conjunto de sistemas naturais e artificiais que engloba indivíduos e instituições, independentemente de seu poder. Deve ser considerado em suas divisões jurídicas e políticas, suas heranças históricas e

seus aspectos econômicos e normativos. É nele que se processa a vida social e nele tudo possui interdependência, acarretando no seu âmbito a fusão entre o local e o global. Como decorrência, as equipes de SF precisam conhecer a realidade do território em suas várias dimensões, identificando as suas fragilidades e possibilidades, figurando-a como algo vivo e dinâmico”.<sup>30</sup> (BRASIL, 2010b, p.18)

Com população estimada em 2015 de 7.567 habitantes, o município conta com 100% de cobertura de Saúde da Família. Atualmente, possui três unidades de Estratégia de Saúde da Família, além de contar com uma UBS que funciona como Pronto Atendimento, com horário estendido, aberta até 22h, já que não possuem qualquer outro serviço de urgência e emergência como hospital ou pronto socorro.

A pesquisa foi realizada junto a uma equipe que conta com 16 trabalhadores, incluindo: 1 enfermeira, 2 técnicas em enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar saúde bucal, 1 médico, 1 farmacêutica, 6 agentes comunitárias de saúde, 1 recepcionista, 1 estagiária e 1 auxiliar de serviços gerais. Essa unidade foi a primeira ESF a ser inaugurada no município, em 2002, há, aproximadamente, 17 anos, sendo que a trabalhadora mais antiga está lá há quase 16 anos. No decorrer desse período foram realizados vários acréscimos à equipe, e também várias trocas de profissionais. São responsáveis, atualmente, pelo acompanhamento de 851 famílias, que totalizam aproximadamente 3100 usuários.

Durante o período de levantamento e acompanhamento para a pesquisa, aconteceram duas trocas de médico, uma de dentista e o acréscimo de um agente comunitário de saúde. Ainda, foi iniciada uma reforma para ampliação e adequações nas instalações. Destaco a informação de que esta unidade é considerada como modelo de atuação na cidade, pela forma de organização do trabalho, pela forte unidade entre os profissionais, que desempenham suas funções de modo colaborativo e integrado, e pelo comprometimento por parte da equipe.

É importante ressaltar que na localidade pesquisada conta-se com alguns poucos atendimentos especializados, sendo necessária para esses fins, a utilização de recursos em municípios próximos e ficando ao encargo das equipes da Atenção Básica, centralizar tudo o que diz respeito ao acompanhamento de seus usuários.

No entanto, a troca entre equipamentos e serviços na região não contempla o acompanhamento especializado em saúde mental, já que em relação à RAPS não houve

---

<sup>30</sup> Brasil. 2010. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família - Série A. Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica, n. 27.p. 18

pactuação regional até o momento. Os casos de urgência psiquiátrica são direcionados a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em outro município, localizado a trinta e cinco quilômetros e, havendo necessidade de internação, é solicitada uma vaga à Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS). O município conta com um psiquiatra e um psicólogo, que atuam como clínicos na UBS.

*Para que as luzes do outro sejam percebidas por mim*

*Devo por bem apagar as minhas*

*No sentido de me tornar disponível para o outro.*

Mia Couto

## CAPÍTULO 4

### CAMINHAR - UM PERCURSO FEITO DE ENCONTROS

*“Não havíamos marcado hora, não havíamos marcado lugar. E, na infinita possibilidade de lugares, na infinita possibilidade de tempos, nossos tempos e nossos lugares coincidiram. E deu-se o encontro”.*

Rubem Alves

#### 4.1 A CHEGADA E OS ATRAVESSAMENTOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Em meu primeiro encontro em campo, os trabalhadores da equipe me receberam. Foi explicado que a pesquisadora estaria presente às reuniões de equipe durante, aproximadamente, quatro meses, em encontros quinzenais; o que equivalia a acompanhar oito encontros. Compartilhei um pouco de meu percurso, contei sobre minha chegada à pesquisa e qual minha intenção: observar como se dá o cuidado da saúde mental naquele território. Curiosos, fizeram algumas perguntas sobre como se deu a escolha daquela localidade e sobre minha atuação enquanto trabalhadora da saúde. Dispostos, ouviram meu relato, interagiram e me incluíram prontamente.

Como já mencionado, a gestão havia sinalizado que acreditava que a pesquisadora acabaria também contribuindo para o crescimento da equipe; e isso, ainda foi repetido nessa apresentação inicial por alguns integrantes. Questionados sobre essa expectativa, mostraram que a presença de um psicólogo, ainda que no papel de pesquisadora, seria enriquecedora. Assim eles me acolheram.

O primeiro passo foi começar a frequentar essas reuniões, registrando os diálogos, questionando e conhecendo o trabalho desenvolvido. A agenda da equipe contempla encontros quinzenais, previamente estabelecidos e divulgados junto à população. Nessas datas, a unidade fica fechada por algumas horas e os usuários do serviço já estão orientados a esse respeito.

Um dos encontros mensais desta unidade serve para reunião de equipe propriamente dita e a outra data para Educação Permanente em Saúde. Minha proposta inicial era participar apenas das reuniões de equipe, por acreditar que nesses encontros poderia visualizar melhor os movimentos de cuidado. No entanto, pareceram priorizar o espaço de EP, justificando que conversam e discutem demandas e casos diariamente, em pares, sempre que necessário, e, com



isso, vi que era fundamental que estivesse presente também aos encontros de Educação Permanente.

Logo no início do período em que acompanhei esses encontros houve um movimento regional em que foi solicitado pelo CDQ-SUS que os municípios se articulassem para a elaboração de um plano municipal de EP e, como integrante do Núcleo de Educação Permanente, passei a encontrar com a enfermeira desta equipe também em algumas das reuniões do NEPER-H, junto ao CDQ-SUS. Isso causou à equipe, uma necessidade de reorganização dos encontros, dada a urgência em responderem à esse pedido, provocando um movimento de demanda igualmente à pesquisadora, no sentido de me incluírem nas discussões, com pedidos de colaboração.

A equipe havia elaborado no início do ano um cronograma com temas de interesse e, por meio de um revezamento, a cada mês, um membro da equipe abordava um desses temas, previamente preparado. Acompanhei apenas uma dessas apresentações já que, em seguida houve a suspensão dessa programação para que fosse possível a elaboração do plano municipal de EP. Pareciam entender que o exercício da EP se restringia a levantar, apresentar e discutir os temas, por meio de informações ou vídeos localizados na internet, que eram encerrados naquele único encontro. Era dessa forma que utilizavam os encontros para EP e me pareceu que nem mesmo o levantamento dos temas seguia-se a uma problematização do seu processo de trabalho.

Mas, a Educação Permanente em Saúde pode muito mais. Pode possibilitar a reorganização dos trabalhos na gestão, na atenção e no controle social, que podem ser construídos coletivamente. Ela possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento dos serviços e o desenvolvimento pessoal daqueles que ali trabalham. Mas é necessário para isso, que os trabalhadores se apropriem de seus conhecimentos e se identifiquem como gestores do próprio trabalho. É necessário que se coloque em análise as práticas de cada encontro com os usuários e que se reconheça a microgestão em sua atuação.

Segundo Fernandes e colaboradores<sup>31</sup>, o *aprender a aprender* na formação dos profissionais de saúde deve compreender o *aprender a conhecer*, o *aprender a fazer*, o *aprender a conviver* e o *aprender a ser*. Falamos em qualificar profissionais para lidar não apenas com as práticas em saúde, mas também, e especialmente, com questões da vida e da sociedade.

---

<sup>31</sup> Fernandes, J.D.; Ferreira, S.L.A.; Oliva, R; Santos, S. Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. Rev. Enfermagem 2003;56(54):392-395.

Tornou-se importante, então, que eu apresentasse aqui os atravessamentos da EP. Esclareço: cheguei ao mestrado com uma pergunta que me acompanhava há algum tempo: como a AB lida (ou pode lidar) com a saúde mental? E repetidamente afirmei que isso vinha de meu incômodo por acreditar que a AB *pode mais e sabe mais* a esse respeito. E, ainda que aposte na EP como estratégia para que a AB se aproprie de suas potências e saberes, não era sobre a EP que planejava abordar nesta pesquisa. A Educação Permanente tem acompanhado minha vida profissional. Durante os últimos anos integrei núcleos, estudei e me envolvi com a EP. Vivenciei uma Formação de Educação Permanente em Saúde<sup>32</sup> que investia no reconhecimento de práticas e saberes existentes no cotidiano do trabalho e apostava na produção de novos sentidos no ‘fazer saúde’. Esse, aliás, foi um processo que instigou e mobilizou meu interesse pelo mestrado. Poderia ter escolhido abordar, exclusivamente, questões sobre o uso da Educação Permanente e escolhi não fazer isso. Acreditei que deixaria de lado a aprendizagem significativa e afetiva promovida por meio dos espaços de EP. E o que ocorre é que os caminhos de minha pesquisa foram atravessados pela EP.

#### 4.2 ACOMPANHANDO A EQUIPE

No primeiro dia em que acompanhei esta equipe, pude observar que discutiram sobre a retomada de alguns grupos, suspensos nos últimos meses. Alguns participantes apontavam a importância desses espaços.

Esses grupos são organizados segundo algumas temáticas de cuidado como tabagismo, puericultura e vida saudável (prevenção e atividades físicas). A equipe contou como funcionam; seus projetos, os convites e a adesão dos usuários e ainda as dificuldades (em conseguir recursos e maior adesão da comunidade).

Ao contarem sobre alguns desses grupos, um deles se destaca, e me explicaram:

*“Era um coral, aberto para qualquer pessoa, sabe? Quando começou vinham poucas pessoas e foi muito difícil.... Ah, é porque quando o grupo começou vinha um surdo, um depressivo e uns outros assim, como explico? Bem problemáticos, sabe? Era gente cheia de problema, que queria vir todo dia na unidade, mas cada dia ’tava com um problema novo. Tinha até um surdo, já pensou? Um coral com surdo? A gente teve muita dificuldade para adequar a proposta com um grupo assim, e tinha que sair porque era já p’rá apresentar o coral numa festa”.*

---

<sup>32</sup> Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde – EPS em Movimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

O coral era coordenado pela dentista mas todos contribuíaam. A equipe se revezava para estar com o grupo. Chegaram a organizar a apresentação e algumas outras mais e o coral durou um tempo. Essa atividade acabou sendo transformada em um grupo para crianças e ainda existe, mas coordenada por outro setor.

Por ser uma atividade que acontecia fora do horário de expediente, em que também os trabalhadores se divertiam, parecia à equipe que servia para promoção de lazer e, por isso, não era vista como promoção de saúde e de vida. Após seu encerramento (enquanto atividade desenvolvida pelos membros da equipe) não houve nenhuma discussão ou avaliação a respeito dos efeitos da atividade no sentido de melhorar a qualidade de vida dos sujeitos. Mas, o que mais se destaca é que foi um grupo que conseguiu dar um lugar a sujeitos que tinham pouca visibilidade no território.

À medida que passei a frequentar os encontros, fui descobrindo singularidades desse coletivo, conhecendo um pouco sobre cada integrante da equipe e, cada vez mais, refletindo sobre o sentido do trabalho coletivo para esta equipe.

Uma das situações que mobilizou o grupo foi trazida por uma integrante:

*“Ainda não tive retorno do gineco (ginecologista) sobre o grupo para as meninas. Será que conseguimos juntar com a demanda da Saúde na Escola? E também temos que ver se podemos usar o espaço e o horário do grupo do CRAS.”*

Explicaram que reconhecem no território um certo número de adolescentes que procuram o serviço porque desejam engravidar. São jovens de, aproximadamente, quinze anos. Preocupados com um possível aumento de gravidez na adolescência, querem formar um grupo que dê orientação e suporte às jovens, acreditando que poderão ampliar a discussão sobre sexualidade, infecções sexualmente transmissíveis e também gravidez. O médico concorda com as preocupações trazidas e diz que é preciso pensar em estratégias para abordar as jovens, começando por aquelas que buscam consulta para pedir anticoncepcionais. A farmacêutica sugeriu a prescrição de medicação injetável, por ser mais eficaz e lhes garantir maior autonomia. Ou seja, a partir da observação de uma situação envolvendo algumas adolescentes, a equipe passou a discutir estratégias e se mobilizaram enquanto coletivo para uma nova oferta de cuidado.

Este território possui uma população que se diferencia do restante do município. É uma população com muitas vulnerabilidades. Há uma demanda maior em vários aspectos como o fato de estarem mais distantes, geograficamente, da região central e por isso o deslocamento ficar comprometido. Existe, ainda, um grande número de idosos que moram sozinhos, o que faz com que os profissionais precisem colaborar com ações extras. Há alta incidência de

usuários com dependência de substâncias sem oferta de qualquer programa. Isso tudo se agrava com um número muito significativo de analfabetos, o que dificulta o seguimento das orientações. As ações do município, voltadas às maiorias, nem sempre parecem considerar essas características singulares. Isso mobiliza nos trabalhadores (enquanto sujeitos comprometidos com o cuidado, e, muitas vezes, identificados aos usuários em seu sofrimento) o envolvimento em situações e problemas para os quais sentem não possuir competências ou preparo.

Algumas vezes, sem governabilidade sobre algumas dessas demandas, trazem para si, atribuições que seriam de outros. Uma das situações em que isso apareceu foi relatado como uma crise em relação ao setor de agendamento. As ACS da equipe eram incumbidas de levar aos usuários informações sobre os agendamentos, mas foram “barradas de obter informações” e orientadas para que os próprios usuários se deslocassem até o setor para obter, eles próprios, as informações. Diziam-me naquele momento que era um problema na comunicação entre os setores e eu apontei que não era um problema de comunicação; o que tinha acontecido era uma decisão da gestão, que ouviu um pedido do agendamento e tomou uma decisão que, ao entendimento da equipe, contrariava as necessidades da população. Ocorre que muitos desses usuários eram idosos e/ou moravam bastante afastados e essa mudança causou muito desencontro e sofrimento aos usuários. Trabalhadores se queixaram na reunião de que não haviam sido consultados sobre o fluxo no território e sentiam que as medidas tomadas causavam piora no acompanhamento. Mas não conseguiam reverter sozinhos a situação e precisavam encontrar estratégias para articular o fluxo entre os usuários e o setor de agendamento, mesmo que isso não fosse, claramente, papel da unidade. Foi em nosso encontro que consideraram a possibilidade de convidar a gestão para abordar a situação; precisavam falar por si e pelos usuários. E isso foi feito. À gestão foram propostos alguns ajustes que seriam colocados em experimentação e avaliação.

Mas, ficou ainda para uma futura discussão coletiva como poderiam contribuir para aumentar a autonomia dos sujeitos em situações como essas, para que não precisassem ‘falar’ sempre por eles. Sabe-se que há ainda muito que se investir, não apenas naquela localidade, em espaços que fortaleçam a participação social e a gestão compartilhada.

“Trabalhador de saúde que vê sua autonomia ameaçada por mecanismos sutis (ou nem tão sutis) de captura, uniformização e padronização, não poderá, de forma verdadeira, contribuir para o fortalecimento da autonomia daquele de quem cuida. O trabalhador só poderá entender e, o que é mais importante, praticar o conceito de que estar sadio é manter, recuperar ou ampliar a autonomia no modo de administrar a vida, na medida em que vivenciar sua

própria autonomia, cultivada e amadurecida, a cada dia, nas relações concretas que estabelece com os demais atores que constroem a sempre precária realidade organizacional. Sua autonomia referenciada, da forma mais plena possível, à autonomia do outro - um encontro de autonomias”. (CECILIO, 2007.p. 350)

Neste território, ouvi algumas queixas a respeito de sobrecarga e acúmulo de funções. Tenho ouvido, em outros espaços, queixas como essas, além de outras como: pouco ou nenhum incentivo para o trabalho, má remuneração e falta de escuta e apoio por parte da gestão. A dinâmica do trabalho nas unidades de saúde decorre de muitas pressões em relação às demandas e da fragmentação do trabalho, sendo necessária a cooperação constante entre toda a equipe de saúde. Nesse sentido, para que haja reflexão sobre os processos de trabalho a ponto de se produzir mudanças nas práticas, parte-se do incômodo, da percepção de que o modo de fazer ou pensar é insuficiente ou insatisfatório para dar conta dos desafios do seu trabalho. Por isso é tão urgente a valorização dos espaços de discussão e formação.

Em um dos primeiros encontros fui informada que estavam sem médico há duas semanas. Explicaram-me que ele saiu por várias razões. Mas, com certo aborrecimento, disseram-me que:

*“Na verdade, ele não estava nada bem. Ele perdeu a avó, muito próxima, que o criou, e que não estava conseguindo lidar com isso, sabe? Andava se isolando, às vezes se fechava na sala e não saía por nada! Se tinha visita para fazer, enrolava, a gente via que não queria ir, ainda mais se tinha algum idoso para ver, aí que não ia mesmo! A gente até tentou dar apoio, a gente sabe que demora p’rá superar, mas foi ficando difícil. Aí juntou com outros problemas e ele acabou saindo”.*

Falavam sobre a impressão de que não havia mais o que fazer, já que dependia fundamentalmente dele, mas pareciam entristecidos por não terem podido contribuir mais. Uma das ACS que disse ter tentado se aproximar do médico para apoiá-lo, passou a falar sobre como se sentem em algumas situações e começou a contar sobre um senhor, usuário do serviço, recentemente, diagnosticado com câncer em estágio terminal. Ao falar sobre o caso, chorou e foi acompanhada por outra colega. Naquele momento passaram a apontar quanto também precisam de cuidados. Uma delas dizia:

*“A gente precisava ter visto, ter percebido que o caso era grave. Mas nem a família percebeu. Ele ’tava mais magrinho, parece que quase não comia, mas quando a d. Neide (esposa) perguntava, ele dizia que ’tava bem, que só não tinha fome. O que é que a gente devia ter feito? (...) Sabe, quando o meu avô ficou doente, eu não conseguia ficar*

*lá na casa dele, dava até dó de ver. Ajudei, peguei os exames, levei pro dr. ver e ajudei minha avó em tudo, mas ficar lá, isso não dava não. Só de lembrar a situação, dói. Fico pensando como a família 'tá agora....”*

A ACS foi acolhida pelo grupo, que passou a contar sobre outras situações que geram angústia. A mim, ficaram questões sobre como lidam com as fragilidades e impossibilidades do cotidiano. Isso trouxe a revelação de como cuidam também de seus sofrimentos: informalmente, entre eles, mesmo quando a causa desse sofrimento está relacionada ao próprio trabalho e sem a garantia de um espaço de continência às angústias cotidianas.

Esta é uma unidade onde os acolhimentos são realizados por qualquer integrante que esteja disponível. Costuma ser a enfermeira, porque é ela quem faz os pedidos de exames e por ficar mais tempo dentro da unidade, mas não é uma regra.

E a enfermeira nos contou:

*“Hoje, logo cedo, veio d. Cida; aquela, tadinha, que tá com a filha presa... ela vem sempre chorando, a coisa na casa dela é mesmo muito difícil. E ela vem sempre. Às vezes porque tá doente mesmo, mas às vezes vem só p'rá desabafar. E a gente ouve. Ela é muito sofrida por causa da relação com essa filha e ainda tem que criar os netos. Mas, hoje, quando ela me pegou, e começou a chorar, eu falei, Ah, d. Cida, não chore não, porque hoje também não estou bem e choro junto. Gente! Sabe que ela parou de chorar, tadinha, e veio do meu lado? Deu a mão e disse: conta!”*

Esse tipo de vivência, em que os sujeitos do cuidado, igualmente, podem se colocar como cuidadores, mostra uma relação que acontece, horizontalmente, entre sujeitos reais, afetados pela vida, que compartilham experiências. Empatia e afeto atravessam as relações e podem contribuir para um cuidado apoiado em solidariedade, corresponsabilização e autonomia.

O reconhecimento de que uma equipe possui autonomia depende ainda da percepção de que cada um é responsável pela gestão de seu próprio trabalho. A cada encontro, em uma nova situação, que acontece em um novo contexto, e a cada nova tomada de decisão, aí se dá a micropolítica. É o que nos afirma Mehry (2014); que todos fazem gestão. E se reconhecemos que todos são gestores, e que ninguém é uma ‘caixa vazia’, é fundamental trocarmos os conhecimentos e vivências para aprendermos uns com os outros. Entre trabalhadores, entre trabalhador e usuário, entre gestão e trabalhador. Assim aprendemos: *nos* encontros, *com* os encontros e *sobre* os encontros.

Torna-se evidente a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo, que valorize os saberes singulares que cada um possui,

incluindo os conhecimentos dos usuários do serviço. Isso contribui para o fortalecimento da autonomia e para a emancipação dos sujeitos; para o cuidado de si, da família e do seu entorno. É um convite para a construção de novos modos de cuidar que prescindem da tutela e do controle e que questionam o lugar de detentor do saber que profissionais de saúde aprenderam a ocupar.

Em uma das reuniões de EP a discussão era sobre Aedes. Aliás, foi preciso que desmarcassem a reunião anterior por causa de um mutirão de limpeza na cidade. O território está sem nenhum caso de dengue há anos. Mas reclamavam que algumas famílias não aderiam, não seguiam as orientações. Reclamavam das dificuldades com essas famílias, chamadas problemáticas, que não seguiam as orientações. Uma ACS me explicou que tem 287 famílias em sua microárea. Dessas, cinco famílias não aderem. Perguntei o que achavam que estava faltando para essas também darem certo.

*“Punição, ter consequências. Nós já conseguimos a aprovação da lei, mas ninguém é multado! Canso de chamar V., que é da vigilância sanitária para ir com a gente nessas casas, mas ele não aparece. Eu ameaço o dono da casa, digo que vai ter advertência e se não cuidar, vai ser multado. Mas não adianta falar. Porque não tomam uma atitude?”*

Resolvi, então, mudar minha pergunta. Perguntei sobre a imensa maioria em que o trabalho funciona. *O que faz dar certo? Por que não existem mais casos novos registrados? O que ela faz de especial para que funcione com 282 famílias?* A resposta demorou, mas veio:

*“É que a gente conhece cada um, e conversa com toooooo mundo! Tem uma que me entrega a chave da casa se ela vai ter que sair, assim posso entrar e fazer a vistoria na casa. Tem um senhor, que me vê lá longe e volta p’rá casa, p’rá esperar eu chegar, mesmo que tenha coisa importante p’rá fazer. E tem uns, que se a gente encontra por aí, mesmo fora do horário, vem conversar, confia, conta coisa que é coisa de família. É questão de confiança, sabe?”*

Apontei que quando estabelecemos uma relação de confiança e fortalecemos o vínculo, falamos em saúde mental. Houve uma expressão de surpresa ao perceberem o quanto a forma de se relacionar com os usuários é propícia para a promoção de saúde mental.

Em um dos encontros contaram sobre uma invasão que ocorreu à unidade. Era um usuário que entrou correndo e se trancou em uma das salas. Acontece que naquela sala estavam duas funcionárias que foram tomadas de susto e custaram a entender o que acontecia, já que o rapaz, também assustado, apenas gritava repetidamente: *“tá armado!”*. Logo depois entraram dois sujeitos, à procura dele, armados. Deram uma olhada rápida e foram embora. Em seguida,

a mãe do usuário chegou, a procura do filho e explicou que estavam atrás do rapaz por dívida de drogas e saíram, às pressas, sem que a equipe tivesse condições de fazer qualquer coisa.

A médica contou sobre esse rapaz, que estava com um pedido de internação. Seguiu-se uma discussão sobre a situação, parte da equipe acreditando que o pedido de internação era para fugir dos cobradores e outros membros da equipe acreditando que, de toda forma, havia um pedido de ajuda. Afinal, por que se esconder, justamente, na unidade? E como ajudar em uma situação extrema como essa? O que cabe à equipe? Isso trouxe à tona a questão das internações; que entendimento essa equipe tem a respeito da finalidade das internações? Contaram sobre o grande número de pedidos para internação e que acreditam que a maioria são apenas para fugir de confrontos.

*“Vende tudo o que tem, aí ele vai na biqueira e depois para fugir da dívida, pede internação”.*

Falaram sobre a necessidade de entender melhor o que pode ser oferecido pela AB. E nas próprias falas, perceberam certo pré-conceito, ainda mais se considerarmos que conhecem esses usuários da vida lá de fora da unidade, não apenas do trabalho. Algumas vezes, por conhecerem as histórias, torna-se difícil não fazerem pré-julgamentos.

A farmacêutica disse:

*“Eu mesma, que atendo todo dia dispensando remédios da saúde mental, não tenho preparo. Não conheço nada sobre as doenças, sobre como lidar com essas pessoas. Esses dias estive lá uma paciente, que tinha saído de internação não fazia nem 10 dias. Foi pedir mais remédios e deu p’rá ver que ela não estava nada bem. Mas eu não sei como ajudar, nem sei direito o que é a esquizofrenia que ela tem.”*

Prontamente a equipe disse ter necessidade, mais que apenas interesse ou curiosidade, em ampliar seus conhecimentos. Pediram apoio e lamentaram não poderem contar com a presença de um psicólogo para discussão de casos e que acompanhasse em visitas. Mas, contaram, animados sobre o novo médico. Disseram que ele se interessa muito pelos casos da psiquiatria e que se surpreende com a facilidade com que os usuários chegam já contando abertamente sobre a dependência ou o uso de substâncias. Percebem que há muitos pedidos de ajuda que passam despercebidos e que podem estar mais abertos à isso, já que, agora também contam com um médico tão interessado pela saúde mental.

Pude acompanhar as ACS em algumas visitas e à respeito de uma das famílias que visitaríamos, uma delas me contou:

*“Um dia o dr. chegou na sala e perguntou: Nossa! P’rá quem é tudo isso de remédio? É que eu estava organizando os remédios, na mesa, para d. R. e o dr. ficou bobo com a*



*quantidade de remédios p'rá uma mesma pessoa. Ele sentou e quis organizar. Puxou p'rá ele. Começou a olhar um por um, trocou um que estava duplo, sabe? Ela tomava dois p'rá mesma coisa. Conseguiu diminuir uns dois outros remédios porque um cortava o efeito do outro. Ela passa no vascular, no cárdio (cardiologista), no psiquiatra, no neuro (neurologista) e ainda no ortopedista. Quando eu assumi essa família, era uma lata de remédios, tudo misturado, inclusive coisa vencida. Isso há 5 anos atrás, custou p'rá ela aceitar minha ajuda. Mas eu insisti”.*

Diz que, desde então, a situação melhorou muito. Mas a paciente ainda não compreende a organização e acha que a estão prejudicando, já que precisa de uma quantidade menor de remédios. A psiquiatra, desavisada, ouvindo a queixa em consulta, passou outra vez mais remédios. Foi preciso retomar e refazer as orientações já feitas. E o trabalho vem seguindo apesar da falta de articulação entre os profissionais.

Houve ainda uma outra visita que acompanhei, desta vez a algumas puérperas. Elas já vinham sendo acompanhadas pela equipe e a visita era apenas para combinar uma ida à cidade vizinha nos próximos dias. Elas iriam, com seus bebezinhos, para acertar a doação de leite materno. Estavam motivadas e empenhadas em contribuir para que outros bebês fossem cuidados. Mães, algumas também em vulnerabilidades, se solidarizando com outras famílias, dividindo um pouco dos cuidados que recebem. O que eu vi nessas visitas foi bastante tocante, até mesmo porque uma delas havia ‘entregue’ seus primeiros filhos para outras famílias, e agora, oferecia seu leite para outros bebês. No entanto, as ACS que acompanhavam estas famílias pareceram não perceber que esse é um trabalho que valoriza a função de maternagem, podendo mobilizar ainda mais subjetividades que a participação nos, tão comuns, grupos de gestantes realizados quase que protocolarmente em muitas unidades da AB (e também ofertados por aquela equipe).

A respeito das muitas interferências que aconteceram a partir do encontro da pesquisadora com o campo, trago um marcador usado em dois momentos. Logo ao iniciar minha participação junto à equipe, utilizei parte de uma questão que constava em um questionário formulado<sup>33</sup> para contribuir com a investigação. A pergunta, feita de modo informal, durante o primeiro encontro, era:

*“Dentre suas atribuições, você considera que desenvolve ações de promoção e/ou cuidado da saúde mental?”*

---

<sup>33</sup> O questionário completo encontra-se em ANEXO C.

A equipe pareceu não dar muita importância à pergunta naquele momento; disseram que encaminhavam os ‘pacientes’ ao médico psiquiatra e/ou à psicóloga. Também disseram que, quando necessário, cuidavam do pedido de internação psiquiátrica.

Ao encerrar o período de investigação, voltei a fazer a mesma pergunta, de modo mais completo e pedi que me enviassem as respostas por escrito.

A pergunta feita foi:

*“Dentre suas atribuições, você considera que desenvolve ações de promoção e/ou cuidado da saúde mental? Se sim, cite exemplos dessas ações. Caso considere que não, diga as razões para que não esteja ligado(a) a essas ações”.*

Recebi respostas muito similares entre si. Falavam sobre as diferentes formas de cuidado; sobre acolhimento, escuta e como se reconheciam nas práticas de saúde mental. Uma das respostas que recebi foi:

*“Se isso me fosse perguntado há algum tempo, teria dito que não. Nunca antes havia enxergado o que faço em minhas visitas como um trabalho em saúde mental. Para mim, a menos que fosse um paciente psiquiátrico, não envolvia saúde mental. Agora, depois do dia que foi em visita comigo<sup>34</sup>, consigo ver que tem saúde mental em tudo o que faço, com os nossos idosos, que muitas vezes estão sozinhos e só precisam de alguém com quem conversar um pouco, nossas gestantes, muitas vezes despreparadas para o que vão viver, e até com as nossas crianças, no desenvolvimento delas. Pensando nisso, tem saúde mental em tanta coisa que não dá nem p’rá contar. Hoje acho que sim, cuidamos da saúde mental. Até da nossa!”*

Penso em uma frase encontrada na internet e atribuída à Jaya Magalhães: "Depois do abraço, ninguém notava, mas sempre voltávamos trocados: um levando o coração do outro."

#### 4.3 ENCERRAMENTO – NOVAS ARTICULAÇÕES?

Durante todo o percurso da pesquisa, a cada encontro, aconteciam trocas entre o grupo e a pesquisadora. Eram questionamentos, percepções e reflexões a partir de posicionamentos pessoais e profissionais. Algumas dessas discussões eram, claramente, precipitadas pela presença da pesquisadora e pelo movimento da pesquisa. Em muitos desses momentos ainda se

---

<sup>34</sup> A ACS refere-se a um dos encontros em que a pesquisadora saiu a campo acompanhando as visitas programadas para aquela microárea.

falava sobre como os integrantes da equipe experimentavam nossos encontros e que conhecimentos estavam sendo construídos nesse processo.

Além desses momentos, ao nos aproximarmos do encerramento, dedicamos um encontro designado, formalmente, para uma troca, em que eu pudesse contar sobre o que vi e vivi neste coletivo, de forma que os participantes pudessem contar como vivenciaram a experiência da pesquisa. Mas, este não deveria ser um momento estanque e pontual como em algumas pesquisas, em que os pesquisadores ‘devolvem’ ao campo um conjunto de resultados obtidos. Era parte de um processo e serviu mais como um lugar de problematização do que devolução. Os participantes faziam correlações com suas experiências também no cotidiano da pesquisa. À medida que apontavam suas percepções e suposições, surgiam novos diálogos entre o que cada um vinha experimentando a partir do lugar que ocupava e sobre sua participação. Desse modo, em suas colocações já traziam uma dimensão de análise do que fora produzido até então.

Lourau afirma que:

“A pesquisa, para nós, continua após a redação final do texto, podendo até mesmo, ser interminável. Se a população estudada recebe esta restituição, pode se apropriar de uma parte do status do pesquisador, se tornar uma espécie de ‘pesquisador coletivo’, sem a necessidade de diplomas ou anos de estudos superiores, e produzir novas restituições, tanto ao agora talvez ex-pesquisador, quanto ao presente social mais imediato e global. Isso seria, efetivamente, a socialização da pesquisa”.  
(LOURAU, 1993, p. 56)

O desfecho desse encontro foi um pedido por parte da equipe. Queriam que eu contribuísse na discussão sobre alguns temas e elegeram: patologias que consideram de difícil acompanhamento, o uso problemático de substâncias (especialmente o crack) e ações previstas no SUS para melhor acompanhamento dos usuários. Esse pedido não contemplava a imensa maioria de casos com os quais lidam cotidianamente. Estava claro que poderiam ser identificados outros temas no decorrer dos encontros que se seguiriam, provocando novos desdobramentos. Além disso, falar sobre os temas escolhidos poderia contribuir para a desmistificação de ideias pré-concebidas e ampliar a segurança e autonomia para ações, em especial, no que diz respeito aos sujeitos em sofrimento crônico.

“Não imaginamos a possibilidade de investigar um serviço, uma rede, seus arranjos e as práticas ali inscritas sem envolver os atores locais nesse processo, fazendo com que a oportunidade da pesquisa seja um momento para o tipo de reflexão autoanalítica que descrevemos acima. E possibilitando a eles a oportunidade de serem também produtores do saber que o movimento de

debruçar-se analiticamente sobre os processos enseja”. (FEUERWERKER; MERHY. 2015, p. 445)

Tornou-se evidente que o tema da pesquisa passou, em um algum momento, a ser de interesse também da equipe. Quiseram se apropriar mais do assunto saúde mental e passaram a haver questionamentos partindo não mais da pesquisadora, e sim dos trabalhadores, produzindo um novo sentido à pesquisa.

O objetivo desse momento da pesquisa era proporcionar um espaço/tempo que servisse como uma provocação à reflexão, permitindo olhar a partir da relação que construímos entre nós e com a própria pesquisa. Assim, acreditava que, ao usar as problematizações trazidas, poderia ainda incentivá-los a identificar os conhecimentos que já possuem, assim como poderiam perceber o conhecimento que também os usuários possuem sobre si mesmos.

“O interesse em uma pesquisa é mútuo, ele concerne tanto a pesquisadores quanto a pesquisados. Por isso se pode afirmar que a pesquisa é intervenção: porque ela gera articulação. Ao se articularem em um dispositivo de pesquisa, os participantes geram um reposicionamento de fronteiras. Tal articulação é, simultaneamente, a participação na pesquisa e a descrição desse reposicionamento. Ou seja, articular-se é participar ativamente na produção de conhecimento: a pesquisa é tanto mais articulada quanto mais participativa” (BARROS E BARROS, 2013, p. 381).

No momento da qualificação me vi provocada por uma colocação da Prof.<sup>a</sup> Beth Lima, a pensar à respeito dessa demanda e do lugar de onde responderia. Parecia, até então, que evocavam a participação da ‘psicóloga’ (e não mais da pesquisadora) e não queria me colocar como ‘especialista’.

Ao colocar em análise as afecções provocadas por essa demanda foi possível reconhecer que o pedido que não era específico à psicóloga (especialista - com conhecimentos científicos), mas era voltado àquela que poderia falar do lugar de trabalhadora (uma igual, mas alguém que vive a prática do cuidado ao sofrimento psíquico); alguém que, supõe-se, pode falar sobre essa vivência.

Reflito mais uma vez sobre os vários papéis que desempenho; é enquanto trabalhadora/militante da saúde mental que me coloco. Portanto foi assim ao determinar o tema de investigação da pesquisa, com meu incômodo enquanto alguém que é demandado a desenvolver ações de cuidado psíquico de modo desconectado de outras ações de cuidado. Quanto me senti provocada a aprender sempre e a colaborar na construção de conhecimentos sobre esse tema!

Apoiar equipes é intervir com elas em processos de trabalho; não transmitindo supostos saberes prontos, mas em uma relação de solidariedade e cumplicidade com os agentes das práticas. Ao vislumbrar algumas semelhanças entre esse campo e meu campo de atuação, reconheço em mim o desejo de contribuir para que esta equipe se desenvolva ainda mais e aceito o convite para falar, então, do lugar de uma pesquisadora que é trabalhadora da saúde mental.

*Não há nada como regressar a um lugar que está igual  
Para descobrir o quanto a gente mudou.*

Nelson Mandela

## CAPÍTULO 5

### DESDOBRAMENTOS - OUTROS MOVIMENTOS

*“Já ouvi silêncios sábios, já ouvi conselho vão.  
Já vi beijos sem usar os lábios e toque sem usar a mão.  
E dessa observância calma, um verso eu deixo de lição:  
Feliz é quem toca com a alma e enxerga com o coração”.*

Gabriel Castro

Foram realizados quatro encontros. O pedido feito era para que eu trouxesse ao conhecimento da equipe informações a respeito de alguns tipos de sofrimento psíquico, formas de cuidado e políticas públicas voltadas ao cuidado da saúde mental. Além disso, era importante que eu contribuísse nas reflexões a respeito das práticas já realizadas, cotidianamente, e também sobre potências e possibilidades para novos movimentos.

Após acompanhar a equipe foi possível identificar que há uma cisão no que compreendem como ações em saúde mental. No primeiro grupo de ações são colocados movimentos promovidos às pessoas, claramente, identificadas como sujeitos com transtornos psíquicos. São sujeitos identificados como doentes; usuários apresentando quadros diversos como depressão, psicose e abuso de substâncias. Para esses, há o encaminhamento ao médico psiquiatra e/ou psicólogo do município. Demonstrem ter bastante dificuldade em incluir essas pessoas nas atividades rotineiras de promoção de saúde. Relatam que, de modo geral, não existem atividades de acompanhamento ou socialização para esses sujeitos nem qualquer tipo de acolhimento, orientação e suporte aos familiares, exceto em situações em que os próprios sujeitos e/ou familiares vêm à unidade em queixa.

No segundo grupo ficam os sujeitos não identificados por diagnósticos psiquiátricos; temos aqui o restante da população. Para esse grupo, é mais difícil o reconhecimento de ações, porque é como se não houvessem implicações psíquicas cotidianas. Mas, é para esses sujeitos que desenvolvem a maioria das ações de cuidado. Aqui estão as atividades de prevenção e promoção em saúde integral como caminhadas e rodas de conversa temáticas.

Algumas vezes falam sobre a necessidade de articulação com outros serviços, como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e as dificuldades que encontram em possibilitar espaços de convívio social à essas pessoas. É aqui que estão as ações, verdadeiramente, de assistência ao usuário, com o cuidado focado no *sujeito* e não apenas na *doença*.

Segue o relato de parte desses quatro encontros.

## 5.1 NOVOS ENCONTROS

### 5.1.1 DIA 1

Fizemos uma discussão sobre a proposta dos encontros programados e sobre os temas levantados pela equipe. Apresentei algumas observações que tive à respeito da forma como a equipe se organiza e também sobre o que eles consideram prioridade para esse momento de troca. A equipe havia escolhido, em princípio, temas relacionados a casos complexos, mas que são incomuns no cotidiano do trabalho, como ‘Esquizofrenia’ e ‘Bipolaridade’. Assim, ao conversarmos melhor sobre as razões para a escolha que faziam, evidenciou-se a busca por conhecimentos a respeito do que consideram não compreender.

A partir de um caso trazido e apresentado pela pesquisadora como disparador, a equipe começou falando sobre os casos com os quais lidam e a falta de recursos/serviços para o cuidado da saúde mental. Inicialmente, colocaram-se afirmando ser necessário algum tipo de serviço especializado. Assim, apresentei a constituição da RAPS e seus equipamentos, em especial, os serviços pertencente à Atenção Básica. Abordamos a necessidade de articulação com os diversos outros serviços, setores e profissionais. Foram ainda abordadas as recentes mudanças e os retrocessos nas políticas voltadas aos sujeitos em sofrimentos psíquico, destacando-se a retomada dos leitos em hospitais psiquiátricos e a inclusão de Comunidades Terapêuticas na RAPS. Essas mudanças, aprovadas mesmo após diversas manifestações de repúdio e pedidos de rejeição da proposta em mobilizações de trabalhadores e usuários, foram discutidas junto à equipe. (BRASIL, 2017)

Ao discutirmos os componentes da rede, o grupo se surpreendeu ao visualizar a quantidade de equipamentos e uma das integrantes questionou:

*“O que fazemos com essas informações? Agora sabemos que deveríamos pertencer a uma rede, mas não, estamos sozinhos. De que adianta saber isso, se temos que trabalhar sem nada? A única coisa que se faz aqui é internar!”*

Após essa colocação, conseguiram discutir sobre o uso de ferramentas que estão disponíveis e pensar sobre o que de fato lhes falta, já que realizam várias ações e, de alguma forma, os sujeitos estão sendo cuidados.

Perguntei ao médico se ele costuma atender algum usuário, que não apresente queixas de sofrimento psíquico. E Ele respondeu:



*“De cada 10 que atendo, um deles, se eu não perguntar nada, só pede um remédio para o sintoma que tem. Na verdade, tô até evitando perguntar como se sentem, porque depois que eu pergunto, não consigo mais encerrar a consulta. Contam-me de tudo: dos filhos, das contas, das dores da vida”.*

A discussão permitiu que identificassem ferramentas fundamentais de seu trabalho, como escuta, acolhimento e vínculo e valorizassem algumas ações que acontecem espontaneamente. Também o médico se deu conta de que seu atendimento é um cuidado da saúde mental ao reconhecer que 9 entre 10 consultas abordam questões emocionais. Reconhecem-se como uma equipe que busca ser acolhedora.

Foi possível aprofundarem-se a respeito do acolhimento. Segundo Franco, Bueno e Mehry (1999) como modo de organização de práticas, o acolhimento possibilita que o usuário assumo o lugar central das atividades de saúde.

“Se nas práticas de saúde nosso compromisso ético é o de defesa da vida, temos de nos colocar na condição de acolhimento, em que cada vida se expressará de uma maneira singular, mas também em que cada vida é expressão da história de muitas vidas, de um coletivo”. (BRASIL, 2004, p.10)

Como diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo; deve fazer parte de todos os encontros do serviço de saúde. É uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução. (BRASIL, 2004, p.10)

### 5.1.2 Dia 2

O tema escolhido para este dia era dependência química. Foi apresentado um vídeo<sup>35</sup> como disparador à discussão. Ele aborda a história do uso de substâncias pela humanidade e as relações de abuso e dependência que fazem parte do cotidiano. A equipe pode falar sobre a rotina do trabalho e ainda sobre vivências de situações pessoais. Isso possibilitou trazer a questão sobre o uso/ abuso mais perto de si mesmos. O debate foi sobre os tipos de substâncias e a relação entre vulnerabilidades, incluindo fatores de risco e de proteção. Igualmente foram apontadas as substâncias que causam maiores problemas e foi possível desmistificar algumas ideias pré-concebidas e, de certa forma, também moralistas.

---

<sup>35</sup> Vídeo do CPF – Conselho Federal de Psicologia ‘Não é o que parece, série 2 - Fora de si’. Disponível em <https://youtu.be/P67Uy0k46Mk>

De tudo o que foi discutido neste segundo dia, o destaque fica para a desconstrução da ideia de que a internação é um ‘tratamento’.

*“Eles querem logo a internação, procuram a gente aqui ou procuram a Pastoral<sup>36</sup>, mas aquilo é como um abrigo, uma válvula de escape, ficam uns dias e querem vir embora. A família também faz isso, porque não aguenta mais a situação, às vezes só quer se livrar. E a gente fica assim; já percebeu que a internação é para fugir da situação, que eles não vão querer ficar lá até o final. Uns já internaram nem sei quantas vezes e depois tá aí, volta tudo de novo! A gente fala que não adianta, mas não sabe que outra opção a gente pode dar.”*

Falamos sobre ferramentas disponíveis à Atenção Básica como instrumentos de triagem para a distinção entre uso/abuso/dependência e a Política de Redução de Danos<sup>37</sup> e isso nos trouxe a uma discussão sobre o conceito da Clínica Ampliada<sup>38</sup> e suas contribuições para o cuidado integral.

Com a discussão, puderam verbalizar a percepção de que a internação apenas deve ser usada como última estratégia, e sempre acompanhada pela equipe, como parte de um cuidado mais amplo, ainda que não saibam exatamente o que ofertar enquanto alternativa. Também foram abordadas as fragilidades nas ações voltadas à dependência química e a urgência de um trabalho em rede.

E surge uma ideia:

*“Acho que vamos ter que sentar com o pessoal do CRAS e ver se a gente consegue montar alguma estratégia. ’Tava aqui pensando que a gente podia começar propondo*

---

<sup>36</sup> Refere-se à Pastoral da Sobriedade, pertencente à comunidade católica, que encaminha à comunidades terapêuticas vinculadas à congregação.

<sup>37</sup> A Política de Redução de Danos (RD) têm sido discutida no Brasil como um conjunto de estratégias que visam à minimização de riscos e danos associados ao uso de drogas, ainda que os usuários não pretendam ou não consigam interromper seu consumo. Segue o princípio básico de respeito ao sujeito, sua condição e sua autonomia, para que ele possa ressignificar a sua relação com a droga. A RD não se opõe à alcançar abstinência, mas não a aponta como único caminho. O Governo Federal assinou em abril de 2019 um decreto que institui a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD), extinguindo a Política Nacional de Redução de Danos. O decreto põe fim à RD, colocando a abstinência como única política pública para as(os) usuárias(os), reafirmando a prioridade das comunidades terapêuticas e incentivando o retorno à lógica manicomial.

<sup>38</sup> O documento base da Política Nacional de Humanização (2009) apresenta a Clínica Ampliada como o trabalho clínico que visa ao sujeito, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Uma prática que se denomine de clínica ampliada é atravessada pela avaliação contínua de si mesma, de como vem se concretizando e se desdobrando nas experiências cotidianas dos processos de trabalho no SUS, como um movimento de autonomia. E inclui também nos questionarmos sobre os lugares que ocupamos como trabalhadores, os efeitos de nossas práticas cotidianas, nossas implicações na construção de um diálogo articulador de redes de convívio e de serviços para a população.

*um grupo para os familiares, sabe? Um grupo aberto, para começar falando sobre o uso e o abuso, que nem o que a gente viu no filme que a Cris (refere-se à pesquisadora) trouxe p'rá gente. Mas que o CRAS estivesse junto, e talvez a escola também, porque isso é de todo mundo. E temos que pensar o que a gente pode oferecer para as pessoas que já 'tão dependentes, será que eles aceitam falar com a gente, sem a gente propor internação? Será que a gente consegue?"*

### 5.1.3 Dia 3

Foram abordados os temas sofrimento psíquico<sup>39</sup> e 'doença mental', o que são e que tipos de cuidado são indicados e inclusive que possibilidades estão ao alcance da equipe. Como instrumento disparador foi solicitado que, divididos em dois grupos, os trabalhadores refletissem e discutissem sobre o que conhecem à respeito dos temas, que experiências possuem e como se sentem à respeito das práticas de cuidado voltadas ao sofrimento psíquico.

No decorrer da discussão foram relatadas experiências diversas por parte de alguns integrantes da equipe. Eram experiências de um cuidado que levava em conta outros aspectos das subjetividades, como espiritualidade. Isso fez com que se pensasse mais sobre práticas ainda pouco divulgadas, mas que também podem ser desenvolvidas pela saúde coletiva, como as práticas alternativas, o uso de ervas naturais e as terapêuticas que incluem animais. Essas práticas foram assunto de interesse do grupo, que demonstrava buscar conhecimento sobre novas formas de cuidado.

O médico contou:

*“Na época da residência, teve um grupo que fez uma experiência levando cachorros para o hospital. Era uma ala com idosos e a maior parte não respondia bem ao tratamento. E dava para perceber que alguns nem estavam em um quadro tão grave, mas parece que estavam desistindo de viver, sabe? A gente via que estavam se entregando. Era impressionante ver como melhoravam de humor depois que os animais eram incluídos. Até as famílias percebiam a diferença, e é lógico que o tratamento*

---

<sup>39</sup> Segundo dados divulgados pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/ Ministério da Saúde (MS), relativos a 2002, as diferentes formas de sofrimento psíquico constituem importante causa de perda de qualidade de vida na população em geral. A realidade das equipes de Saúde da Família demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com “problemas de saúde mental”: 56% das equipes de Saúde da Família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”. (BRASIL, 2014)

*mudava rapidinho. A gente vê essas coisas e percebe que não sabe tudo sobre doença e nem sobre tratamento. Às vezes, precisa tentar algo diferente, né?”*

A todo o tempo os integrantes desta equipe apontavam a necessidade de apoio em algumas questões, em especial, no manejo de singularidades e subjetividades. Relatavam dificuldades na compreensão de certas demandas mas mostravam agir, em muitas situações, como que por instinto, algumas vezes acertadamente, mas relatavam lhes faltar conhecimento. Pediam a presença de ‘alguém’ que pudesse colaborar com a equipe e citavam como exemplo uma psicóloga, que participasse das reuniões e discutisse os casos complexos, acompanhasse em algumas visitas, montasse alguns grupos e rodas de conversa junto à equipe. Não sabiam que demandavam, assim, apoio e matriciamento.

O Apoio Matricial é oferecido por profissionais do NASF como uma retaguarda assistencial especializada e suporte técnico-pedagógico às equipes e profissionais da AB. Muitas equipes de NASF contam com psicólogos e algumas com psiquiatra, porque se leva em conta a fragilidade das equipes da AB em relação às questões de saúde mental. Outra garantia de matriciamento seria, como já mencionado, anteriormente, por meio de um CAPS de referência. Mas a constituição da RAPS nesta região não contemplou, até o momento, discussões a esse respeito.

No caso desta localidade, por se tratar de município de pequeno porte e não contar com NASF ou com CAPS de referência, uma possibilidade é apresentar as dificuldades e demandas sobre saúde mental aos profissionais que já desenvolvem ações locais de cuidado especializado em Saúde Mental, a fim de que possam planejar e desenvolver ações conjuntas.

#### 5.1.4 DIA 4

O último encontro foi dividido, sendo que a parte inicial serviu para uma discussão de caso. Foi um pedido da equipe, que vinha relatando não fazerem discussões de caso, já que à medida que surgia a necessidade de falar sobre algum usuário, faziam trocas em pares, apenas envolvendo os técnicos que tinham maior proximidade com o sujeito ou a família em questão. O caso apresentado vinha gerando angústia na equipe, que se via sensibilizada com o sofrimento de um jovem mas não se sentia em condições de apresentar uma proposta de cuidado. Após apresentarem tudo o que sabiam, isoladamente, sobre o caso, foi possível perceberem que já possuíam, no coletivo, várias percepções importantes. Reconheceram que ele já vinha procurando a unidade e que recentemente tinha passado com o médico por três consultas, mostrando que um vínculo estava em fortalecimento. Conseguiram definir algumas

responsabilidades e estratégias que iriam usar. Também identificaram a necessidade de trazer o próprio usuário para a discussão e elaborarem um Projeto Terapêutico Singular<sup>40</sup> (PTS) que considere seu protagonismo e autonomia.

A utilização do PTS como dispositivo de intervenção desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação entre os profissionais e a utilização das reuniões de equipe como um espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações, com a horizontalização dos poderes e conhecimentos. (CAMPOS, 2003)

Apesar do relato de já elaborarem projetos em rede, o PTS, em sua amplitude e incluindo o sujeito do cuidado, nunca foi elaborado nesse território. É importante ressaltar que para a elaboração de um PTS é fundamental o amplo conhecimento do território e suas potencialidades enquanto possibilidade de criação e recriação.

Na segunda parte do encontro, foi sugerido que construíssem juntos um mapa do território que contemplasse os espaços passíveis de promoção de saúde e lazer. Debruçaram-se, literalmente, sobre a mesa e passaram a debater, rascunhar, desenhar e pintar, de forma amistosa o tema em pauta. A discussão se estendeu sobre os critérios para que o ponto fosse considerado como promotor de saúde. Afinal, o que não é lazer para uns pode ser lazer para outros. Após o debate definiram que se o efeito que aquela atividade causa é problemático para alguns sujeitos, isso deve ser avaliado caso a caso. Assim, bares, igrejas, academias e até mesmo campinhos de futebol, usados por jovens usuários de maconha, estavam todos ali desenhados. E estavam ali também, unidades e serviços públicos, com os quais a equipe poderia contar para uma parceria e mais: viam-se pontos, antes invisíveis à rede; serviços particulares e pessoas que se mostravam disponíveis à troca e colaboração.

Identificaram semelhanças e diferenças entre as microáreas e perceberam que faltam ofertas para adolescentes e para sujeitos com uso problemático de substâncias. Faltam ainda ofertas de geração de renda. Isso os mobilizou a refletirem sobre como organizar espaços de saúde que considerem as necessidades dessas populações e sobre como melhorar a articulação com outros setores, como o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS).

---

<sup>40</sup> O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário, considerando as singularidades e a complexidade de cada caso. Trata-se de um projeto baseado no fortalecimento dos vínculos e na autonomia e responsabilização do/s sujeito/sujeitos. “Pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação”. (BRASIL, 2009, p. 40)

Ao encerrarmos o encontro, o gestor se reuniu ao grupo e fez, em nome do município um agradecimento pela presença da pesquisadora. Marquei um encontro junto à gestão, com a participação de representantes da unidade e também com a psicóloga. O intuito era apresentar algumas observações e sugestões à gestão, que havia se colocado de forma receptiva.

## 5.2 CONVERSA COM A GESTÃO

No encontro foi discutida a participação da AB no cuidado da saúde mental, o pedido por parte da equipe para que tenham um suporte na temática e também o papel dos especialistas, particularmente a psicóloga, nas práticas da AB. Ali mesmo foram feitos alguns novos arranjos a pedido da psicóloga que demonstrou interesse em participar de encontros e reuniões junto à equipe.

Além disso foi apontada a intenção em desenvolver novas propostas, como rodas de conversa e um grupo de orientação familiar/controle da natalidade. Na semana seguinte ao nosso encontro seria iniciado o *curso* em EP promovido pelo NEPER-H, que iria trabalhar com as equipes do município questões relacionadas aos processos de trabalho. Havia, naquele momento, uma aposta de que esse curso traria novas discussões e possibilidades.

Foi relatado que o médico identificou a partir das consultas que vem sendo realizadas, um grande número de analfabetos/analfabetos funcionais. Por perceberem que existem muitas questões subjetivas relacionadas a essa situação, começaram um levantamento de escolaridade junto a todos os usuários do território. Estão se organizando para que possam oferecer um espaço de aprendizagem a esses sujeitos, à noite. Com isso, procuram melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Percebem quanto a leitura e a escrita são uma forma de atenção, cuidado e inclusão. Com isso podem dar um outro lugar à essas pessoas, ampliando o sentido de cidadania.

Além disso, o gestor sinalizou sua intenção em buscar credenciamento para implantar um NASF. Essa decisão denota comprometimento com a qualidade do cuidado ofertado e pode trazer às equipes imensas possibilidades de aprendizagem e desenvolvimento.

Faço aqui um destaque à realidade dos pequenos municípios, onde o acesso às instâncias políticas se faz de modo bastante simplificado. Tem-se acesso aos gestores, vereadores e mesmo ao prefeito com um telefonema ou uma visita. São todos conhecidos dos munícipes. Algumas vezes isso pode representar problema, já que pode haver interferência direta sobre o trabalhador e suas ações, caso a pessoa que ocupa o cargo sinta-se tentada a atender a um pedido de modo

desconectado da realidade do serviço. Da mesma forma pode haver um grande benefício, já que essa proximidade pode favorecer o contato e as trocas dentro e entre os serviços.

No caso do município-campo da pesquisa, as relações com a gestão parecem contribuir para que os trabalhadores se coloquem como protagonistas no processo de cuidado. Falta ainda, como em muitos locais, a inclusão do usuário como sujeito de decisão sobre as necessidades e ações em saúde.

*Se as coisas são inatingíveis...ora!  
Não é motivo para não querê-las...  
Que tristes os caminhos, se não fora  
A presença distante das estrelas!*

Mário Quintana - Das Utopias



## CAPÍTULO 6

### CONSIDERAÇÕES FINAIS - PARA QUE(M) SERVE O CONHECIMENTO?

*“Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa e perceber diferentemente do que se vê é indispensável para continuar a olhar e refletir<sup>41</sup>”.*

A construção de novos conhecimentos parte de um corpo que sente, que é afetado e que está no mundo cercado por outros corpos, com os quais compartilha e troca experimentações. No entanto, em uma pesquisa científica, corre-se o risco de desprezar os afetos e conhecimentos que se anunciam como saberes menores; dos sujeitos em seus cotidianos. Para aprender é necessário primeiro “aprender a desaprender”. Aprender a desaprender os sentidos constituídos, os significados produzidos e os pensamentos construídos para abrir em si próprio as diferenças. Aprender é, em síntese, deixar-se “afetar” (PARAÍSO, 2011).<sup>42</sup>

Ao assumir a interferência como um modo de estar em campo, tornou-se importante considerar que pesquisadora e participantes são movidos por sentimentos e percepções construídas em sua própria experiência, fazendo do momento de pesquisa um encontro repleto de afetos. É fundamental considerar que essa produção pode contribuir ainda para o que ocorre ao nosso redor, afetando outros sujeitos, em outros campos e territórios.

Ao analisar o desfecho desta pesquisa e a demanda por novos encontros, foi possível perceber que a construção conjunta de conhecimentos que se deu no campo da pesquisa, foi desencadeada não apenas pela proposta de investigação, mas também pela necessidade de conhecimento dos participantes. Essa construção, que tornou possível modificar tanto minha prática enquanto trabalhadora/pesquisadora quanto as práticas da equipe, partiu de uma demanda desse coletivo, que procurava *apreender* o sentido da Saúde Mental. A pesquisa tornou-se, então, um processo de formação amparado pela Educação Permanente. Lá estava a EP mais uma vez, não planejada, fora dos enquadramentos sobre o que ela é e como deve acontecer descritos na política, como experiência viva.

Para esta pesquisa, como mencionado algumas vezes, era importante conhecer e reconhecer – no sentido de valorizar – saberes e práticas do campo da saúde mental desenvolvidos por outros trabalhadores da AB. Assim, ao buscar um encerramento, retomo as

---

<sup>41</sup> FOUCAULT, A escrita de si. In: O que é um autor? 1994, p. 13

<sup>42</sup> PARAÍSO, M. A. Raciocínios generificados no currículo escolar e possibilidades de aprender. In: LEITE, C. (Org.). Políticas, fundamentos e práticas do currículo. Porto: Porto Editora, 2011. p. 147-160.

questões disparadoras desta pesquisa: Os trabalhadores são capazes de identificar a dimensão subjetiva dos usuários com os quais lidam? Reconhecem que em seu território, grande parte das pessoas com sofrimento psíquico já vem sendo, efetivamente, acompanhada por eles? De que forma integram os cuidados da saúde mental aos cuidados da saúde física?

A inclusão do cuidado e da promoção de saúde mental na ESF como prática reconhecida ainda é uma situação complexa a ser superada, mas fica evidente que as ações promovidas pela AB voltadas ao cuidado da saúde mental estão permeando tudo o que as equipes fazem, o tempo todo, ainda que não sejam, de forma clara, identificadas ou nomeadas. A cisão no cuidado, identificada na pesquisa, trata-se, na verdade, de uma cisão vivenciada também pela pesquisadora em suas práticas em saúde. Os sujeitos identificados como ‘psiquicamente doentes’ pertencem à uma rede (RAPS) que deve, ao menos em teoria, organizar-se para seu cuidado. Mas, e os sujeitos em sofrimento psíquico não identificados como doentes? Quem os acolhe? A que profissionais podem recorrer? Há um vácuo a esse respeito nas propostas da AB, que parece não ser percebido e que precisa ser discutido, com urgência. Uma proposta à essa lacuna seria apostar na Integralidade para a produção de uma nova realidade psicossocial, que leve em conta que o sofrimento faz parte da existência e precisa ser acolhido.

Evidentemente, é preciso qualificar ainda mais a AB para que consiga reconhecer seus saberes e sua potência em lidar com as subjetividades e os sofrimentos cotidianos, oriundos da própria vida, sem os patologizar. Mas, é preciso ainda que a formação dos profissionais de saúde contemple aspectos da subjetividade e os prepare para lidar com esses variados sofrimentos que não são específicos à formação de um determinado campo da saúde. E, enquanto a formação em saúde não contempla questões sobre o psiquismo, a Educação Permanente pode seguir como uma importante ferramenta na qualificação para o cuidado integral.

O cuidado em saúde é um acontecimento produzido dia a dia, em ato, a partir de encontros, na relação entre os diferentes sujeitos. A realidade dentro de uma unidade de saúde é repleta de fluxos intensos de comunicação entre os diversos agentes do trabalho, da gestão e usuários, que interagem entre si, promovendo esses encontros.

Fernando Ortega (2000), em “Para uma Política da amizade”<sup>43</sup> escreve, ao falar sobre a metáfora do milagre, de Hannah Arendt:

---

<sup>43</sup> Ortega, F. Para uma política da amizade – Arendt, Derrida, Foucault. Rio de Janeiro. Editora Relume Dumará. p. 35

“Podemos caracterizar como milagre (no fundo, trata-se de outra palavra para o acontecimento) toda interrupção de processos naturais, que ocorrem de forma automática, em favor do inesperado. Mas, na esfera da ação política, é precisamente o inesperado que acontece com frequência. Em outras palavras, a capacidade de produzir milagres é inerente ao agir. Portanto, é realista esperar milagres, onde verdadeiramente têm lugar: na ação humana”.

Inúmeras inquietações têm se produzido durante a construção do SUS e há uma grande tendência em apontar as dificuldades, com enfoque na baixa qualidade da atenção à saúde ofertada pela rede de serviços que, diga-se de passagem, nem sempre consegue se organizar como rede, e sim como serviços independentes e sem uma mínima articulação para produção dos cuidados em saúde. Os processos de trabalho são, em grande parte, fragmentados e o modelo de cuidado ofertado segue, ainda, centrado no sintoma e na doença, com baixa resolutividade. Mas, apesar disso e de outras tantas fragilidades, quando observamos de perto uma equipe em seu território, há muita potência em seu ‘fazer’ e em enfrentar limitações e desafios cotidianos.

Vale ressaltar que frente ao atual cenário político brasileiro e às recentes mudanças, em especial, no que diz respeito ao desmonte de algumas garantias sociais, trabalhadores e usuários da saúde coletiva vivem um período de instabilidades e retrocessos. No entanto, é importante apontar também que, ainda que algumas políticas de governo estejam sendo encerradas, há o que continua acontecendo na ‘ponta’. Um exemplo disso é a Redução de Danos, desarticulada enquanto política pelo atual governo, que declarou seu fim. Já faltava, mesmo nos governos anteriores, estabelecer de forma eficiente programas plurais e acessíveis que impedissem a constante polarização entre RD e abstinência. Mas, mesmo com tudo isso, a RD continua e, acredito que continuará em vigor, porque ela é uma necessidade. Não se elimina por decreto o que se manifesta como demanda clínica. Sempre haverá quem precise dela e sempre haverá ‘trabalhadores desavisados’, que procurem garantir um modo de cuidado que respeite a autonomia dos sujeitos. É importante destacar que a Política de Saúde Mental brasileira, diferentemente de inúmeras outras Políticas Públicas, nasceu de um movimento social, articulado por usuários, familiares e trabalhadores, que buscavam mudanças no modelo então vigente de ‘cuidado’. A Reforma Psiquiátrica, como mencionado no primeiro capítulo, foi impulsionada no Brasil, pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar. A própria Saúde Mental já traz, em si, um chamado à resistência.

O que virá a seguir? Penso em Deleuze e Guattari (1992): “(...) pode ser que nada mude ou pareça não mudar na história, mas tudo muda no acontecimento, e nós mudamos no

acontecimento”<sup>44</sup>. O SUS e a AB ainda estão em construção. Há muito o que aprender. Há muito a ser feito. Provocados pelo retrocesso eminente nas políticas escritas, torna-se ainda mais urgente apontar as potências e validar a capacidade de reorganização e transformação a partir da criação e do exercício de uma política viva. Essa política viva que acontece nos territórios pode servir como resistência ao desmonte e, ao mesmo tempo, como espaço para o surgimento de novos movimentos e estratégias.

E o cuidado aos sujeitos seguirá partindo de uma condição fundamental, presente no verdadeiro encontro: a capacidade de descobrir/produzir/acolher outros dentro de nós mesmos. E apostando no inesperado, na possibilidade do ‘milagre’ do encontro; no *vir a ser*.

---

<sup>44</sup> Deleuze, G.; Guattari, F. O que é a filosofia? Tradução de Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Muñoz. Rio de Janeiro. Editora 34. 1992. p.144

*Término de leitura de um livro de poemas não pode ser o ponto final.*

*Também não pode ser a pacatez burguesa do ponto seguimento.*

*Meta desejável: alcançar o ponto de ebulição.*

*Morro e transformo-me.*

*Leitor, eu te reproponho a legenda de Goethe:*

*Morre e devém*

*Morre e transforma.*

Waly Salomão - Devenir, Devir

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial** [online]. 4nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. Temas em saúde collection. ISBN 798-95-7541-368-5. Disponível em SciELO Books. Disponível em: <http://books.scielo.org>.

BARROS, R. D.B. **Grupos: a afirmação de um simulacro**. Tese de doutorado, PUC/SP. 1994.

BERTUSSI, D.; BADUY, R.S.; FEUERWERKER, L.C.M.; MEHRY, E.E. Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. In MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 461 – 486.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 692 de 25 de março de 1994**. Cria códigos e estabelece condições de cobrança para o Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF e PACS). Brasília. 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília. 1998.

\_\_\_\_\_. República Federativa. **Lei 10216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Diretrizes do MS – Circular Conjunta. **Articulação do Serviço de Saúde Mental na Atenção Básica**. Brasília. 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília. 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: gestão participativa e cogestão**. Brasília. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família - Série A. Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica, n. 27**. Brasília. 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília. 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental - Cadernos de Atenção Básica, nº 34**. Brasília. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano - Cadernos de Atenção Básica, n. 39**. Brasília. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – **Caderno HumanizaSUS. Vol. 5 - Saúde Mental**. Brasília. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017**. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY E.E; ONOCKO R. (orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1865-1874, Nov. 2007.

CAMPOS, G.W.S.; GUTIÉRREZ, A.C.; GUERRERO, A.V.P.; CUNHA, G.T. Reflexões sobre a Atenção Básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS G.W.S; GURRERO A.V.P. (orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

CASTRO-SILVA, C. R.; MENDES, R.; NAKAMURA, E. A dimensão da ética na pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 21, n.1, p. 32-41, 2012.

CECILIO, L.C.O. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 11, núm. 22, maio-agosto, 2007, pp. 345-351. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. São Paulo, Brasil, 2007.

\_\_\_\_\_. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos R.A. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2001. p. 113-126.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde: Descentralização e Disseminação de Capacidade Pedagógica na Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.4, p.975-986, Dec. 2005.

Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232005000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000400020&lng=en&nrm=iso). access on 02 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: Contribuições à uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Ed. UNESP, 2013.



COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p.13-44.

FERNANDES, J.D.; FERREIRA, S.L.A.; OLIVA, R; SANTOS, S. Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. **Rev. Enfermagem** 2003; 56(54):392-395.

FEUERWERKER, L.; MERHY, E. E. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009.

\_\_\_\_\_. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (org.) **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 439 a 460.

FEUERWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde in MARINS J.J et al (org) **Educação, saúde e gestão**, Rio de Janeiro e São Paulo: ABEM- Hucitec, 2011. p. 99-113  
\_\_\_\_\_. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FIGUEIREDO, E.B.L; ANDRADE, E.O.; MUNIZ, M.P.; ABRAHÃO, A.L. **Research-interference: a nomad mode for researching in health**. Rev Bras Enferm. 2019; 72(2):571-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0553>

FIOCHI, P. I. C. Q. **Entre laços e nós: (im)possibilidades de um psicanalista nos espaços de Educação Permanente em Saúde**. 2015. 168 f. Tese (Doutorado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis, 2015.

FOUCAULT, M. A escrita de si. In: **O que é um autor?** Lisboa: Passagens. 1992. pp. 129-160.

FRANCO, T.B.; GALAVOTE, H.S. Em busca da clínica dos afetos. In: FRANCO, T.B.; RAMOS, V.C. (Org.). **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p.176-199.

GUATTARI, F.; ROLNIK. S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2005.

KUSCHNIR, R.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS (p. 121-151). In: GODIM, Roberta (org.). **Qualificação de Gestores do SUS**. 2ª. edição, revista e ampliada. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2011.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LIMA, D. B. **O espaço fórum como apoio na formação da rede intersetorial regional em saúde mental: Desafios e potencialidades.** Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências e Letras de Assis. 2013.

LOURAU, R. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa.** Rio de Janeiro: Eduerj, 1993.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

MENDONÇA, P.E.X. **Em defesa da vida: tensão e conflito, reconhecimento e desrespeito nas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde.** Dissertação - Mestrado em Medicina. Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos, C.R. (organizador). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.** São Paulo: Ed. Xamã; 1998, p.103-20.

\_\_\_\_\_. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Editora Hucitec; 2002. (Saúde em Debate, 145). ISBN: 85-271-0580-2.

\_\_\_\_\_. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B.; PERES, M.A. de A.; FOSCHIERA, M.M.P.; PANIZZI, M. (org.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho.** São Paulo: HUCITEC, 2004.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 2ª edição. São Paulo: Ed. Hucitec.1993.

MINAYO, C. **Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo: Ed. Hucitec. 2005.

MOEBUS, R. L. N. Pesquisa interferência desde Heisenberg. *Diversitates International Journal*: Vol. 07, N. 01 – julho (2015) p. 54 – 61. **Revista de saúde coletiva e bioética.** Universidade Federal Fluminense. 2015.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, Jan. 2018.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria.** Genebra: OMS; 1990.

\_\_\_\_\_. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.** Genebra: OMS, 2001.

ORTEGA, F. **Para uma política da amizade** – Arendt, Derrida, Foucault. Rio de Janeiro. Editora Relume Dumará. p. 35

PAIM, J.S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI** [online]. Salvador: EDUFBA, 2006, pp. 1-6. ISBN 978-85-232-1177-6. Available from SciELO Books.

\_\_\_\_\_. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em SciELO Books.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2009, p.17-31.

PINHEIRO, R.; ARAÚJO, R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde** (org.) Rio de Janeiro: CEPESC • IMS/UERJ • ABRASCO, 8ª Edição, 2009.

PINTO, H.A. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: aprender para transformar in GOMES, L.B., BARBOSA, M.G., FERLA A.A. (Organizadores). **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental, Transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Ed. Estação Liberdade, 1989.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização: uma outra via. In: **Desinstitucionalização**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990.

SCARCELLI, I. R.; ALENCAR, S. L. S. **Saúde Mental e Saúde Coletiva: Intersetorialidade e Participação em Debate**. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol. 1, nº1, jan-abr. 2009 (CD-ROM).

WHO e WONCA. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. World Organization, Genebra, 2008.

YASUI, S., COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**. v. 32, n. 78/ 79/80, p. 27-37. Rio de Janeiro, 2008.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2010.

## ANEXOS

### ANEXO A

#### “SOBRE O OUVIR” – RUBEM ALVES

O ato de ouvir exige humildade de quem ouve. E a humildade está nisso: saber, não com a cabeça mas com o coração, que é possível que o outro veja mundos que nós não vemos. Mas isso, admitir que o outro vê coisas que nós não vemos, implica reconhecer que somos meio cegos... Vemos pouco, vemos torto, vemos errado. Bernardo Soares diz que aquilo que vemos é aquilo que somos. Assim, para sair do círculo fechado de nós mesmos, em que só vemos nosso próprio rosto refletido nas coisas, é preciso que nos coloquemos fora de nós mesmos. Não somos o umbigo do mundo. E isso é muito difícil: reconhecer que não somos o umbigo do mundo! Para se ouvir de verdade, isso é, para nos colocarmos dentro do mundo do outro, é preciso colocar entre parêntesis, ainda que provisoriamente, as nossas opiniões. Minhas opiniões! É claro que eu acredito que as minhas opiniões são a expressão da verdade. Se eu não acreditasse na verdade daquilo que penso, trocaria meus pensamentos por outros. E se falo é para fazer com que a aquela que me ouve acredite em mim, troque seus pensamentos pelos meus. É norma de boa educação ficar em silêncio, enquanto o outro fala. Mas esse silêncio não é verdadeiro. É apenas um tempo de espera: estou esperando que ele termine de falar para que eu, diga a verdade. A prova disto está no seguinte: se levo a sério o que o outro está dizendo, que é diferente do que penso, depois de terminada a sua fala eu ficaria em silêncio, para ruminar aquilo que ele disse, que me é estranho. Mas isso jamais acontece. A resposta vem sempre rápida e imediata. A resposta rápida quer dizer: “Não preciso ouvi-lo. Basta que eu me ouça a mim mesmo. Não vou perder tempo ruminando o que você disse. Aquilo que você disse não é o que eu diria, portanto está errado...”

## ANEXO B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Capítulo IV, itens 1 a 8 da Resolução 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “O cuidado do sofrimento psíquico nos territórios: a saúde mental (re)vista pela Atenção Básica”, sob a responsabilidade da pesquisadora Cristhiane Comitre Garcia, RG 16112215-2, matriculada no Programa de Pós Graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Campus de Assis, orientada pelo Prof. Dr. Silvio Yasui.

Esta pesquisa tem por objetivo identificar e dar visibilidade às práticas de cuidado realizadas na Atenção Básica, particularmente as ações que promovem e/ou cuidam da saúde mental.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em frequentar os encontros/reuniões de sua equipe, permitindo a presença da pesquisadora, que irá acompanhar as discussões sobre as práticas realizadas pela equipe. Também haverá uma entrevista para coleta de informações sobre o desempenho de suas atividades. Nas duas situações será utilizado um gravador de áudio a fim de que todas as informações fornecidas por você durante os encontros possam ser recuperadas e analisadas posteriormente.

Como risco relacionado à sua participação nesta pesquisa, você pode se sentir incomodado(a) com determinado assunto, pois estará falando de vivências pessoais/profissionais e por isso, é assegurada a você, a liberdade de não relatar situações e experiências que possam causar-lhe incômodo e constrangimento de qualquer natureza. Os benefícios obtidos com a participação estão, exclusivamente, relacionados às possíveis contribuições para ensino-aprendizagem do campo das práticas de cuidado da/na Atenção Básica.

Sua participação não é obrigatória, mas, voluntária. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo ou penalização. Durante e após a pesquisa os resultados somente serão divulgados em apresentações ou publicações com fins científicos ou educativos, respeitando o critério de confidencialidade e assegurado o sigilo sobre a sua participação sem a divulgação de seus dados pessoais. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo foi elaborado em duas vias. Depois de lido, rubricado e assinado, uma via ficará em seu poder (participante) e a outra via em poder da pesquisadora responsável. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Campus de Assis.

Qualquer dúvida quanto aos aspectos éticos poderão ser esclarecidas no telefone (18) 3302-5607 ou pelo e-mail cep@assis.unesp.br, ou diretamente com a pesquisadora no telefone (14) 99797 7079.

#### CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar, como PARTICIPANTE, da pesquisa “O cuidado do sofrimento psíquico nos territórios: a saúde mental (re)vista pela Atenção Básica”.

Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Cristhiane Comitre Garcia sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido, ainda, que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, ainda, que ( ) concordo / ( ) não concordo com a publicação dos resultados desta pesquisa, ciente da garantia quanto ao sigilo das minhas informações pessoais e ao meu anonimato.

São Pedro do Turvo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_ Assinatura do Participante

Eu, Cristhiane Comitre Garcia, pesquisadora responsável pelo estudo, obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do PARTICIPANTE para a participação na pesquisa. Os resultados somente serão divulgados em apresentações ou publicações com fins científicos ou educativos.

\_\_\_\_\_ Assinatura do Pesquisador

## ANEXO C

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Qual sua função e há quanto tempo atua na saúde Coletiva?
2. Relate sua rotina de trabalho e suas atribuições gerais.
3. Como avalia as relações de trabalho junto à sua equipe? E em relação à comunidade com a qual trabalha?
4. Como avalia seu desempenho em relação à promoção de saúde? Considera que seu trabalho é exitoso? Justifique sua resposta.
5. Dentre suas atribuições, você considera que desenvolve ações de promoção e/ou cuidado da saúde mental? Se sim, cite exemplos dessas ações. Caso considere que não, diga as razões que para que não esteja ligado(a) a essas ações.