

UNESP-UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TAÍS FERNANDA MAIMONI CONTIERI SANTANA

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA CARTOGRAFIA

BOTUCATU – SP

2013

TAÍS FERNANDA MAIMONI CONTIERI SANTANA

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA CARTOGRAFIA

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, junto ao Curso de Pós Graduação – Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dr^a. Maria Alice Ornellas Pereira

BOTUCATU – SP

2013

Nome: Taís Fernanda Maimoni Contieri Santana

Título: O cuidado em saúde mental na atenção básica: uma cartografia

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, junto ao Programa de Pós Graduação – Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dra.: Maria Alice Ornellas Pereira

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP- Departamento de Enfermagem

Assinatura:_____

Prof. Dra.: Eliana Mara Braga

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP- Departamento de Enfermagem

Assinatura:_____

Prof. Dra.: Ana Lúcia Machado

Instituição: Universidade de São Paulo/SP – Departamento de Enfermagem Materno- Infantil e Psiquiatria

Assinatura:_____

AGRADECIMENTOS

A Deus por me amparar nos momentos difíceis, me dar sabedoria e paciência para superar as dificuldades, iluminar os caminhos nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

- À minha família, a qual amo muito, pelo carinho, paciência e incentivo. Com toda certeza minha mãe Terezinha e meu pai Roberto (*in memoriam*) foram o alicerce necessário para todas as vitórias. Em especial aos meus filhos Gabriel e Murilo, grande incentivo para minhas escolhas. Eu aprendi o que era vida a partir dos vossos nascimentos.

- Ao meu esposo Júlio César, meu parceiro, cúmplice, companheiro, meu amigo, meu amor, meu muito obrigada.

- À minha orientadora Dr^a Maria Alice, que presente foi tê-la em minha vida. Agradeço-te imensamente por sua ajuda nos momentos mais críticos, por acreditar em mim e no futuro deste projeto, contribuir para o meu crescimento profissional e por ser também um exemplo a ser seguido. Sua dedicação e ternura jamais serão esquecidas por mim.

- Aos colegas de mestrado que fizeram parte desses momentos sempre me ajudando e incentivando.

- Aos meus colegas de trabalho pelo apoio e companheirismo, aqui em especial minhas amigas Daniela Garcia, Helena Mukai e Sandra Sanvido.

- Ao Centro Paula Souza, na pessoa de Marli Parra Asato, diretora da ETEC de Cafelândia, por ter me concedido o afastamento parcial das atividades escolares e que sem este seria muito difícil a conclusão deste mestrado.

- Aos docentes do Programa de Mestrado profissional, pelo dom do ensino e pela capacidade de transformar-nos em profissionais melhores; vocês são maravilhosos.

- À secretária Manuela Bottari pelo apoio técnico excepcional, carinho e dedicação.

- Às professoras Eliana Mara Braga, Magda D'elaqua e Carmen Monti, que participaram de minha banca de qualificação, vocês foram mais que especiais, agradeço pelas contribuições e acolhimento que fortaleceram ainda mais o meu trabalho.

- À Secretaria Municipal de Saúde de Cafelândia pela autorização da minha pesquisa.

- A todos os sujeitos da minha pesquisa (funcionários da ESF da Vila Belém) que, gentilmente, entregaram-se às minhas inquietações. A vocês, que foram os atores principais e que construíram esta história, os meus eternos agradecimentos.

EPÍGRAFE

COMPROMISSO

Transportam meus ombros secular compromisso.
Vigílias do olhar não me pertencem;
trabalho dos meus braços
é sobrenatural obrigação.

Perguntam pelo mundo
olhos de antepassados;
querem, em mim, suas mãos
o inconseguido.

Ritmos de construção
enrijeceram minha juventude,
e atrasam-me na morte.
Vive! — clamam os que se foram,
ou cedo ou irrealizados.
Vive por nós! — murmuram suplicantes.

Vivo por homens e mulheres
de outras idades, de outros lugares, com outras
falas.
Por infantes e velhinhos trêmulos.
Gente do mar e da terra,
suada, salgada, hirsuta.
Gente de névoa, apenas murmurada.

É como se ali na parede
estivessem a rede e os remos, o mapa,
e lá fora crescessem uva e trigo,
e à porta se chegasse uma ovelha,
que me estivesse mirando em luar,
e perguntando-se, também.
Esperai! Sossegai!

Esta sou eu – a inúmera.
Que tem de ser pagã como as árvores
e, como um druida, mística.
Com a vocação do mar, e com seus símbolos.
Com o entendimento tácito,
instintivo, das raízes, das nuvens,
dos bichos e dos arroios caminheiros.
Andam arados, longe, em minh'alma.
Andam os grandes navios obstinados.
Sou minha assembléia,
noite e dia, lucidamente.
Conduzo meu povo
e a ele me entrego.
E assim nos correspondemos.

Faro do planeta e do firmamento,
bússola enamorada da eternidade,
um sentimento lancinante de horizontes,
um poder de abraçar de envolver
as coisas sofredoras,
e levá-las nos ombros como os anhos e as cruzes.
E somos um bando sonâmbulo
passeando com felicidade
por lugares sem sol nem lua.

Cecília Meireles

RESUMO

A busca pela melhoria da atenção à saúde no país vem, ao longo de décadas, imprimindo um percurso caracterizado por enfrentamentos, desafios e avanços que evidenciam a importância da Atenção Básica no contexto da assistência. Neste, a temática do cuidado tem se mostrado importante, pois contém a essência das práticas na área da saúde. Nessa perspectiva, foi realizado estudo de natureza qualitativa, que teve como objetivo cartografar o cuidado prestado pelos profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família, ao portador de transtorno psíquico. Como referencial teórico, assumiram-se os preceitos de cuidado trazidos por Emerson Merhy, autor que dá subsídios para a temática proposta, assim como se recorreu à obra de Benedito Saraceno, autor que sustenta a discussão pertinente à Reabilitação Psicossocial. A cartografia viabilizou a construção de mapas ao acompanhar percursos e movimentos circulantes que envolvem o cuidado prestado no serviço e as forças que movem as pessoas na execução deste ao portador de transtorno mental. A análise foi amparada pela elaboração dos territórios: do fazer, do pensar o fazer e dos entraves/desafios. Os resultados apontaram para o cuidado embasado no modelo médico hegemônico, com forte presença da medicalização. Os sujeitos do estudo revelaram sentimentos ligados à impotência, à angústia e ao despreparo frente à execução de cuidados em nível de saúde mental na atenção básica, enfatizaram os entraves para a efetivação do vínculo, da coparticipação e do comprometimento para vislumbrarem avanços no cotidiano das práticas em saúde.

PALAVRAS CHAVE: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, CARTOGRAFIA, CUIDADO, SAÚDE MENTAL.

ABSTRACT

The search for improving the attention to health care in the country comes along decades printing a pathway characterized by confrontations, challenges and developments that emphasizes the importance of Basic Care in the context of assistance. In this context, the thematic of care has been shown important because it contains the essence of practices in healthcare area. In this perspective was made a study of qualitative nature that aimed to mapping the care provided by professionals who acting in the Family Health Strategy to the bearer of mental disorders. As a theoretical referential was assumed the precepts of care provided by Emerson Merhy, the author who gives subsidies to the thematic proposed and was resorted to the work of Benedetto Saraceno, the author who sustains the discussion pertaining to Psychosocial Rehabilitation. The mapping has enabled the construction of maps following pathways and circulating movements that involve the care provided in the service and the forces which move persons in the execution of this care to the bearer with mental disorders. The analysis was supported by the establishment of territories: the making of, the thought of making, and the barriers/challenges. The results pointed to the care grounded in the hegemonic medical model with a strong presence of medicalization. The participants of the study revealed feelings linked to impotence, distress and unpreparedness against execution care in level of mental health in Basic Care, emphasized the obstacles to the effectuation of the link, the co-participation and commitment to envision advances daily practices in health.

Keywords: Primary Health Attention; Mapping; Care; Mental Health.

LISTA DE SIGLAS

CAIS	Centro de Atenção Integral a Saúde
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
RT	Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

Apresentação.....	9
1. Introdução.....	12
2. Abrangências do cuidado no território de saúde mental.....	21
3. Método.....	27
3.1 Contexto da pesquisa.....	29
3.2 Sujeitos.....	31
3.3 Procedimentos Éticos.....	31
3.4 Coleta de dados.....	32
3.5 Análise de dados.....	35
4. Cartografando o cotidiano de cuidados.....	36
4.1 Caracterização dos sujeitos.....	36
4.2 Elaborando o Fluxograma.....	37
4.3 Descrição do Fluxograma.....	39
4.3.1 Entrada.....	39
4.3.2 Recepção.....	40
4.3.3 Decisão.....	40
4.3.4 Cardápio.....	41
4.3.5 Saída.....	42
4.4 Explorando os territórios.....	43
4.4.1 Território do Fazer.....	44
4.4.2 Território do Pensar o Fazer.....	52
4.4.3 Território dos Entraves/Desafios.....	58
5 Considerações Finais.....	63
6 Referências bibliográficas.....	66
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	75
Apêndice B – Roteiro de Estudo de Caso Observacional.....	76
Apêndice C – Roteiro de Entrevista Profissional.....	77
Anexo I – Termo de Autorização da Pesquisa.....	78
Anexo II – Fluxograma Analisador.....	79

APRESENTAÇÃO

No ano de 1998 iniciei minha jornada pelo território da saúde, concluindo minha primeira formação como auxiliar de enfermagem. Neste mesmo ano fui surpreendida nos estágios supervisionados em saúde mental com um modelo de atenção à saúde que se instalava num território de sofrimento psíquico. Era um manicômio e neste, os “loucos” assim chamados, encontravam-se despidos, muitas vezes envolvidos em suas próprias fezes, se automutilando e agredindo funcionários e colegas. Que cenário de horror era este, eu me perguntava. No início, o medo tomava conta e eu mal conseguia me mover nos longos corredores daquele local. Porém, com o passar dos dias fui me envolvendo nas atividades curriculares e amadurecendo minhas críticas e reflexões. No ano seguinte, ingressei no curso de graduação em enfermagem, sempre motivada pelo cuidado àqueles que sofrem, e o campo da saúde mental continuava a permear meus pensamentos.

Ao tornar-me Enfermeira, ingressei na área acadêmica e assistencial concomitantemente atuando na saúde coletiva e ministrando aulas teóricas e práticas também nesta área. No ano de 2006, novamente tive contato com aquele mesmo hospital descrito acima, já como aluna do curso de especialização em Saúde Mental.

Para meu espanto, vi os “loucos” vestidos, utilizando talheres para se alimentar, alguns instalados em “casinhas”, denominadas de RT (residências terapêuticas) e nessa ocasião me perguntei: o que mudou neste território? Será que são os mesmos pacientes de outrora? Lembro que nesta ocasião se falava muito de Reforma Psiquiátrica. Na sequência, vi que seria esta a resposta da minha inquietação. Com o passar dos dias no local, pude constatar que sim, que era possível desospitalizar, caminhar para a desinstitucionalização, reinserir na sociedade àqueles que sofriam de transtorno psíquico e que estas pessoas necessitavam de atendimento integral e contínuo – cuidado esse, também extensivo às famílias.

Nesta mesma época, pude acompanhar a implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) em minha região, os quais se propunham ao fortalecimento da assistência extramuros desses portadores de transtornos psíquicos, sendo, portanto, instâncias importantes no

cenário dos serviços substitutivos ao anterior hospital psiquiátrico. Comecei a vivenciar um novo modelo de atenção à saúde mental, onde havia grandes expectativas na atenção básica como porta de entrada para as necessidades de saúde, principalmente no que tangia a Estratégia de Saúde da Família. Contudo, no dia a dia do trabalho pude presenciar ao longo de cinco anos de atuação, que na maioria das vezes, o que a Reforma Psiquiátrica propunha não era contemplado em nível de atenção básica, ainda com forte presença de medicalização, de preconceito e de exclusão. Sentia-me por diversas vezes, atrelada a uma assistência hospitalocêntrica, o que provocava grandes inquietações.

Diante do exposto, posso dizer que a mola propulsora deste trabalho é o cuidado em saúde mental, o qual me instiga a realizar esta pesquisa. Isso se tornou possível quando ingressei no Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Neste, fui contemplada com uma orientadora que acolheu minhas ideias, se tornando meu alicerce no decorrer deste percurso.

A pesquisa em construção apresenta-se com o objetivo de cartografar o cuidado em saúde mental na atenção básica, especificamente na ESF.

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

Cartografar também é um desafio, pois implica acompanhar um percurso e não estudar um objeto. É um processo que vai tomando forma, desenhando uma rede, que no meu estudo é a rede do cuidado que pretendo desvelar. Esta cartografia tornou-se um método ímpar neste estudo uma vez que a Reforma Psiquiátrica também está em processo, ou seja, em curso.

De acordo com Silveira ⁽¹⁾ toda a dimensão técnico-política dessa articulação incide francamente nos processos de trabalho na saúde pública e na saúde mental, bem como afeta diretamente os processos de subjetivação dos sujeitos em sofrimento. Desta maneira, este estudo visa refletir sobre esses processos de cuidado desenvolvidos com os usuários portadores de transtornos psíquicos na Estratégia Saúde da Família, a partir do momento que a atenção básica é considerada como um espaço privilegiado para o trabalho, com acolhimento das

necessidades e cuidado da demanda de saúde mental com intervenções que rompam com o modelo manicomial e segregador. Isso implica em intensas transformações nos ambientes produtores de saúde.

Justifica-se ainda a necessidade de realizar esse estudo, pelo fato de que a inserção da saúde mental na atenção básica é uma estratégia importante para a reorganização da atenção à saúde, necessária e urgente, para a produção de um trabalho dentro do princípio da integralidade e com modos de trabalho que rompam com as relações de desigualdade, preconceito e tutela. Segundo Dimenstein ⁽²⁾, essa articulação é uma estratégia para tentar modificar os processos de trabalhos institucionalizados, para que estes não sejam fragmentados e parcializados, pois na atenção básica, em especial através da atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) é onde ocorre de modo mais próximo da comunidade, a criação de vínculos e confiança e isto é um dos requisitos para um efetivo trabalho de desinstitucionalização da loucura.

Espero que, com esta pesquisa, eu possa contribuir no fortalecimento das ações profissionais no campo do cuidado contemplado nos moldes da Reforma Psiquiátrica e nas políticas de saúde mental vigentes na Atenção Básica.

1 INTRODUÇÃO

A busca pela melhoria da atenção à saúde no país vem, ao longo de décadas, imprimindo um percurso caracterizado por enfrentamentos, desafios e avanços que evidenciam a importância da Atenção Básica no contexto da assistência.

A atenção básica tem como marco importante as políticas de saúde que possibilitam o desenvolvimento de ações para a melhoria da qualidade de vida da população. Dentro desse marco, podemos citar as Leis de vigência das ações e serviços na atenção básica, como na Constituição Federal de 1988. Essa diz respeito à saúde como direito de todos e dever do estado, garantida pelas políticas sociais e econômicas que visam a redução dos riscos de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde ⁽³⁾.

Segundo o Pacto pela Saúde de 2006 ⁽³⁾, a Atenção Básica se define como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção, proteção e manutenção dessas. Seu desenvolvimento ocorre por meio de exercícios e práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas na forma de trabalho em equipe dirigida à população de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária considerando a dinamicidade existente em cada território em que vive a população. As tecnologias nessa área são utilizadas para melhor resolver os problemas de saúde dos usuários que recorrem à assistência, orientando-se pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que compreende a universalidade, acessibilidade, integralidade, equidade, participação social e humanização. Desse modo espera-se que o sujeito seja considerado em sua singularidade, complexidade, integralidade e na inserção sócio-cultural possibilitando assim a promoção, a prevenção de agravos à saúde, a tratamento de doença e a redução de danos ou sofrimento que possam promover a vida de modo saudável.

No artigo 197 da Constituição Federal ⁽³⁾, explicita-se a relevância pública das ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado. Já no artigo 198 estão elencadas as ações e serviços públicos de saúde

que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único e organizado de acordo com suas diretrizes que são a descentralização com direção única de cada esfera de governo, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais, e a participação da comunidade. Um marco também importante na atenção básica é a lei 8080/90 que define a saúde como direito de todos os cidadãos do país ao atendimento digno de suas necessidades de saúde. Nessa se destacam os princípios que regem o Sistema Único de Saúde que são a universalidade, a integralidade e a equidade ⁽³⁾.

No Brasil, a portaria nº 2.488, de outubro de 2011, que 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), define Atenção Básica como:

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral.” ⁽⁴⁾

Desse modo, a Estratégia Saúde da Família (ESF) visa desenvolver a prevenção e a promoção da saúde na comunidade, mediante ação assertiva com a população. Esse modelo de atuação prioriza a atenção básica à saúde, como alternativa à estratégia centrada exclusivamente na doença ⁽³⁾. O programa é desenvolvido por uma equipe básica composta por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, podendo ser ampliada com a participação de um dentista, um auxiliar de consultório

dentário e um técnico em higiene dental. A atuação das equipes da ESF ocorre nas unidades básicas de saúde e nas residências da população atendida, configurando-se como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde ⁽³⁾.

Neste contexto da atenção básica, destaca-se a atenção à saúde mental, que seguindo os princípios da reforma psiquiátrica em curso no país, tem se mostrado necessária, uma vez que evidencia a necessidade do atendimento integral e contínuo da pessoa acometida por transtorno mental, para que o processo de desinstitucionalização aconteça de fato.

Para o Ministério da Saúde, 21% da população brasileira necessitam ou vão necessitar de atenção e atendimento em algum tipo de serviço de Saúde Mental, esta se divide em três grupos:

- Grupo 1: 3% da população em geral que sofre com transtornos mentais graves e persistentes. Este grupo necessita de atenção e atendimento mais intenso e contínuo em Saúde Mental.
- Grupo 2: 6% da população que apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Este grupo também necessita de atenção específica e atendimentos constantes.
- Grupo 3: 12% da população que necessita de algum atendimento em Saúde Mental, seja ele contínuo ou eventual. Este grupo, no qual estão incluídos os inadequadamente denominados “males menores”, é o que mais cresce atualmente. Nele estão inseridos os pacientes com transtornos depressivos e ansiosos. É o grupo que lota os serviços extra-hospitalares e constitui-se numa das maiores causas de afastamento no trabalho, necessitam de acompanhamento ambulatorial específico. ⁽³⁾

A reforma psiquiátrica brasileira é um processo em construção. Tem como ponto forte a desinstitucionalização que, para Rotelli, Leonardis e Mauri ⁽⁵⁾, é um processo social complexo, que deve envolver todos os atores sociais, visando modificar a forma de organização das instituições psiquiátricas, criando estruturas que venham substituí-las. Isto, sem dúvida, é um processo em movimento, dinâmico, que requer mudanças nos modelos de atenção à saúde, envolve assistência à

família, visa à reinserção da pessoa na sociedade e busca a reabilitação psicossocial.

O processo de Reforma Psiquiátrica surge no contexto nacional a partir da década de oitenta, como proposta à ruptura do modelo clínico-psiquiátrico centrado na referência hospitalar, em um processo de desconstrução e reconstrução da atenção à pessoa que sofre mentalmente.

Assim, a atenção psicossocial nos remete às práticas de reinserção e permanência desse sujeito no convívio social, o que exige articulação da atenção básica com as novas propostas dos serviços substitutivos à hospitalização psiquiátrica ⁽⁶⁾. Ao considerar a abrangência do processo de transformação da assistência psiquiátrica, Amarante ⁽⁷⁾ reitera que o tratamento e a instituição do cuidado deixam de significar apenas a prescrição de medicamentos e a aplicação de terapias, para ocuparem-se dos sujeitos e não apenas da doença.

Reforçando o vínculo entre a assistência psiquiátrica e a atenção básica está a Declaração de Caracas ⁽⁸⁾, que tem como princípios e valores o respeito pelos direitos das pessoas com doenças mentais e o reconhecimento da importância dos cuidados na comunidade ⁽⁹⁾. Assim, apresentou-se, com dois grandes objetivos que seus signatários preconizaram a superação do modelo do hospital psiquiátrico e a luta contra os abusos e a exclusão de que são vítimas as pessoas com problemas de saúde mental - foram adotados como as grandes metas mobilizadoras de todos os movimentos de reforma de saúde mental ocorridos na América Latina e Caribe, a partir de 1990 ⁽⁹⁾.

Dentre as recomendações da OMS para a organização de redes de atenção psicossocial, destaca-se a oferta de tratamento na atenção básica e a organização de ações em saúde mental no contexto comunitário. Realça-se nesse cenário a reabilitação psicossocial que, para Saraceno ⁽¹⁰⁾, compreende-se pelo conjunto de ações que se destinam a aumentar as habilidades do indivíduo, diminuindo, conseqüentemente, suas desabilitações e deficiências, podendo, também, no caso do transtorno mental, diminuir o dano. Para que esta reabilitação aconteça de fato, é importante a reinserção da pessoa na sociedade.

Nessa perspectiva, ao considerarem a relevância da ESF, Vanderlei e Almeida ⁽¹¹⁾ destacam que a principal mudança com a proposta da ESF é focar na atenção, deixar de ser centrado exclusivamente no indivíduo e na doença, passando também para o coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação.

Silveira e Vieira ⁽¹²⁾ apontam as potencialidades identificadas na interface entre a saúde mental e a ESF referindo-se de modo especial à possibilidade de descentralização das ações desenvolvidas intra-consultórios e de despsiquiatriação do cuidado em saúde mental. Nesse modelo de atenção, a pessoa e a família são vistos como cidadãos com biografia particular, com território existencial e geográfico conhecido, por isso, a ESF é considerada como um dos dispositivos fundamentais para as práticas de saúde mental ⁽¹³⁾.

As políticas de saúde mental vigentes no Brasil recomendam que o atendimento aos pacientes psiquiátricos seja efetuado por equipes multidisciplinares, atuando na perspectiva de realização de diversas tarefas que incluem a busca de adesão ao tratamento, o controle da sintomatologia, a orientação familiar e comunitária, a articulação entre os serviços assistenciais e a avaliação de programas ⁽¹⁴⁾.

No entanto, estudos confirmam que, em quase todos os países que vêm desenvolvendo políticas de saúde mental ancoradas nas linhas comuns disseminadas pela Organização Mundial de Saúde, dentre eles o Brasil, a organização de novos serviços enfrenta barreiras semelhantes e coloca em cena, dentre outros aspectos, a dificuldade da maior parte dos países em desenvolverem e sustentarem tais políticas. Nesse cenário, se deve levar em conta a dificuldade em priorizar o desenvolvimento de serviços substitutivos; a presença ainda forte dos hospitais psiquiátricos, a falta de conhecimento sobre as necessidades de saúde mental da população, a dificuldade em definir prioridades assistenciais desse campo, ^(15,16) assim como os enfrentamentos vividos pela família do portador de transtorno mental ⁽¹⁷⁾.

Atrelados ao percurso da assistência, permanecem vigentes os aspectos ligados ao preconceito e à exclusão pelos quais sofrem as pessoas acometidas pelo transtorno mental. Tal apontamento constata-se na afirmação: “Exclusão, eis aí numa só palavra a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde os seus primórdios até os dias de hoje”. ^(18, p. 37)

Wanderley ⁽¹⁹⁾ destaca que este caráter de naturalização da exclusão é reforçado e reproduzido por meio de representações, crenças e estigmas, os quais também são naturalizados. O autor define estigma como cicatriz, aquilo que marca, denotando claramente o processo de qualificação e de desqualificação do indivíduo na lógica da exclusão. Diante desse cenário a família torna-se essencial, pois é nela

que muitas vezes doente de fato está inserido, mesmo como um estranho no seio familiar, como pode ser observado no estudo de Maciel, et al ⁽²⁰⁾ existe uma atmosfera notadamente insatisfatória e visões estereotipadas de cunho negativo e sentimentos desfavoráveis em relação ao doente mental. Tais estereótipos encontram-se presentes, ainda hoje, com representações como sem juízo, sem razão e agressivo; com atitudes de medo e exclusão.

Ainda com embasamento no estudo de Maciel, et al ^(20 p.123) a família tem representações da doença mental embasada na loucura e agressividade como se observa na afirmação “a família, por estar inserida na sociedade, acaba pactuando seus valores e representações; reproduzindo o discurso da sociedade, acrescido de suas vivências, adornadas pelo desgaste emocional e pelo sofrimento familiar. Mesmo entre os profissionais de saúde mental, permanecem as noções de periculosidade, pouco valor e ineficiência a despeito de seus conhecimentos e experiências com a doença mental”.

Ainda neste contexto, observamos que profissionais da saúde que lidam na prática com os portadores de sofrimento psíquico se expressam com ansiedade, utilizam mecanismos defensivos na assistência, se desvinculando do cuidado e da responsabilidade ⁽²¹⁾.

Segundo Borges, Argolo e Baker ⁽²²⁾, mudanças no processo produtivo organizacional em diferentes setores têm implicado novas exigências de qualidade do serviço e o desenvolvimento de novas habilidades pelo trabalhador. Tais transformações incidem particularmente nos serviços de atenção à saúde, em que o lidar com o sofrimento, quer seja orgânico, emocional ou social, demanda uma carga suplementar de competências interpessoais. Como em Pereira e Pereira Jr. ⁽¹⁷⁾, retratando que na visão da família como a unidade básica podemos pensar que para cumprir o papel de provedora ela necessita, além dos recursos institucionais, do preparo e do apoio de profissionais.

No processo de ampliação das Políticas Públicas no país, O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. O principal objetivo foi o de 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 resolubilidade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde ⁽²³⁾. Desse modo, percebe-se um

movimento na tentativa de ampliar a rede de oferecimento de serviços ligados à área de saúde mental. No entanto, tal afirmativa nos remete à indagação: como tem se dado o processo de cuidado em saúde mental na comunidade? Como a Estratégia Saúde da Família vem contemplando o cuidar em saúde mental? Como os profissionais envolvidos nessa área têm vivenciado o cuidado?

Para Merhy ⁽²⁴⁾, a vida real dos serviços de saúde tem mostrado que conforme os modelos de atenção que são adotados, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a cura e a promoção.

O cuidado fragmentado e o corpo biológico com doença instalada imperam nos processos de trabalho e nas ações dos profissionais de saúde, como se o usuário não fosse um ser humano e sim uma parte orgânica doente. Com esse pensamento este usuário não consegue acreditar no serviço de saúde, desarticulando o cuidado do acolhimento, que é bastante relevante quando se trata de ações em saúde mental. É o que reforça Merhy ⁽²⁵⁾ quando destaca que, os usuários, enquanto portadores e fabricantes das necessidades de saúde são mais complexos, têm modos qualitativos de viver a vida, são coletivos expostos a riscos, necessitam de relações, de encontros vinculantes e acolhedores, têm tensões entre autonomia e heteronomia para andar a vida, possuem desejos, como também são constituídos de corpos biológicos.

Como aponta Mendes ⁽²⁶⁾, as necessidades do ser humano não são quaisquer: aparecem como aquilo que precisa, necessariamente, ser satisfeito para que esse ser continue sendo um ser.

Embora avanços no campo da assistência à saúde tenham ocorrido, o cuidado em saúde mental tem se mostrado incipiente na atenção básica. Nessa, é possível observar a manutenção e a continuação do modelo de atenção centrado nos aspectos biológicos em detrimento dos aspectos psicossociais, mostrando-se necessária interlocução entre esses aspectos.

Vê-se que os profissionais são incitados a desenvolverem o cuidado na perspectiva da integralidade e esse, necessita de competências para o atendimento de demandas e variedade de tecnologias possíveis de serem produzidas e consumidas no processo de trabalho. Incluem-se neste processo as tecnologias leves que envolvem as relações entre os sujeitos, implicando vínculo, acolhimento e gestão; as tecnologias leves-duras que se referem aos saberes estruturados que operam o processo de trabalho, tais como a epidemiologia, a comunicação social e

outros e as tecnologias duras que, por sua vez, englobam os equipamentos tecnológicos, tais como máquinas, normas, estrutura organizacional, entre outros ⁽²⁷⁾.

E afinal em que sentido revela-se o cuidar? A compreensão de cuidado no âmbito da atenção básica e da saúde mental é vista por Ayres ⁽²⁸⁾, com uma compreensão ampliada, que não se refere ao conjunto de recursos e medidas terapêuticas, mas o cuidado entendido como um constructo filosófico, com o qual queremos designar, simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica. Isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos, objetivando o alívio de um sofrimento ou a aquisição de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente direcionado a essa finalidade.

O cotidiano da assistência tem possibilitado observar que há uma dissonância nas ações em saúde mental na ESF, entre o que se é preconizado em relação ao cuidado ao portador de transtorno psíquico e o que se revela nesta assistência, que muitas vezes, se distancia dos princípios básicos preconizados pelo SUS como hierarquização, responsabilidade pelo território, integralidade, resolubilidade.

Na visão de Santos ^(29, p.28), o espaço geográfico é “um conjunto indissociável de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se apresentam como testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado e do presente”. Com referência a atenção básica a ideia de território caminharia então do político para o cultural, ou seja, das fronteiras entre os povos aos limites do corpo amparado pelo sentimento entre as pessoas. Isto aponta para novas propostas amparadas por Santos e Silveira ⁽³⁰⁾, onde a abordagem de território abre boas possibilidades para a compreensão das ações em saúde, particularmente para a atenção básica, como para o entendimento contextual do processo saúde-doença, principalmente em espaços comunitários.

Na leitura do território é também possível observar a existência de uma rede de serviços de saúde que se movimenta, se compõem de dinâmicas próprias e que têm a atenção básica como estrutura importante no processo assistencial. Ao considerar tal contexto, acreditamos que a temática do cuidado é um campo fecundo e que a investigação dirigida a este campo poderá contribuir para a expansão e melhoria da assistência. Ressalta-se ainda a relevância deste estudo, pois as políticas de saúde mental vigentes contemplam o cuidado dentro dos princípios da integralidade, reorganizando o modelo de atenção à saúde e direcionando-o a

atenção básica, especificamente na ESF; sendo encontrado neste território o vínculo e a confiança necessária ao processo de desinstitucionalização ⁽²⁾.

Nessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo: cartografar o cuidado prestado ao portador de transtorno psíquico na Estratégia Saúde da Família.

2 ABRANGÊNCIAS DO CUIDADO NO TERRITÓRIO DE SAÚDE MENTAL

“Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: ‘Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver.’”

(Heidegger)

A essência das ações no território da saúde mental se revela no cuidado; cuidado este que perpassa na história de diversas formas, clamando por atenção. Ao adentrarmos no processo histórico da atenção à saúde, torna-se relevante um resgate do tipo de atendimento que ora se ofertava.

A medicina clássica era centrada no indivíduo, e é somente com a reorganização do espaço hospitalar “... a partir de uma tecnologia que pode ser chamada política: a disciplina” na qual há a possibilidade da medicina fortalecer-se como um saber científico acerca do indivíduo e da população ⁽³¹⁾. A partir dessa época, tanto indivíduo quanto sociedade começam a dar maior atenção à saúde, desvinculando-se das práticas religiosas e de curandeirismo e valorizando a tecnologia e a ciência.

Desta forma, a medicalização e os cuidados embasados em tecnologia vão numa certa progressividade dando significado nas ações de saúde. E essas ações se dão simultaneamente ao nível da espacialização, quer seja no “corpo individual” ou no “corpo social”, reforçando ainda mais os efeitos político-ideológicos que podem desencadear. ^(†)

Trabalhar com saúde-doença nos remete ao pensamento de que é necessário que as ações se desenvolvam em instituições de cuidado, seja este físico ou psíquico. Assim, Ayres ^(32, p.17) diz que... “cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele”. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; a que se sustentar ao longo do tempo, certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma de vida que quer se opor a dissolução, que quer garantir e fazer valer sua presença no mundo.

Desse modo, entende-se que a organização do processo de trabalho deve pautar-se na dimensão cuidadora e na produção de saúde. Deve, ainda, no que diz respeito à Saúde Mental, organizar-se segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica. Merhy ⁽²⁵⁾, autor que tem trazido contribuições no campo do cuidado, revela que produzir saúde requer a valorização do acolher, do responsabilizar, do resolver, e do autonomizar. Acrescenta que cuidar significa o encontro entre um trabalhador de saúde e um usuário, no qual há um jogo de necessidades e direitos, em que o usuário se coloca como alguém que busca uma intervenção que lhe permita recuperar, ou produzir, graus de autonomia. E ainda, segundo Merhy ⁽²⁵⁾, ao pensarmos nos nós críticos, observamos que, no campo da saúde, o objeto não é a cura ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, através do qual, poderá ser atingida a cura e a saúde, que são de fato os objetivos que se quer atingir.

O que se tem percebido, é que nos estabelecimentos promotores de saúde o cuidado ainda encontra-se fragmentado, onde um doente pode ser assistido por um profissional sem que de fato suas “necessidades” tenham sido atendidas, revela-se a figura do “paciente” que aguarda sem autonomia e despersonalizado por uma ação de saúde que está longe de ser chamada de cuidado.

No âmbito da saúde mental, especificamente na atenção básica, percebe-se a necessidade dos profissionais serem encorajados a promover reformas biopsicossociais a partir de sua prática, de seu contato com a comunidade, ajudando a mesma a se organizar em busca de melhores condições de saúde.

As relações de proximidade entre as pessoas são capazes de possibilitar atitudes e espaços de cuidado, revela-se na responsabilização pelos laços afetivos e para o encontro intersubjetivo, desloca a noção de cuidado de sujeito-objeto para sujeito-sujeito, na perspectiva da pluralidade dialógica e da intensidade com que se estabelece a sintonia e o acolhimento do outro ⁽³³⁾.

Estar junto, envolvimento, confiança, ajudar o outro a manifestar-se pelo que há de melhor em si (reforço da dimensão saúde), oferecer suporte para superar limites ou adaptar-se a eles: eis um discreto conceito sobre o cuidado em saúde, que pode nascer da confluência destas noções, além do que relações interpessoais e interações sociais são compreendidas como a base do existir humano e antecedem as técnicas terapêuticas, desvelando-se na dimensão cidadã e política do cuidado. ^(33 e 34)

Desse modo, nos reportando ao cuidado dos que sofrem com transtornos psíquicos, a Reabilitação Psicossocial, resultado da desinstitucionalização, emerge como estratégia no tratamento, vislumbrando a necessidade de trocas afetivas, sociais e econômicas que torne possível o convívio na comunidade sendo um processo de reconstrução de vida. Segundo Saraceno ⁽³⁵⁾, a Reabilitação Psicossocial é um processo, um exercício pleno da cidadania, com vistas a melhorar o poder de contratualidade das pessoas nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social.

Nessa ótica, torna-se relevante que os trabalhadores em saúde mental se qualifiquem para programar ações que envolvam acolhimento, vínculo, integralidade e resolubilidade para as demandas dos serviços de saúde, como, também, que o cotidiano do serviço possibilite o exercício constante de repensar as práticas assistenciais e as relações que emanam do cuidado.

No território da atenção básica, no que diz respeito à saúde mental, Franco e Merhy ^(36, pg.2) reiteram “vamos construindo mapas do cotidiano do mundo trabalho, junto com cada um intensamente envolvido nesse mundo e nos quais se veem como parte e mesmo como protagonista de vários dos atos”. Ainda:

“ora, se a vida se produz de forma tão dinâmica no interior das unidades de saúde, como se estas fossem habitadas por uma autopoiese própria dos organismos vivos, é necessário compreender a importância, no caso da produção da saúde, o significado revelador daquela dinâmica, dos processos de trabalho sob o olhar das tecnologias de trabalho na ação micropolítica do Trabalho Vivo em Ato, agregados dos processos de formação de subjetividades, dos afetos mútuos e dos fluxos de intensidades que operam na formação da realidade”. ^(36 pg.2)

Afirma Boff:

“quando dizemos “ser-no-mundo” não expressamos uma determinação geográfica como estar na natureza, junto com plantas, animais e outros

seres humanos. Isso pode estar incluído, mas a compreensão de ser-no-mundo é algo mais abrangente. Significa uma forma de existir e de co-existir, de estar presente, de navegar pela realidade e de relacionar-se com todas as coisas do mundo. Nessa co-existência e com-vivência, nessa navegação e nesse jogo de relações, o ser humano vai construindo seu próprio ser, sua autoconsciência e sua própria identidade.”⁽³³⁾

Torre e Amarante^(37, p. 78) destacam que na clínica organizada em torno do eixo da integralidade, é preciso reconhecer que “na doença há uma construção de subjetividade radicalmente diversa, por isso nunca se pode tratar o sintoma, é preciso tratar o sujeito”. Ao refletir o processo do cuidado em saúde mental, Saraceno⁽³⁸⁾ afirma que o desafio é a transformação: ampliar o pensamento biopsicossocial em detrimento ao pensamento biomédico; da atenção terciária para a secundária e primária, de cuidados em curto prazo para longo prazo, ou seja, através de um trabalho em equipe buscar a reabilitação do sujeito em sofrimento psíquico.

Pensando na perspectiva de cuidado no campo da saúde, Ayres considera que:

“Existe uma potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida, ou seja, a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre as tecnociências médicas e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz, a que estamos chamando de Cuidado. Enfim, é necessário resignificar as práticas para que se desloquem num movimento de dimensão ético-política, o que se dá na medida em que nos colocamos em naturalização das concepções de homem e de saúde/doença.”^(28 p.85)

Nas concepções de Miranda, Rocha e Sobral^(39, p.184) ressalta-se o não compartilhamento com a orientação de que o cuidado deve antecipar a demanda, ou seja, deve-se conhecer a necessidade do indivíduo para, a partir dela, promover o cuidado. Definem cuidar como “acolher o sujeito que se comporta de forma diferente, mover-se com ele no cotidiano e interagir, possibilitando alternativas de expressão da sua produção psíquica, o que é fundamental na construção do processo de viver saudável”.

Nessa perspectiva, além de acolher o sujeito com sua história de vida pautada em seu contexto psicossocial, a intervenção terapêutica, no território da saúde, deve sediar o acolher, o ouvir e intervir por meio de instrumentos e ações que possibilitam reabilitar e, com isso, buscar a construção de uma melhor qualidade de vida.

Corroborando com os preceitos de Merhy ⁽⁴⁰⁾, refletir sobre o modo de se trabalhar em saúde, a sua configuração tecnológica e as características dos trabalhadores da saúde como sujeitos implicados com os processos produtivos, que visam à produção do cuidado junto aos usuários, são movimentos reflexivos necessários, para se entender a conformação histórica e social do campo da saúde, enquanto lugar de práticas, e sua conformação, enquanto serviço. Ainda concordando com o autor, neste percurso, torna-se decisiva a compreensão da concretude que o ato cuidador adquire a partir de suas características intrínsecas, a presença tensa da relação tutelar e liberadora de um sujeito sobre o outro, de modo comprometido e “amarrado” a possíveis agenciamentos de processos de ganhos de autonomia pelo outro, que busca uma tutela outorgada do ato cuidador.

Reforçando a necessidade de ressignificar o outro, se entende a necessidade de um olhar especial, de se colocar no lugar do outro na relação interpessoal com consideração, valorização e identificação. Deste modo, Jodelet ^(41, p.47-48) afirma que “a alteridade é produto de duplo processo de construção e de exclusão social que, indissoluvelmente ligados como os dois lados duma mesma folha, mantêm sua unidade por meio de um sistema de representações”.

A prática da alteridade conduz da diferença à soma nas relações de cuidado entre os seres humanos revestidos de cidadania. Rolnik ^(42, p.1) define alteridade como: “... o plano das forças e das relações, onde se dá o inelutável encontro dos seres, encontro no qual cada um afeta e é afetado, o que tem por efeito uma instabilização da forma que constitui cada um destes seres, produzindo transformações irreversíveis. Em outras palavras, a existência inelutável do plano da alteridade define a natureza do ser como heterogenética”.

Assim, pela relação de alteridade é possível estabelecer uma relação pacífica e construtiva com os diferentes, na medida em que se identifique, entenda e aprenda a aprender com o contrário.

Merhy ⁽⁴³⁾ afirma que nos relacionamentos entre trabalhadores e usuários da saúde, permanentemente se observa “máquinas” de produções de subjetividade, as quais estão presentes no modo de sentir, representar e vivenciar necessidades.

Para Guatari e Rolnik ^(44 p.25), “o sujeito dentro da tradição da filosofia e das ciências humanas é tratado como algo do domínio de uma suposta natureza humana, e que eles propõem, ao contrário, da idéia de uma subjetividade de natureza industrial, maquinica, ou seja, essencialmente fabricada, modelada,

recebida, consumida.”

Machado ⁽⁴⁵⁾ considera que a subjetividade sempre está presente no contexto dos sentidos e significados do cotidiano, ressalta que há e haverá pretensões de definir a subjetividade, porém, este quase conjunto de saberes não é passível de um enquadramento conceitual, pois é da ordem das experimentações e das intervenções.

Para Silva, Merhy e Carvalho ⁽⁴⁶⁾, os novos modos de produzir saúde no cotidiano dos serviços podem ser criados a partir de três eixos: competência para ouvir o usuário, acolher sua demanda e habilidade de articular conhecimentos de projetos terapêuticos individualizados.

3 MÉTODO

Este estudo tem natureza qualitativa.

Uma pesquisa qualitativa verifica uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números ⁽⁴⁷⁾.

Reforçando a idéia de subjetividade, Minayo ⁽⁴⁸⁾ retrata o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, aprofundando as relações, processos e fenômenos não os reduzindo apenas as variáveis. Ainda para Minayo ^(49, p. 56), o método qualitativo é “aquele capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais”.

Turato ⁽⁵⁰⁾ enfatiza que no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Tais premissas nos remetem à Guattari e Rolnik ⁽⁴⁴⁾ que afirmam ser a subjetividade um processo que se autoproduz, é essencialmente fabricada e modelada no registro social, na produção da fala, na sensibilidade, na produção do que não se cola absolutamente à representação do indivíduo, mas é adjacente a uma multiplicidade de processos de produção de universos de valor e de universos históricos.

No presente estudo, para compreender os fenômenos nos contexto em que ocorrem e do qual são partes, será utilizada a cartografia, onde se faz presente a leitura de uma realidade.

A cartografia é um método formulado por Gilles Deleuz e Félix Guattari (1995) que visa acompanhar um processo, e não representar um objeto ^(51, p.32). Nessa abordagem, valoriza-se o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo estudada. Mairesse ^(52, p.259) afirma que a cartografia acontece como um dispositivo, pois, no encontro do pesquisador com seu “objeto”, diversas forças estão presentes, fazendo com que ambos não sejam mais aquilo que eram. Nesse sentido, o método cartográfico “desencadeia um processo de desterritorialização no campo da ciência, para inaugurar uma nova forma de produzir o conhecimento, um modo que envolve a criação, a arte, a

implicação do autor, artista, pesquisador, cartógrafo”.

Para Franco e Merhy ⁽⁵³⁾, os processos de trabalho analisados por ferramentas cartográficas, possibilitam captar o trabalho vivo, dinâmico permitindo ao cartógrafo por meio do “olho vibrátil”, perceber a produção no campo da saúde a partir de suas intensidades e afetamentos.

A cartografia busca traçar movimentos num dado terreno, que segundo Rolnik ⁽⁵⁴⁾ é uma produção de sentidos produzidos por outros sentidos numa viagem de intervir/pesquisar.

A cartografia surge como um modo de acompanhar percursos, de implicar processos de produção, de perceber as conexões de redes ou rizomas, de possibilitar o acompanhamento de movimentos. De possibilitar a construção de mapas. As entradas de uma cartografia são múltiplas, pois o rizoma não tem um centro de organização, é um sistema acêntrico. Assim, a realidade é concebida como um mapa móvel e nele nada se decalca ⁽⁵⁵⁾.

Tal citação fica ainda mais interessante quando buscamos a etimologia da palavra decalcar: “ato ou efeito de decalcar, desenho ou imagem decalcada, cópia, plágio” Decalcar é reproduzir um desenho decalcando, imitar servilmente, quase copiando ⁽⁵⁶⁾.

Gomes e Elisa ⁽⁵⁷⁾ ressaltam que a cartografia propõe uma discussão metodológica que se utiliza na medida que ocorrem encontros entre sujeito e objeto em uma perspectiva de acolher a vida em seus momentos de expansão. Neste contexto, a cartografia se faz necessária uma vez que detecta de paisagens às expressões, traçando como um mapa, as linhas ou mesmo, os movimentos de um processo de trabalho.

“Dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devora as que lhe parecem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias.” ^(58, p. 16)

Deleuze ^(59, p. 47) reitera que “o que há de interessante, mesmo em uma pessoa, são as linhas que a compõem ou que ela compõe, que ela toma emprestado ou que ela cria”.

3.1 CONTEXTO DA PESQUISA

O município de escolha da pesquisa faz parte do noroeste paulista, denominado Cafelândia, pertence à DRS VI – Bauru e conta com 16.607 habitantes, sendo 8.174 homens e 8.433 mulheres, tendo como municípios limítrofes: Novo Horizonte, Júlio Mesquita, Pongaí, Guarantã, Lins e Sabino. ⁽⁶⁰⁾

A economia do município tem como base a agricultura e a pecuária, com plantio de cana de açúcar e instalação de uma usina de álcool.

A presença de microempresas também é uma característica do município. A cidade conta com 100% de saneamento básico e tratamento da água, a população encontra-se em boas condições de moradia. O índice de longevidade é médio-alta, a expectativa de vida (anos) é de 71,84 e taxa de alfabetização é de 89,09%. ⁽⁶⁰⁾

O município de Cafelândia conta com oito estabelecimentos de saúde, sendo que destes, cinco realizam atendimento em nível de atenção básica, distribuídos em uma Unidade Básica de Saúde, três Unidades que desenvolvem a Estratégia de Saúde da Família e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF I). O NASF realiza o apoio matricial a oito municípios, que fazem parte do colegiado da região de Lins/SP. Os outros três estabelecimentos de saúde são: um hospital de pequeno porte filantrópico que conta com 58 leitos de internação (47 SUS), dois centros de serviço especializado sendo um oftalmológico e um de reabilitação auditiva. O atendimento relativo à área de saúde mental é realizado no próprio município nas unidades de ESF, como também no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) da cidade de Lins.

Foi iniciada a implantação da ESF no ano de 2000, sendo a primeira unidade localizada num bairro periférico denominado Vila Belém que possui uma população de baixas condições socioeconômicas. Cada unidade conta com equipe mínima composta por um médico, um enfermeiro, dois técnicos em enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal. Atualmente, duas unidades localizam-se em bairros periféricos do município e a terceira encontra-se em um distrito rural em aproximadamente 30 km da cidade. As três unidades contam com o apoio matricial do NASF I, que tem como equipe: um médico psiquiatra (vaga não ocupada no momento da pesquisa), um médico pediatra, uma psicóloga, uma

nutricionista, uma terapeuta ocupacional e uma artesã; esta equipe está coordenada por uma enfermeira.

Esta equipe do NASF I, em conjunto com os profissionais das ESF, presta atendimento em saúde mental de acordo com a demanda. Geralmente o primeiro contato da família e ou do portador de transtorno mental é com o profissional da ESF principalmente com o agente comunitário, o qual agenda consulta na própria unidade. Após a consulta médica, este paciente recebe encaminhamento para o serviço de saúde mental (CAPS I) no município vizinho (Lins/SP) onde passa por avaliação médica.

A partir deste atendimento, quando a medicação prescrita no CAPS é distribuída no município de origem do paciente, este retorna para ser atendido na ESF pelos profissionais que constituem a equipe da unidade. A equipe da ESF recebe o apoio matricial do NASF I, ou seja, os profissionais da ESF são apoiados pelos profissionais que compõem o NASF I, para realizarem atendimento de saúde mental na unidade. O município conta ainda com um médico clínico que tem como função prescrever os psicotrópicos, (na ausência de psiquiatra no município) para os pacientes que já passaram por avaliação do serviço de saúde mental de Lins. Caso o município não tenha o medicamento, esse paciente continua indo à cidade vizinha e sendo atendido no CAPS para atualização da receita médica.

Neste bairro, onde localiza-se a ESF tem um CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) é a unidade básica de atendimento e promoção de ações do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). É a porta de entrada do cidadão à rede de proteção social básica e trabalha na perspectiva da prevenção e minimização e/ou superação das desigualdades sociais. Algumas ações da equipe da ESF se desenvolviam, bem como eram apoiadas pela assistente social desta unidade, como por exemplo, o grupo da caminhada composto por idosos da comunidade, que visava reduzir os índices de glicose e hipertensão arterial de pacientes cadastrados no Programa HIPERDIA, bem como estimular a atividade física, que acontecia três vezes na semana, no período da manhã, idealizado e acompanhado pelos agentes comunitários de saúde e o passeio ao zoológico de Bauru que abrangiam pacientes em quadros depressivos e ansiosos. No CRAS também se desenvolvem palestras e orientações à comunidade local, com a participação de alunos de enfermagem e profissionais do NASF.

A unidade descrita foi escolhida devido ao fato de se localizar em um bairro

carente do município de Cafelândia, por atender maior demanda de pacientes com transtornos psíquicos. Outro aspecto importante nessa escolha consiste no fato da pesquisadora ter no local, atividades ligadas à docência e, portanto, manter contato direto com o contexto a ser pesquisado, fator indicado para se realizar um estudo cartográfico.

3.2 SUJEITOS

Os sujeitos do presente estudo são os profissionais da ESF: um Enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, como também trabalhadores do NASF I: uma psicóloga e uma enfermeira. Portanto, foram entrevistados nove profissionais. Houve recusa de dois profissionais, que alegaram motivos políticos e pessoais.

A escolha por estes profissionais se reforça pelo tipo de atendimento prestado, visto que, são eles que estão ligados à assistência direta ou à prestação de cuidados que envolvem o paciente, família e comunidade. Justifica-se a inclusão dos profissionais do NASF I na pesquisa, pois são estes que dão suporte à ESF nos cuidados em saúde mental, tanto na prescrição medicamentosa como nos encaminhamentos a serviços especializados e terapias.

Pensando na garantia de anonimato dos sujeitos entrevistados, optamos por utilizar nos depoimentos, nomes de flores.

3.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista (UNESP), aprovado e protocolado sob o nº. 4204-2012 em 07/05/12 (anexo I). Durante a pesquisa, foram assegurados o sigilo e o anonimato dos participantes, respeitando os princípios da ética, estabelecidos pela Resolução 196/96, que trata das Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi encaminhado e aprovado pela

Secretaria Municipal de Saúde de Cafelândia/SP para realização da coleta de dados na ESF (anexo II). Após as aprovações necessárias, realizamos uma apresentação do projeto para a equipe atuante na ESF. O convite também foi estendido aos profissionais do NASF que realizam o apoio matricial e alguma forma de cuidado em saúde mental.

3.4 COLETA DE DADOS

Após a aprovação pelo CEP e a anuência dos sujeitos a partir da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foi iniciada a etapa de coleta de dados. Nessa recorremos ao uso da triangulação proposta por Minayo⁽⁴⁷⁾. Esta seria a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa capazes de apreender as dimensões qualitativas do objeto, atendendo os requisitos do método qualitativo proposto neste trabalho. Para tal, utilizamos como estratégias metodológicas o Estudo de Caso Observacional (Apêndice B), a Entrevista Individual semiestruturada (Apêndice C) com os profissionais da ESF/NASF que prestam assistência ao portador de transtorno psíquico e o Fluxograma analisador (Anexo III).

Desse modo, ao buscar a aproximação com os sujeitos do estudo, o trabalho de campo foi importante, pois forneceu elementos do cotidiano de trabalho dos participantes. Lücke e André⁽⁶¹⁾ destacam a necessidade de a observação realizar-se de forma controlada e sistemática, atentando sempre ao objetivo do estudo. A cartografia ressalta a importância da observação dos vários aspectos do contexto pesquisado. Embora essa fase tenha seguido tal orientação, também foi elaborado um roteiro que buscou a apreensão de dados relevantes para o cumprimento do objetivo do estudo como: as atividades que se desenvolvem cotidianamente, as demandas de saúde mental recebida, as ações realizadas com esta demanda, bem como dificuldades e entraves. O material coletado foi anotado em um diário de campo, para ser posteriormente utilizado na fase de análise da pesquisa. Quanto à entrevista, valorizou-se o que o entrevistado verbalizou para a obtenção de informação. Assim, partindo da ideia de que a cartografia acompanha e investiga processos, sendo um método de pesquisa-intervenção, a entrevista se revela, pois propicia um clima no qual o entrevistado é livre para exprimir-se, permitindo que os

dados coletados ganhem forma, ou mesmo sejam desenhados.

“O que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais, é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesmo um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.” (48, p.109-110)

Quanto ao fluxograma, contribuem os autores Merhy, Magalhães, Rimoli, Franco e Bueno ⁽⁶²⁾ sustentando que este é instituído como um instrumento importante para elaboração da análise do conteúdo trazido pelos sujeitos pesquisados. O fluxograma analisador pode ser definido como um diagrama, representado por figuras universais, utilizado para desenhar todas as etapas do processo de trabalho, a partir da trajetória do usuário no serviço, a saber: a entrada e a saída do processo de produção de serviços (representada pela elipse), os momentos de decisão para a continuidade do trabalho (representados pelo retângulo) e o momento de intervenção, ação sobre o processo (representado pelo losango).

Nessa perspectiva, as etapas da coleta de dados serão descritas a seguir.

Todos os participantes receberam o mesmo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), foram informados sobre o objetivo do estudo e posteriores dúvidas.

Antes de iniciar as entrevistas pertinentes ao estudo, estive na unidade durante três meses (de maio a julho de 2012), pelo menos duas vezes na semana a fim de registrar em meu diário de campo o cotidiano do cuidado. Esses momentos foram únicos e preciosos para dar movimento à pesquisa, por terem me permitido maior aproximação com o cotidiano de trabalho dos sujeitos.

No mês de julho de 2012, agendei as entrevistas no melhor dia e horário para cada entrevistado, para que não houvesse prejuízo nas atividades bem como para que não atrapalhasse a rotina da unidade. Essas foram realizadas na unidade ESF, numa sala privativa, foi utilizado um roteiro relacionado com o objetivo da investigação. Nessa fase, foi utilizado o gravador para registro das falas. As entrevistas tiveram média de duração de vinte minutos.

Após a etapa de realização das entrevistas, de comum acordo com o grupo de participantes, foi agendada uma reunião com o objetivo de elaboração do

fluxograma. Assim, em meados do mês de agosto, a reunião teve início com a explicitação da pesquisadora sobre o uso do fluxograma analisador estabelecido por Merhy (já descrito anteriormente). Este considera que o fluxograma auxilia no entendimento do percurso do usuário na unidade de saúde, desde sua entrada até a saída.

Foi informado aos sujeitos o significado dos símbolos que compõem o fluxograma, depois foi solicitado que os participantes pensassem e elegessem um caso de um portador de transtorno psíquico que recebeu cuidados na ESF, e tendo o caso eleito, construísem o percurso do cuidado ofertado pela equipe. Assim, o caso traçador foi eleito por eles, sem hesitação e interferência da pesquisadora. Considera-se o caso traçador como um método que permite avaliar o processo de trabalho de uma equipe de saúde, a partir da reconstituição de um caso, possibilitando uma melhor observação do ato de cuidar prestado ao usuário. ⁽⁶³⁾

A lógica de construção do caso traçador baseou-se na ferramenta fluxograma analisador com o objetivo de observar mais atentamente a micropolítica do trabalho em saúde na produção do cuidado de um usuário ⁽⁴³⁾. Para tal foi necessário conversar com os trabalhadores de saúde, envolvidos na produção do caso e por meio das suas falas reconstruiu-se o caminho trilhado por uma usuária e seus momentos de interface em cada caminhar no processo de atendimento. Ao avaliar essa reunião, é possível afirmar que foi tranquila, com boa participação dos sujeitos; estes demonstraram gostar do processo de construção do fluxograma e não tiveram pressa para finalizar as etapas. Também, foi possível constatar que o fluxograma consiste em ferramenta disparadora para coletivizar a gestão dos processos de trabalho no contexto pesquisado.

O desafio, segundo Merhy ⁽⁴³⁾ implica em realizarmos um diagnóstico do trabalho cotidiano e traduzi-lo para um formato que seja visível e partilhável por todos, para que com base nele, possam ser traçadas algumas intervenções que se mostrarem necessárias e viáveis.

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

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para essa fase do estudo, ficaram estabelecidos como referencial teórico os preceitos de cuidado trazidos por Emerson Merhy, autor que dá subsídios para a temática proposta. Assim como recorreremos à obra de Benedito Saraceno, autor que sustenta a discussão pertinente à Reabilitação Psicossocial. Junto ao referencial teórico desses autores, outros autores foram trazidos para a discussão.

No processo de elaboração do estudo, foi percebido que os movimentos dinâmicos pulsantes na instituição oriundos do cotidiano do trabalho, ganhavam formas e contornos, assim como, o movimento contínuo de territorialização, desterritorialização e reterritorialização se faziam presentes. Mediante cenário, recorri à Gonçalves ⁽⁶⁴⁾ que, a partir da consideração dos territórios, buscou, didaticamente, possibilitar melhor compreensão do cotidiano do cuidado, visando elaborar o processo de análise dos dados de pesquisa.

Desse modo, no presente estudo que objetiva cartografar o cuidado prestado pelos profissionais da ESF às pessoas acometidas pelo transtorno mental, acompanhando os movimentos circulantes que envolvem o cuidado prestado no serviço e as forças que movem as pessoas na execução do cuidado ao portador de transtorno mental, os territórios foram considerados como: do fazer (como a equipe vem traçando seu cotidiano), do pensar o fazer (a partir das reuniões e o fluxograma analisador a equipe repensa seu cotidiano de cuidados) e dos desafios (considerando a própria rotina dos sujeitos frente à realidade vivida no cotidiano dos serviços e as forças que movimentam esse cotidiano).

Estes territórios visam mostrar os movimentos circulantes que envolvem o cuidado prestado nos serviços e as forças que movem as pessoas na execução da assistência ao portador de transtorno psíquico.

E com o preparo desses instrumentos ou dessas ferramentas, iniciei a etapa de exploração do material de análise.

4 CARTOGRAFIAS DO COTIDIANO DE CUIDADO

O rastreio não se identifica a uma busca de informação. A atenção do cartógrafo é, em princípio, aberta e sem foco, e a concentração se explica por uma sintonia fina com o problema. Trata-se aí de uma atitude de concentração pelo problema e no problema. A tendência é a eliminação da intermediação do saber anterior e das inclinações pessoais. O objetivo é atingir uma atenção movente, imediata e rente ao objeto-processo, cujas características se aproximam da percepção háptica.^(51 p18)

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Inicialmente, busquei caracterizar os participantes quanto à idade, sexo, profissão, cargo ocupado na ESF e NASF, bem como o tempo de trabalho.

A faixa etária dos sujeitos varia entre 23 a 57 anos de idade, sendo que 30 % estão entre 40 e 57 anos, 70% de 23 a 31 anos e quanto ao sexo 55% são mulheres e 45% são homens.

Em relação às profissões e cargos ocupados na ESF: um Enfermeiro, com uma larga experiência na Atenção Básica tanto assistencial como gerencial, inclusive participou ativamente do projeto e implantação da ESF; uma Auxiliar de enfermagem, conta com 24 anos de atuação na enfermagem, sendo que destes, 17 anos foram na atenção básica; cinco agentes comunitários da saúde: são bem aceitos em suas microáreas devido ao vínculo que construíram, dois deles, tem curso na área de enfermagem e um outro tem ensino superior em Pedagogia, o tempo mínimo de atuação dos agentes é de 2 anos e o máximo de 6 anos.

Com exceção do Enfermeiro que é funcionário estatutário todos os outros profissionais da ESF ocupam cargos por meio de concurso público promovidos pela Prefeitura Municipal.

Quanto ao tempo de trabalho na ESF varia de 2 a 10 anos entre todos os citados acima. Em relação as profissionais do NASF participaram: uma Enfermeira,

que atua na enfermagem há 25 anos, alé de desenvolver consultoria ao NASF, atualmente encontra-se com um cargo de direção num serviço de saúde mental do município vizinho e uma psicóloga, esta, recém contratada.

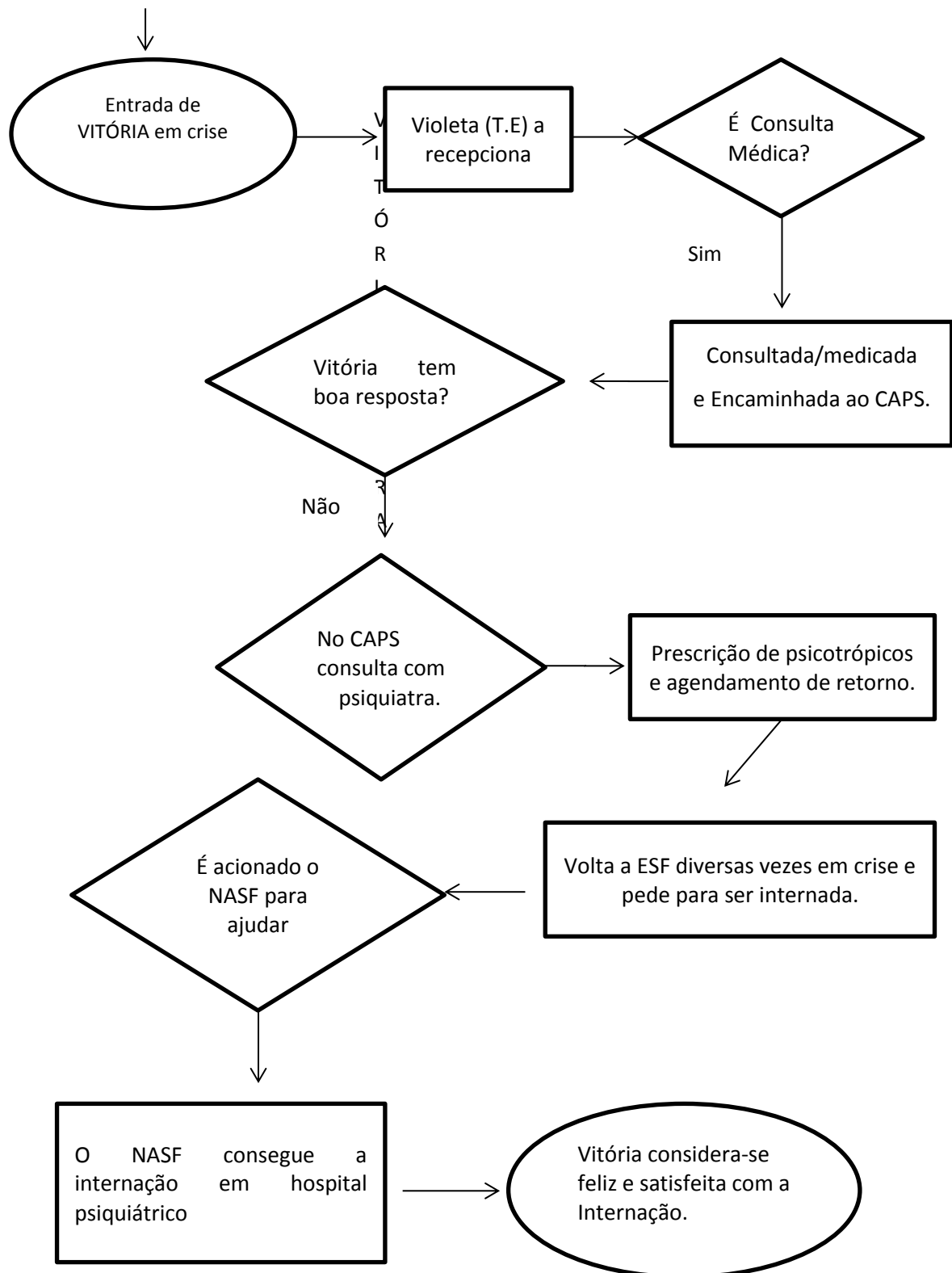
A partir dessa caracterização, observa-se que os profissionais em sua maioria tem a atuação na atenção básica com estabilidade no serviço público.

4.2 Elaborando o Fluxograma

Como ferramenta para demonstrar o cotidiano de cuidados, o Fluxograma Analisador foi usado, apostando que ele permite mostrar uma visão em vários níveis: institucional, em equipe e individual.

Ao acompanharmos a história dos devires de uma usuária na ESF, os fluxos conectivos que se formaram no âmbito da produção do cuidado, no serviço, tiveram forte potência produtiva, criando linhas de fuga, provocando desvios nos “itinerários terapêuticos”, quando os sistemas produtivos já não correspondiam a certas expectativas dos trabalhadores ou mesmo dos usuários na unidade ^(65, 66).

Em um primeiro momento, o fluxograma é mostrado em forma de diagrama, logo após cada fase será descrita separadamente a assistência à saúde, este instrumento tem o efeito de formar uma opinião entre os trabalhadores em torno da realidade e conduzir a equipe à reflexão da organização do processo de trabalho ⁽⁶⁷⁾.

Usuária: Vitória procura ajuda na ESF

4.3 Descrição do Fluxograma Analisador

4.3.1 Entrada

Nesta unidade de saúde (ESF), a usuária tinha livre acesso aos profissionais, pois ela sempre os procurava quando se agravavam as crises.

O agente comunitário era o elo entre a unidade e a micro área onde “reside” a usuária. As aspas estão presentes, pois na realidade, esta residência era para fins de endereço uma vez que ela perambulava pelas ruas a procura de alimento e afeto.

Na unidade, além da consulta médica e atendimento de enfermagem, os usuários recebem atendimento de outras áreas como: atendimento odontológico consulta psicológica e nutricional e atendimento de fisioterapia. Esta é a única unidade de saúde no bairro.

Algumas vezes, nas visitas domiciliares, deparei-me com situações chocantes, como um caso de um portador de transtorno psíquico extremamente sujo e faminto, cuja família colocava o colchão fora de casa para que ele pudesse dormir numa varanda.

Foi possível observar que a equipe, por diversas vezes, solicitou à população vestimentas e alimentos para o imediato socorro diante situação de casos extremos.

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

As visitas domiciliárias são realizadas de acordo com a prioridade da demanda. Foi percebido que algumas visitas acontecem devido à necessidade de realização de procedimentos de enfermagem, e outras, seguem a rotina peculiar ou estabelecida para serem desenvolvidas pela ESF, como as visitas realizadas pelos agentes comunitários de saúde.

4.3.2 Recepção

A recepção dos usuários é feita pela técnica de enfermagem, juntamente com os agentes comunitários de saúde.

Violeta fica na primeira mesa do lado da porta de entrada, por isso é a primeira a ser abordada pelo usuário. Ela considera o bom acolhimento primordial: *“Quero que eles saibam que podem contar comigo, mesmo quando não é da minha alçada. Acho que eles confiam no meu trabalho”*. (Violeta)

Alguns agentes comunitários ficam ao lado dela e ajudam-na com os impressos. Na maioria das vezes chamam a atenção dos usuários que não estão seguindo um determinado tratamento e brincam para descontrair o ambiente.

Vitória já era usuária da ESF antes mesmo de Violeta trabalhar lá, porém, tem um vínculo grande com esta funcionária. Quando Vitória chegava, em crise, Violeta a acalmava dando atenção e carinho, mesmo quando havia muitos usuários aguardando atendimento.

Certa vez, conta Violeta, que Vitória chegou à unidade com *“a menstruação escorrendo pelas pernas”*. Penalizada com a situação, Violeta foi pedir nas casas vizinhas à unidade, roupas íntimas e absorventes para Vitória.

4.3.3 Decisão

Os momentos decisórios eram os mais traumáticos, pois a equipe se sentia desprovida de recursos para tomar atitudes. Recursos estes apontados como falta de conhecimento sobre o que pensar e como agir.

Procurei descrever o processo decisório deste o início do contato de Vitória com a unidade até sua saída, e, neste percurso, acrescentei algumas formas de cuidado dispensadas pela equipe da ESF.

A partir do diagnóstico médico de transtorno psíquico, a equipe da ESF recebe o apoio matricial do NASF, estabelecendo alguns protocolos de atendimento. Os casos que eles consideram críticos são encaminhados aos CAPS do município vizinho. No caso de Vitória, esta já era usuária do CAPS e já havia sido internada

em várias instituições psiquiátricas, havendo melhora com a medicação ela retornava ao seio familiar onde era maltratada pela família, sendo vítima de exclusão, preconceito e até abuso sexual, segundo consta em seu prontuário.

4.3.4 Cardápio

Na ESF o atendimento consiste em consulta médica (Clínica Geral), com prescrição de psicotrópico e encaminhamento ao CAPS. Em período anterior à coleta de dados deste estudo, foram realizadas reuniões em grupo e oficinas terapêuticas, porém no momento, estas atividades não estão acontecendo.

A família sempre é abordada e orientada em relação à necessidade de compreender e ajudar o seu ente que requer cuidados. Todos os profissionais da ESF são convidados a participar das reuniões em grupo no NASF, nem sempre é possível a presença de todos devido as rotinas da unidade. Nestas reuniões foram abordados temas relacionados a saúde mental, principalmente sobre a reabilitação. Os agentes comunitários aprenderam trabalhos artesanais com a artesã para serem multiplicadores. Segundo a equipe, estas atividades proporcionadas têm o objetivo de reduzir o ócio dos usuários bem como levá-los a uma fonte de renda. A enfermeira do NASF é que coordena esta atividade embasada nas experiências vividas por ela no serviço de saúde da cidade vizinha onde também atua. Entre as atividades mais procuradas pelos pacientes estão o fuxico e o tricô.

O caso de Vitória foi trazido em discussão diversas vezes na unidade, pelo fato da mesma se deslocar até a residência dos profissionais da ESF e do NASF, esperando obter ajuda.

Certa vez ela arremessou pedras na janela da casa de um profissional e gritava *“Eu quero me internar, minha mãe não cuida de mim, me ajude”*. Em outras ocasiões ela se dirigia até à casa de outro na madrugada e chorava, pois relatava que tinha fome.

A equipe, então, pensa que a melhor saída para a situação apresentada é a internação – referida por eles de “lar” – já que em sua residência haviam outros portadores de transtorno psíquico que não a aceitavam e por eles considerarem que suas crises eram por falta de tomar a medicação corretamente.

Iniciaram, então, uma nova proposta de cuidado que consideravam a mais sensata: lutar para que Vitória conseguisse a internação. Nesta mesma época, as crises se agravavam mais e mais. Perceberam que, em seus momentos de lucidez, Vitória queria apenas uma família. Assim a equipe acreditou que o melhor lugar para acolhê-la seria o hospital psiquiátrico da cidade vizinha. (relatos de Violeta)

4.3.5 Saída

A saída de um usuário é de fato vivenciada pela equipe quando há melhora de um quadro ligado a aspectos orgânicos ou associado a transtornos mentais. Parece que este foi o momento encarado pela equipe como de realização e satisfação de um dever cumprido.

Vitória, hoje, encontra-se asilada em um hospital psiquiátrico a mais de um ano, sendo medicada e segundo a equipe, fora da crise. Ela reconhece a enfermeira do NASF que a atende no serviço, pois essa profissional também trabalha no referido hospital. Segundo o relatado, Vitória consegue participar de grupos terapêuticos e oficinas artesanais e conversa com outros moradores sem agressividade. Os sintomas psíquicos diminuíram bastante e o asseio corporal é constante.

4.4 Explorando os Territórios

Com o estabelecimento dos territórios, seguiu-se o acompanhamento da realidade experienciada pelos sujeitos, que aqui será retratada.

Procurei participar e caminhar junto aos movimentos de forças que se apresentaram na realidade da ESF, buscando descobrir o que emergia daqueles encontros e das relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários.

Segundo Deleuze e Guattari ⁽⁶⁸⁾, é possível conhecer através das afecções.

A cartografia, partindo desta ótica, pode ser entendida como um mapa de sensações, a partir das afecções sofridas pelo próprio pesquisador no campo de pesquisa. É possível modificar a paisagem estudada e deixar-nos modificar por ela.

Destaco que o sentimento de aproximação e envolvimento era percebido a cada ida ao campo e, com o encontro com outros corpos, a dicotomia existente entre sujeito-objeto era quebrada e, lembrando Passos e Barros ⁽⁶⁹⁾, instaurou-se uma relação onde pesquisador-cartógrafo e território de pesquisa se constituíam no mesmo processo, indagando-se os sentidos dos movimentos que se produziam no ato de pesquisar, expressando as suas singularidades.

Amparei-me em Rolnik, que afirma:

“É tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias”. ^(70, p.23)

Assim, segue a cartografia do cotidiano de cuidados, a que vou descrevendo traçada por um caminho, por vezes, cheio de buracos, aclives, declives, depressões e lombadas. Os movimentos dinâmicos presentes na instituição marcados pela ciranda da territorialização, desterritorialização e reterritorialização eram sentidos, o que me levou a buscar Gonçalves ⁽⁶⁴⁾, e estabelecer a divisão de territórios, facilitando a compreensão da dinâmica do cuidado prestado.

4.4.1 Território do Fazer

“É muito simples o que o cartógrafo leva no bolso: um critério, um princípio, uma regra e um breve roteiro de preocupações - este, cada cartógrafo vai definindo e redefinindo para si, constantemente. O critério de avaliação do cartógrafo você já conhece: é o do grau de intimidade que cada um se permite, a cada momento, com o caráter de finito ilimitado que o desejo imprime na condição humana desejante e seus medos. É o do valor que se dá para cada um dos movimentos do desejo. Em outras palavras, o critério do cartógrafo é, fundamentalmente, o grau de abertura para a vida que cada um se permite a cada momento” (58, p. 6)

Neste território, buscamos apresentar as ações dos trabalhadores da ESF no que tange ao cuidado do portador de transtorno psíquico, especificamente, de uma paciente trazida ou eleita pela equipe na fase de elaboração do fluxograma, como também, apresentamos o conteúdo elaborado pelos sujeitos ouvidos na fase das entrevistas, referente ao prestar o cuidado, assim como consideramos as anotações do diário de campo.

Portanto, iniciamos referindo o cuidado prestado à Vitória, uma usuária de trinta anos, diagnosticada com esquizofrenia, desde os primeiros contatos dessa com a equipe, até às ações que foram realizadas.

Durante os meses que transcorreu a pesquisa, pude acompanhar a dinâmica dos profissionais, observando que eles buscam trabalhar em equipe, com grande participação do ACS. Segundo o Ministério da Saúde ⁽³⁾, o trabalho em equipe é imprescindível para que se possam cumprir as seguintes atribuições comuns a todos os profissionais: participar do processo de territorialização; realizar o cuidado em saúde e responsabilizar-se pela população adscrita; garantir a integralidade da atenção; realizar a escuta qualificada, dentre outros.

A unidade de saúde pesquisada atende uma população caracterizada pela pobreza, segregação e exclusão, contrastando com o perfil ou com as características do município. No processo da assistência, o agente comunitário é figura ímpar no primeiro contato equipe-comunidade, sendo, então, responsável pelo elo e vínculo, uma vez que como morador e componente desse território, também é protagonista dessa realidade. Se retomarmos o conceito oficial da palavra vínculo,

vemos que é “tudo o que liga, ata e aperta” ⁽⁷¹⁾. Quando estamos ligados ou vinculados, somos corresponsáveis pelo que acontece na relação. O vínculo é, contudo, um fenômeno existente nas duas pessoas envolvidas em cada relação e influenciado pelas vinculações vivenciadas anteriormente por estas ⁽⁷²⁾.

Vitória já era uma personagem conhecida das equipes de saúde, já que perambulava pela cidade sem destino e, frequentemente, quando tinha fome e sentia a necessidade de tomar banho, procurava a Santa Casa local (hospital filantrópico de pequeno porte).

Por diversas vezes, anterior ao período de realização deste estudo, enquanto supervisora de estágio do curso técnico em enfermagem, pude presenciar a cena de Vitória, chegando ao hospital, chorando e dizendo: “ *tô com fome...quero internar...me ajuda moça*”, dirigia-se à recepcionista em gritos. Esta, por sua vez, encaminhava-a à ala de internação para tomar banho e receber uma refeição. Não ficava internada, pois a questão não era entendida por eles como um processo patológico, mas social. Recordo-me bem dos profissionais de enfermagem dizerem: “*noossa freguesa chegou, quem vai fazer a caridade hoje?*”, referindo-se ao banho, pois o mal cheiro impregnava no hospital. No final do expediente, percebia que mesmo em meio às brincadeiras, o sentimento de comoção tomava conta da equipe que indagava sobre como poderiam ajudá-la. Houve dia em que um profissional conseguiu vestimentas para que ela pudesse retornar ao lar. Vitória vem de uma família muito humilde, com poucos recursos e um histórico de transtornos psíquicos de mãe e irmãos. Neste lar, as brigas são constantes e Vitória é vista pela mãe como um estorvo, pois, segundo relato do agente comunitário, como não recebe benefício financeiro, não pode usufruir da rotina da família. Já dormiu por diversas vezes em um colchão na varanda da casa. Esta situação era presenciada pela equipe da ESF quando a visitavam para entregar-lhe os remédios (psicotrópicos). Quando as crises se agravavam e suas solicitações não eram atendidas na ESF, ela se dirigia até a casa dos profissionais do NASF, pois conhecia os endereços, e arremessava pedras até que alguém a atendesse.

Paralelamente, os relatos elaborados pelos profissionais durante as entrevistas, mencionam a dificuldade da formação do vínculo no que se refere à saúde mental: “*É bem difícil aqui, os pacientes procuram nosso serviço em busca de ajuda e muitas vezes não podemos ajudá-los. Quando vamos às casas, também não sabemos, algumas vezes, como agir. A família não colabora, é difícil*”. (Beladona)

Refletindo sobre o vínculo, percebemos que este traz consigo a idéia do usuário enquanto sujeito autônomo, participante ativo do processo de saúde, tendo dois enfoques: o do profissional e o do usuário, que juntos são responsáveis pela produção do cuidado, construindo a responsabilidade mútua entre eles.

Para Cecílio ^(73, p. 114), a criação de vínculos “(a) efetivos” entre cada usuário e uma equipe ou um profissional representa um dos conjuntos que também apreenderiam tais necessidades de saúde, reconhecendo que o vínculo “significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades”. Assim, o autor faz o que chama de uma “reconceitualização do conceito de vínculo, ressignificando-o para além da simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa”.

O cardápio inicial de Vitória, como dos outros portadores de transtornos psíquicos que recorreram à unidade, é sempre permeado pela consulta médica e medicalização, como se explicita na declaração de Violeta: *“Olha, o cuidado que vem aqui para nós é o seguinte: o paciente vem com esse problema, a gente marca consulta para a médica, ele passa com a médica, onde a mesma é clinica geral, que medica e encaminha pro CAPS, certo?”*

A assistência à saúde se confunde, portanto, com a produção de consultas e exames, associados à crescente medicalização da sociedade.

“Supomos que este processo (a intervenção no problema de saúde) permita a produção da saúde, o que não é necessariamente verdadeiro, pois nem sempre este processo produtivo impacta ganhos de autonomia no modo do usuário andar na sua vida que é o que entendemos como Saúde em última instância, pois aquele processo de atos de produção de saúde pode simplesmente ser centrada no procedimento e não no usuário” ^(25, p. 105).

Para reforçar os processos de trabalho, há de se resgatar a necessidade não apenas de objetos, materiais e insumos. Esta tecnologia não se refere exclusivamente a equipamentos, máquinas e instrumentos, mas também a certos saberes acumulados para a geração de produtos e para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana ⁽⁷⁴⁾.

O ato cuidador só é possível uma vez que o encontro intercessor entre um trabalhador de saúde e um usuário seja permeado por um jogo relacional entre o mundo das necessidades e dos direitos com o do agir tecnológico. A partir deste encontro, o usuário se coloca como alguém que busca uma intervenção, que lhe

permita recuperar ou produzir graus de autonomia no seu modo de conduzir a sua vida. Neste processo, ressalta-se o seu mais importante valor de uso: a sua vida, que precisa ser tratada como um objeto carente de saúde e como potência de gerar mais vida ⁽⁷⁴⁾. Dessa forma, o cuidado em saúde mental é permeado pela reflexão, sentimento, compreensão e análise e subsidiado pela experiência profissional e humana.

Continuando o percurso de Vitória, segundo relato da equipe, suas idas à ESF tornaram-se frequentes, de modo que, ao se aproximar do portão de entrada do serviço, os profissionais ficavam apreensivos, pois não previam se ela estava em crise ou não. Nos momentos de lucidez ela conversava bastante, dizia até que queria um namorado, pois assim ela poderia se casar. E Beladona respondia: “*Você tem que ter cuidado com os homens, eles podem querer te fazer mal*”. Nestes momentos ficava evidente a relação de tutela que os profissionais exerciam sobre Vitória. Esta fazia brincadeiras com a equipe do tipo: “*Vou cantar uma música pra vocês!*”, e, em outros momentos, chorava desconsolada pronunciando em alto tom que ninguém gostava dela e pedia para ser internada.

Consta em seu prontuário cinco internações (interdição com pedido cautelar) em hospital psiquiátrico do município de Jaú, cidade do estado de São Paulo, com permanência média de trinta dias, e, nos relatórios de alta, sempre constava melhora do quadro clínico.

O modelo de tratamento baseado em instituição manicomial ou asilar tem sido discutido, criticado e negado nas últimas décadas, pois efetivamente tal paradigma gera a exclusão e o depósito de pessoas nas respectivas instituições. No entanto, num salto histórico, ainda estão presentes limitações no tratamento e no cuidado ⁽⁷⁵⁾.

Para Kinoshita ⁽⁷⁶⁾, a pessoa que recebe o atributo de doente mental, simultaneamente, enuncia sua negatividade e anula seu poder de contrato em três dimensões fundamentais: troca de bens, de mensagens e afetos. Isso nos reporta à Saraceno ⁽⁷⁷⁾, que sinaliza que a reabilitação é a produção de acesso à oportunidades de outras identidades.

O cuidado deve se revelar numa atitude de colocar atenção ao outro, mostrar interesse, compartilhar e estar com o outro com prazer; não numa atitude de sujeito-objeto, mas de sujeito-sujeito, numa relação não de domínio sobre, mas de convivência; não de intervenção, mas de interação. ⁽³³⁾

Considerando o que foi explicitado pelos sujeitos, no que se refere à

internação psiquiátrica, a equipe percebe que não será o diferencial para a melhora do transtorno psíquico, porém, vê como uma forma de Vitória ter uma melhora na condição de higiene, alimentação e moradia.

Outro dado significativo é o que está contido no prontuário de Vitória: uma descrição da conduta e comportamento da mesma quando criança – relato este escrito por uma ACS que conviveu com a mesma em época escolar: *“Frequentava a escola, não mostrava vestígio de loucura em sua infância. Demonstrava sofrimento, sujeira e tinha muito piolho. Na juventude, foi morar com a avó e saiu da escola. Sofreu assédio e violência sexual. Começou a usar drogas com o irmão (que hoje está preso). Vivia peregrinando em estradas e pegava carona de cidade em cidade. Tentou morar com uma conhecida, porém o pai desta bebia e maltratava-a muito, então retornou a casa da mãe - que também a maltratava.”*

Neste momento, faço uma reflexão sobre as histórias de vida que permeiam o caminho dos pacientes portadores de transtornos psíquicos, e penso que o sofrimento e a segregação estão presentes em muitas delas. Lembro-me de várias visitas domiciliares a portadores de transtornos psíquicos que realizei juntamente com os profissionais da ESF, e, em sua maioria, as histórias de vida se assemelhavam no que tange ao sofrimento.

Nestas visitas, pude observar como agiam alguns profissionais da equipe, estes se encontravam nas linhas de desassossego, pois como cita Capozzolo ⁽⁷⁸⁾ os profissionais ao exercerem a prática generalista são tomados pela insegurança gerada pela falta de capacitação.

Nessas situações constatei o quão importante é o contato corporal que o trabalho na ESF permite junto à comunidade: é, de fato, estar no “olho do furacão” ⁽⁷⁸⁾ e, como afirma Merhy ⁽⁷⁹⁾, acerca da necessidade de o profissional apropriar-se das tecnologias leves:

“E nessas relações de encontros e afetamentos é que se permitiu o desenho do mapa: um conjunto de linhas funcionando ao mesmo tempo (as linhas da mão formam um mapa, por exemplo). Com efeito, há tipos de linha muito diferentes, na arte, mas também numa sociedade, numa pessoa. Há linhas que representam alguma coisa, e outras que são abstratas. Há limites direcionais e linhas direcionais. Há linhas de segmento, e outras sem segmento. Há linhas dimensionais e linhas direcionais ^(59, p. 47).”

As linhas, das naturezas mais diversas possíveis, também emergem das relações no cotidiano da unidade. Deleuze e Guatari ⁽⁸⁰⁾ nos auxiliam nessa

discussão sintetizando os três tipos de linhas: de segmentaridade dura e bem definida, de segmentaridade molecular e, em seguida, a linha de fuga.

Na primeira [linha] há muitas falas e conversações, questões ou respostas, intermináveis explicações, esclarecimentos; a segunda é feita de silêncios, de alusões, de subentendidos rápidos, que se oferecem à interpretação. Mas se a terceira fulgura, se a linha de fuga é como um trem uma marcha, é porque nela se salta linearmente, pode-se enfim falar aí “literalmente”, de qualquer coisa, talo de erva, catástrofe ou sensação, em uma aceitação tranquila do que aconteceu em linhas não param de se misturar” (80, p.70)

Nos contatos que tivemos durante o transcorrer da pesquisa, e voltando às anotações do diário de campo, pude ouvir nas conversas informais entre usuário-equipe, a menção de que naquela unidade, não se tinha o que fazer em relação ao tratamento de pessoas com transtornos mentais. Violeta diz “... *aqui não tem um lugar próprio, não tem... e conclusão, você não vê melhora...*” Já Cravo relata “... *no município não temos serviço próprio, temos que encaminhar para centros especializados.*” E ainda, percebe-se na fala de Alecrim, a dificuldade de compreender/definir o transtorno psíquico: “... *antigamente a gente tinha aqui do lado os alcoólicos anônimos, muitas pessoas procuravam, a gente sabia quem eram, tinham problemas mentais também, o pessoal da comunidade não sabia que eles tinham “problemas”, pois tem os “mentais que são normais”... então eu acho que tinha que ter um lugar específico para este tipo de atendimento*”.

Desvela-se a fragilidade da equipe no contexto do cuidado, os sentimentos são múltiplos, a necessidade de fazer algo por quem sofre, se mistura com a impotência que ataca. Vale aqui ressaltar que Vitória, a paciente escolhida pela equipe para a elaboração do fluxograma, aparece neste cenário como alguém que veio mudar o curso dos acontecimentos, pois a partir dela, como reforça Merhy ⁽⁸¹⁾ a equipe criou “mecanismos autopoieticos” na relação cuidador-cuidado, o ato cuidador é centralmente um ato de tutela outorgada, que poderá conforme o modelo de intervenção, ser ou não castrador.

A equipe parece não definir o conceito de reabilitação no cotidiano do cuidado, sente-se desprovida de recursos, como também sente a necessidade de um lugar especializado para o cuidado em saúde mental.

Saraceno ^(10, p.95) enfatiza que a reabilitação, como estratégia, possibilita a recuperação da capacidade de gerar sentido assim, “a tarefa que tem o serviço de saúde mental é a de ajudar a pessoa que em algum momento de sua vida, perdeu a

capacidade de gerar sentido, acompanhando-a na recuperação de espaços não protegidos mas socialmente abertos para a produção de novos sentidos”. Desse modo, destaca-se a mudança de relações de tutela para relações de contrato, as quais refletem no interior das instituições certas inquietações sobre o processo de transformação da assistência em saúde mental.

Neste percurso percebe-se que a internação de Vitória (como descrita no fluxograma), vem selar este ato de cuidado, entendido pela equipe como uma forma de oferecer a ela, um abrigo ou mesmo “um lar”.

Saraceno ⁽¹⁰⁾ ao retratar historicamente a trajetória da assistência psiquiátrica, afirma que nos manicômios do final dos anos 1800 e primeiros anos 1900, prevalecia a função paterna, ou seja, a ordem, a norma; com a crescente cientificidade da psiquiatria e a ideologia médica, vemos prevalecer a função de patrão, de domínio que trazem engendradas a questão do poder e do controle.

Por outro lado, Beladona, afirma que a equipe acaba sendo a família destes pacientes, muitas vezes tendo que decidir por eles: *“... a Vitória mesmo, a mãe não a queria na casa de jeito nenhum, a gente correu atrás de um lugar para ela ficar, então neste caso a responsabilidade foi nossa e não da família. Então o tratamento que a gente dá é acolher essa pessoa aqui dentro (referia-se a ESF), brinco, canto até o “TCHAN” eu dancei, mais é complicado o lugar é pequeno, não há condições”. Então, parece que Beladona sente que o jeito, é buscar condições para que essa pessoa possa ficar em algum lugar.*

Ao considerar as várias frentes do percurso da reabilitação, Saraceno ^(10, p. 116) redimensiona as noções de casa e de habitar, “as funções da reabilitação aludem seja à conquista concreta (casa), seja à ativação de desejos e habilidades ligadas ao habitar”.

A história nos mostra que em vários momentos a família sai de cena do cuidado do portador de transtorno psíquico. Remete-nos ao pensamento que ela foi excluída por ser considerada causadora do problema, prejudicial ao tratamento ou pelo fato dela acabar delegando esse cuidado por não saber como agir frente às manifestações do familiar doente, ou pela sobrecarga física e emocional que pode ser sofrida no processo de cuidado e convivência.

A família representa o sistema nuclear das experiências do ser humano e está sujeita a mudanças neste sistema, mudanças essas que podem provocar a ruptura do seu equilíbrio. A família ao enfrentar um problema de saúde com qualquer

membro sente um momento de crise ou até de luto, e ativa uma série de respostas nas pessoas de seu grupo social diante das incertezas provocadas pelas evidências de doenças e ainda de possíveis sequelas, sejam elas temporárias ou permanentes. Essa situação leva a busca de meios para lidar com as adversidades que quebram o equilíbrio e a dinâmica do grupo familiar ⁽⁸²⁾.

Desta forma, vale ressaltar, que a reforma psiquiátrica propõe a reinserção social dos portadores de transtorno mental no contexto comunitário, reforçando a necessidade de reestruturação dos serviços de saúde, preferencialmente, que mantenham o indivíduo o mais próximo possível da sua família.

Nesse contexto se insere a Estratégia de Saúde da Família que traz entre os seus inúmeros desafios à inclusão da atenção em saúde mental na comunidade, devendo entre outros aspectos estabelecer a articulação com os dispositivos de cuidado. Segundo o Ministério da Saúde ^(83, p.3):

“Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão das práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde”.

Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica bem como a oferta de serviços especializados extra hospitalares ⁽⁸⁴⁾.

A equipe da ESF vê a necessidade de investimentos para ampliar o cuidado em saúde mental: Beladona e Violeta dizem: *“então precisamos de um automóvel, de profissionais capacitados, de um local, não apenas estrutura física, mas que eles pudessem desenvolver atividades, um espaço para que eles pudessem conversar com os profissionais”*.

O que é ofertado pelos serviços, recursos físicos e materiais, características organizativas e o tipo de trabalho da equipe são considerados variáveis importantes na evolução da enfermidade mental e somando-se com os recursos individuais do paciente e do contexto que está inserido desempenham um papel fundamental no sucesso ou fracasso de um tratamento.

Saraceno ⁽¹⁰⁾ contribui no sentido de que essas variáveis, a princípio, não relevantes, relegadas ao segundo plano, são, hoje, identificadas como as que realmente importam para o êxito das intervenções e não apenas a variáveis

classicamente consideradas “fortes” como (idade, diagnóstico e história da enfermidade) pela prática psiquiátrica.

Afirmando a importância do contexto e da complexidade dos sujeitos, que não podem mais ser reduzidos a uma categoria diagnóstica, Saraceno ^(10, p. 94) propõe, também, uma importante inversão na lógica de pensar os tratamentos ao sugerir a adoção de uma práxis que ao reconhecer os recursos de cada sujeito assuma o papel de acompanhá-lo na “*construção de espaços de negociação*”, apontando para a possibilidade dos sujeitos resgatarem a cidadania.

4.4.2 Território do pensar o fazer

Fazer o mapa, não o decalque... Um mapa tem múltiplas entradas contrariamente ao decalque que volta sempre “ao mesmo”. Um mapa é uma questão de performance, enquanto que o decalque remete sempre a uma presumida “competência”. ^(80, p.21)

Neste, busquei apresentar as traduções que os profissionais têm acerca do próprio trabalho desempenhado na atenção básica. Foram apreendidos aspectos advindos de momentos formais, como as reuniões técnicas da equipe, os conteúdos derivados das entrevistas feitas com os sujeitos e os informais, nas conversas que tivemos no interior da unidade, ou no trajeto que visava a realização de alguma visita domiciliária. Lembro-me que os momentos de diálogo mais produtivos eram os que aconteciam à tarde, onde sentávamos apenas pesquisadora e profissionais nos bancos na frente da unidade e a equipe contava muitas histórias das famílias que ali buscavam assistência.

As conversas variavam entre muitos aspectos, e eu pesquisadora/cartógrafa, buscava incessantemente aqueles que retratavam o sofrimento psíquico, amparada nos conselhos de Merhy:

Partamos do princípio de que já sabemos fazer um monte de coisas e que, também não sabemos outras tantas, ou mesmo, fazemos coisas que não dão certo; e com isso, vamos apostar que é interessante e produtivo construir ‘escutas’ do nosso fazer cotidiano para captar esses ruídos, neste lugar onde se aposta no novo, tendo pela frente a permanente tensão entre o novo e o velho fazer psiquiátrico e/ou equivalentes ^(36, p.59)

Neste momento reporto-me a Reforma Psiquiátrica que clama as políticas públicas para que norteiem a atenção em saúde mental com vistas à substituição do modelo tradicional da psiquiatria centrado na internação psiquiátrica por um modelo de atenção em saúde mental comunitária que inclui a transformação das relações da sociedade com as pessoas portadoras de transtorno mental, e a família como protagonista do cuidado ⁽⁸⁵⁾.

Esses movimentos marcam a necessidade de uma mudança paradigmática na construção do conceito de saúde, que passa do olhar materializado na doença para o sujeito como um todo, com toda a sua subjetividade e necessidades múltiplas e complexas.

Ao falar da necessidade do olhar holístico para com o usuário, me recordo da fala de Violeta: *“eu gosto de conversar com o paciente. Ele vem aqui, eu procuro perguntar não só se ele está tomando o remédio, mas também sobre a vida dele, o que ele está fazendo, como vão as coisas, pois é um jeito de demonstrar que eu me preocupo com ele: para mim ele não é só uma doença.”*

Assim, o desafio de pensar e fazer saúde nessa nova ótica pressupõe necessariamente à desconstrução da lógica de tratar apenas a doença, para tratar a pessoa com seu sofrimento, no contexto da comunidade já que as questões subjetivas transpassam quaisquer problemas de saúde e devem ser abordadas em toda relação terapêutica ⁽⁸⁶⁾.

A equipe relatou que tem aumentado consideravelmente, a procura por tratamento em nível de saúde mental naquela unidade. Segundo Cravo *“era preocupante o aumento de pessoas com transtorno mental, pois a oferta de serviços é menor que a demanda necessitada”*.

Tal relato condiz com dados oficiais do Ministério da Saúde ⁽⁸³⁾ ao apontar que cerca de 9% da população apresentam transtornos mentais leves e de 6 a 8% apresentam transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, pelos quais a atenção básica deve responsabilizar-se.

Pesquisa do Ministério da Saúde ⁽⁸³⁾ mostrou que 56% das equipes de Saúde da Família referiam realizar “alguma ação de Saúde Mental”. Pela proximidade com as famílias e as comunidades, essas equipes se constituem num recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico.

A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde estimam que quase

80% dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental não trazem, a priori, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada.

Observa-se a problemática que envolve a situação de saúde doença, pois implica, sobretudo, ressaltar que os usuários, portadores ou não de uma patologia orgânica, evidenciam, por meio de seus sintomas e queixas, uma posição subjetiva, demonstrando suas relações com a própria saúde e a própria vida.

Recordo de vários momentos na unidade, nos quais percebi haver interação da equipe, assim como notei a necessidade que traziam de poderem se especializar para possibilitar a melhoria da oferta de cuidados. Violeta e Beladona estavam sempre juntas nas atividades, por diversas vezes, perguntavam sobre o cuidado em saúde mental, contavam-me casos pessoais e outros que envolviam os pacientes. Eu achava interessante aqueles relatos e significativo o desejo que elas expressavam em poderem ajudar! Beladona tecia crítica à internação psiquiátrica e também à questão “dar assistência na comunidade”. Ela dizia: *“nós entramos aqui para trabalhar sem uma formação para a função, muitas vezes não sabemos nem sobre as doenças, o que nos ajuda é que conhecemos bem as famílias, senão seria difícil.”*

A Organização Mundial da Saúde estabelece como prioridade a capacitação em saúde mental dos profissionais da atenção básica no sentido da modificação das condutas terapêuticas que visem antecipar a detecção dos casos, interrompendo mais precocemente o processo de adoecimento, condutas estas que incluem na sua metodologia a abordagem dos determinantes dos transtornos mentais (pobreza, sexo, idade, conflitos e desastres, doenças físicas graves, fatores familiares e ambientais). As equipes da atenção básica devem estar habilitadas para assumir o tratamento dos transtornos mentais mais comuns: quadros depressivos e ansiosos, somatização e abuso de substâncias ⁽⁸⁷⁾.

Durante a realização deste estudo, observei que a equipe da ESF, por diversas vezes, foi interpelada por usuários que questionavam o tratamento, alguns questionaram a medicação ou expressaram descrédito a outro cuidado oferecido, como um caso em que uma jovem disse estar cansada de tomar remédios sem melhora, e não ter um profissional capacitado para acompanhá-la. Neste momento, Violeta concordou com a usuária e disse que infelizmente havia coisas que não dependiam dela, acrescentando que sentia falta também de uma equipe de suporte.

Em contrapartida, Violeta relatou expressando pesar, que alguns pacientes que iniciaram tratamento na unidade, não conseguiam dar continuidade, seja por falta de recursos ou pela falta de adesão, abandonando o tratamento, gerando uma crise entre equipe-usuário.

Isso sugere que para parte dos usuários, a crise parece mais de falta de interesse dos serviços de saúde em se responsabilizarem por prestar uma assistência que busque a resolução de seu problema. Para Merhy ⁽⁸¹⁾ esse movimento constitui uma crise tecnológica e assistencial.

“Voltando ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários como regra, sentem inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados”. ^(81, p.121)

O atendimento das famílias, no contexto da ESF, deve ser organizado, preferencialmente, considerando os recursos das tecnologias leves, pois estes permitem aos profissionais deslocar o modelo assistencial baseado no atendimento individual e curativo, em que o foco da produção é o procedimento em si, para um modelo em que haja um foco voltado para a produção de cuidados ⁽⁸¹⁾.

Contraditoriamente, na prática da unidade Estratégia Saúde da Família estudada, é notável a desmotivação dos profissionais de saúde para produzir ações centradas na atenção às relações humanas, na produção de vínculo, no acolhimento.

Já quanto à autonomia do usuário, no cuidado de si, percebi que os profissionais se preocupam em estimular: “... *ao invés de irmos toda vez em sua residência, a gente os faz virem aqui, ter um pouco de responsabilidade... () você deve vir aqui todos os dias tomar o seu remédio, caso você não venha, a gente vai atrás de você e já vamos levar nosso chefe ()... eles tem que ter responsabilidade, então vários vem aqui e tomam seu medicamento, outros não, a gente tem que ir até residência e dar, por que eles não tem o auxílio da família, então a gente acaba sendo a família deles*” (Beladona) . A realidade que pude vivenciar, mostra ações focadas no atendimento individual, no tratamento medicamentoso e em procedimentos que são próprios dos profissionais como as consultas, visitas domiciliares, aplicação de medicamentos ou curativos.

Outro fato que merece destaque é o descontentamento dos profissionais da equipe diante dos tratamentos ofertados fora do município: Violeta diz que precisa de investimentos na área de saúde mental local: *“...investir assim em unidades que tenham o local próprio para eles serem tratados, só para isso (se refere à saúde mental), então, um lugar que tenha psicólogo, onde eles possam tomar o medicamento, não ser mandado para outra cidade, que só o trajeto que você faz para ir até Lins, já não funciona, e também porque nós não estamos vendo como está sendo lá, isso teria que ser a gente acompanhando junto, todo mundo de perto, ... Isso fora a carência que eles têm, aqui não temos como dar atenção. Eles precisavam de um lugar que passe o dia, que vá para sua casa a tarde, mas que tenha uma ocupação durante o dia para ajudar no tratamento”*.

Relataram também as dificuldades encontradas em reconhecer um transtorno mental: *“... eu acho que o pessoal tinha que saber um pouco mais das pessoas, é difícil a gente saber quem tem problemas de saúde mental, às vezes você olha a pessoa, você acha que não tem, mas a pessoa acaba tendo, então tinha que ter um tato a mais, um cuidado a mais”*. (Jasmim)

Outra questão apontada por Jasmim é o caso do próprio usuário ter que pegar o encaminhamento a especialidade, pois caso ele não tenha real interesse no tratamento ele não vai aderir, a consulta demora a se concretizar, como também a falta do transporte público para leva-los até o município vizinho.

A mudança na perspectiva do olhar sobre o “pensar e fazer” saúde em decorrência da implantação do SUS e da reforma psiquiátrica, coloca questões semelhantes quanto à perspectiva de conceber a saúde e a doença, o lugar do usuário na relação com os profissionais, a busca por uma atenção focada na integralidade do sujeito e a importância do serviço estar fortemente inserido na comunidade, entre outros aspectos.

Delimitar os papéis de cada ator no cenário é bastante difícil quando se trata de Saúde Mental. Entretanto, a não rigidez de papéis, a flexibilidade desses, o respeito à formação profissional de cada um, e a fluência dinâmica do cotidiano do atendimento nos serviços abertos, solicitam aplicar a competência, responsabilidade e compromisso frente à demanda que se apresenta ⁽⁸⁸⁾. O tipo de serviço e a organização da equipe, que presta atendimento, são variáveis que determinam a evolução do processo de doença e a eficácia das intervenções, sendo essas pautadas pelos vínculos estabelecidos no acolhimento e na solidariedade ⁽¹⁰⁾.

Conforme Pitta ⁽⁸⁹⁾, a reabilitação psicossocial é um processo que facilita ao usuário com limitações a reestruturação da autonomia de suas funções na comunidade e Saraceno ⁽¹⁰⁾ acrescenta sobre a reabilitação psicossocial que esta precisa contemplar três vértices da vida de qualquer cidadão: casa, trabalho e lazer.

Desta forma, propor a reabilitação psicossocial dos indivíduos em sofrimento psíquico é promover a cidadania, a partir do acolhimento nos serviços de atenção à saúde. Para a OMS a reabilitação psicossocial consiste numa estratégia de aquisição ou de recuperação de aptidões importantes para a reinserção social. Segundo Pitta ⁽⁸⁹⁾, tendo em vista as consequências da invalidez do adoecimento mental, a OMS classifica as atuações das estratégias de reabilitação como voltadas para:

- a disfunção, (*impairment*), a qual é traduzida como alteração, deterioração ou diminuição da capacidade funcional, cujo cuidado se centra na ação farmacológica, psicoterápica, fisioterápica, etc;
- a desabilitação corresponde à carência de habilidades para a vida diária, a qual necessita de técnicas voltadas para o treinamento de atividades da vida diária; e
- a deficiência (*handicap*), desvantagem que o indivíduo apresenta “resultante de uma alteração prolongada do estado ‘normal’ do indivíduo”, que necessita de cuidados mais complexos, como suporte residencial, laborativo, de transporte, etc. ⁽⁸⁹⁾

Neste ponto faço uma pausa à reabilitação psicossocial e me reporto à cartografia que realça a importância de “desenhar as redes de força à qual o objeto ou fenômeno se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente”. ^(90, p. 57)

Os profissionais da ESF também enxergam que reabilitar é mais complexo do que se imagina. Cravo expressa: “*não é apenas ter um espaço físico, a questão não é somente esta, envolve ter uma equipe direcionada para as necessidades da demanda para de fato reabilitar*” e ainda Violeta relata: “*não é só o doente, tem a família também, ela precisa trabalhar para sustentar a casa e o doente acaba ficando sozinho, perambulando pela rua; falta estrutura*”.

Pitta ⁽⁸⁹⁾ alerta para o reducionismo que o conceito reabilitação pode

apresentar. Como enfoca Saraceno ⁽¹⁰⁾, a reabilitação psicossocial não seria um conjunto de técnicas instrumentalizadas para ocupar o tempo dos doentes mentais. Não se trata de enquadrar o sujeito em determinados modelos pré-estabelecidos, mas sim ver suas potencialidades e criar situações respeitando seus limites. Saraceno ⁽³⁵⁾ afirma que a reabilitação psicossocial não é a estratégia de habilitar o “desabilitado”, tornando forte o fraco, mas sim um processo que aponta para realizar mudanças, a fim de se criar possibilidades de vida e de se construir a cidadania plena.

Quanto a se criar possibilidade de vida é pertinente um relato de Violeta que expressa: *“...se nós pudéssemos ter um lugar adequado para receber estes pacientes e a família tivesse estrutura para cuidar, mesmo que precisássemos orientá-la, com certeza teríamos condições de melhorar a vida dessas pessoas”*.

Percebe-se aqui a inquietação da equipe quanto aos portadores de transtorno mental e a necessidade de transpor obstáculos. Saraceno ⁽⁹¹⁾, contribuindo, enfatiza que, para se construir o direito de cidadania, é preciso compreender que se faz necessária nas relações a construção de espaços de trocas, sendo que só o cidadão pleno pode exercitar suas trocas.

4.4.3 Território dos entraves/desafios

“Quando já não nos contentamos com a mera representação do objeto, quando apostamos que todo conhecimento é uma transformação da realidade, o processo de pesquisar ganha uma complexidade que nos obriga a forçar os limites dos nossos procedimentos metodológicos”. ^(69, p.30)

Neste território, consideramos a própria rotina dos sujeitos frente à realidade vivida no cotidiano dos serviços e as forças que movimentam esse cotidiano, bem como, os desafios e entraves apresentados frente à prática do cuidado na atenção básica.

Durante o período da pesquisa, me senti acolhida pela equipe e também à vontade para explicitar questionamentos que emergiam a partir da execução do projeto que naquele momento, estava em construção. Coincidindo com esse

período, apresentava-se na unidade, certas discussões acerca das eleições municipais, que traria como consequência, um tempo de transição política. Senti que tal acontecimento anunciado, trazia influência nos relacionamentos dos membros da equipe, talvez pelas oposições partidárias, pelas inseguranças frente ao futuro dos profissionais, e isso de certa forma, abalava o desenvolvimento de algumas ações do grupo.

Emanadas nestas discussões, se fazia presente as questões de saúde mental, percebia que a equipe, utilizava mecanismos para me questionar qual seria a melhor solução para inúmeras dúvidas pertinentes à área. E, em meio às interrogações, explicitavam as opiniões que variavam entre a necessidade de ter especialistas na área que pudessem garantir uma prescrição medicamentosa “correta”, outros faziam menção a um espaço adequado, cogitavam sobre a necessidade da construção de um CAPS no município.

Frente a tantos questionamentos, um sujeito mencionou não se sentir preparado para atuar em nível de saúde mental, referiu não conhecer sobre o assunto, o que lhe trazia insegurança: “... *gosto de lidar com o povo, sou do povo, mas não sei lidar com louco*”.(Anturio)

Nesses momentos de diálogos e trocas, eu procurava abordar aspectos inerentes à Reforma Psiquiátrica, o que ela propõe, os desafios que se encontram frente às políticas públicas, como também, abordei acerca dos estigmas que permeiam os pacientes e que ainda se fazem presentes na sociedade. O pensamento de Pelbart ⁽⁹²⁾ contribui para essa questão quando diz que o estigma leva ao apagamento do sujeito e que é preciso lutar contra a submissão da subjetividade, construindo territórios subjetivos a partir das linhas de fuga.

No contexto pesquisado, foi possível observar uma grande demanda de pessoas acometidas por transtorno psíquico, que buscavam por atendimento, e na sua maioria, encontravam-se numa condição desfavorecida social e economicamente, o que nos leva a pensar que sofrem estigmas sociais. Esse bairro periférico é dividido da outra parte da cidade por um pontilhão. Nas conversas informais com a equipe no interior da unidade, ouvi “poucos querem passar o pontilhão”. Esta expressão refere-se ao fato de que para chegar a este bairro, é necessário atravessar o citado pontilhão, que tem em sua parte superior uma linha férrea, a passagem é estreita, suporta apenas um veículo por vez, o que leva os condutores de veículos, aguardar para fazer a travessia.. Inúmeras vezes passei por

essa situação, e enquanto esperava, meu pensamento se reportava a essa travessia com reflexões acerca dos preconceitos que perduram na sociedade. De fato, a espera da passagem pode nos levar à inúmeras considerações. Nela, é possível observar pessoas a pé, atravessando com bebês ao colo, em pequenos grupos, ou de bicicleta, e muitas vezes sorridentes, esperam um aceno de mão, com olhar de esperança em dias melhores, seguem seus caminhos. Neste momento, faço menção a Deleuze e Guattari ^(80, p.132) que dizem “o território é antes de tudo lugar de passagem”.

Cartografar é sempre compor com o território existencial, engajando-se nele, sendo necessário para tal um cultivo, ou seja, um processo construtivo ^(93, p.135).

No final deste bairro, localiza-se o cemitério municipal, o que nos leva a pensar que a travessia do pontilhão, também é marcada pelo sofrimento, pela saudade, pela dor daqueles que perderam seus entes queridos.

É possível observar muitos símbolos e significados circulantes nesta comunidade. O distanciamento do bairro do centro da cidade, propicia o tráfico de drogas, sendo uma situação que contribui para o isolamento social. Este é um fator que preocupa a equipe que se vê sozinha, numa luta constante. Queixam-se de abandono nesta ESF, enfatizando que a gestão de saúde municipal não dispensa a atenção necessária a este bairro. Neste sentido, vem ilustrar uma reflexão de Merhy:

“Considero, como desafio, ter que pensar sobre o matriciamento necessário, no dia-a-dia dos serviços de saúde, entre os processos produtivos - transdisciplinares e multirreferenciados-, tanto os que resultam em procedimentos bem definidos, quanto os que estão implicados com os atos cuidadores, de tal maneira que os gestores dos atos cuidadores sejam os responsáveis, perante os usuários e o estabelecimento de saúde pela realização das finalidades da produção do cuidado”. ^(66, p.133)

O bairro no qual a unidade pesquisada está localizada, conforme já referido, possui um CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), que é a porta de entrada do cidadão à rede de proteção social básica, e trabalha na perspectiva da prevenção e minimização e/ou superação das desigualdades sociais.

As atividades realizadas sob a coordenação do CRAS são muito bem aceitas pela comunidade e reforçam o compromisso destes setores com os que estão em situação menos favorecida de emprego, educação e renda. Nesta ótica também colabora Merhy:

As dimensões cuidadora e profissional específica são territórios de práticas técnicas que se compõem em qualquer produção de atos de saúde e que vão se definindo, conforme o modelo de atenção, em certos empobrecimentos ou enriquecimentos, como campos de saberes tecnológicos e práticas técnicas. ^(66, p.146)

Os trabalhadores da ESF desenvolvem suas rotinas em forma de rodízio, os ACS semanalmente em duplas auxiliam a técnica de enfermagem nas atividades burocráticas e na recepção da demanda bem como se responsabilizam pelos agendamentos de consultas e entrega dos encaminhamentos para fora do município. As atividades burocráticas demandam tempo e acabam por prejudicar as visitas domiciliares, questão esta que é sentida e expressada pelos agentes. Quanto às visitas sentem necessidade de um veículo a disposição integral durante o período de funcionamento da unidade, fato este que senti na pele, pois em alguns momentos, acompanhando a equipe, realizei visitas domiciliares, caminhando no sol e sob calor escaldante. Percebi que este era um fator dificultador no processo de trabalho, uma vez que algumas residências eram bem distantes da unidade de saúde.

Outro dado importante observado, é relacionado à escassez de anotações e registros. No início deste estudo, procurei em prontuários anotações que relatassem acerca do cuidado aos portadores de transtornos psíquicos e percebi que esta não é uma prática comum. No entanto, ao perguntar aos profissionais sobre certos pacientes, eles sabiam relatar os casos ou as situações vividas pelas pessoas em questão, com precisão de detalhes. Isso nos leva a pensar que por um lado, o contato corporal com o usuário é imprescindível para o ato cuidador, porém, uma anotação completa pode contribuir para aperfeiçoar e promover a continuidade no atendimento.

No final das idas ao campo de pesquisa, observei momentos de desarranjos no trabalho em equipe, alguns profissionais estavam em férias, portanto as ausências, refletiam bruscamente na dinâmica da unidade. A recepção sem Violeta estava dispersa, alguns usuários perguntavam por ela, e às vezes saíam do serviço sem terem as suas necessidades acolhidas. Situação essa parecida com a que Gonçalves ^(64, p.168) observou “comecei a perceber que poderiam existir rupturas na equipe, algumas pessoas dispostas a trabalhar usuário-centradas, outras que estavam ali por motivos diversos que só elas poderiam dizer”.

Violeta, a sua maneira, tem um papel acolhedor, o que na dinâmica da

unidade, possibilita agregar ou efetivar alguns avanços no percurso do cuidado a ser prestado. Porém, na sua ausência, é possível perceber, arestas que dificultam o processo de cuidar.

É indispensável a construção de um compromisso efetivo entre trabalhadores e a necessidades dos usuários, sendo a partir deste, permitido explorar de modo exaustivo o que as tecnologias em saúde apreendem de efetividade, num novo modo de operar a gestão do cuidado em saúde ⁽⁹⁴⁾.

Deleuze ⁽⁵⁹⁾ anuncia que é preciso extrair de cada coisa suas visibilidades, é necessário que se rache as palavras ou frases e que se extraiam destas, seus enunciados.

Neste sentido, se faz necessária uma revolução nos processos de trabalho.

A revolução seria mais uma repetição que muda algo, uma repetição que *produz o irreversível*. Um processo que produz História, que nos tira da repetição das mesmas atitudes e das mesmas significações. Então por definição não pode ser programada, pois aquilo que se programa é sempre um *déjà-là*. As revoluções, assim como a história, sempre trazem surpresas. Por natureza elas são sempre imprevisíveis. Isso em nada impede que se trabalhe pela revolução, desde que se entenda esse “trabalhar pela revolução” *como sendo trabalhar pelo imprevisível*. ⁽⁹⁵⁾

Assim, considerando o cuidado à saúde, salienta-se que um pilar importante nas instituições é o investimento no capital humano, pois o profissional componente desse cenário pode estar (ou não) muito envolvido com a atividade que executa. Esse protagonista pode deter múltiplas opções tecnológicas no enfrentamento de diferentes problemas, sendo insubstituíveis os processos de intervenção que nasçam dos encontros e das subjetividades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegou o momento de fechar as cortinas, momento este nada fácil, pois foram tantos afetamentos, tantos caminhos trilhados que torna-se difícil encerrar esse processo. Foram várias emoções compartilhadas: o primeiro contato com a cartografia, as inúmeras possibilidades que ela oferecia de percorrer o território como um rizoma, um sistema acêntrico; depois estar no campo de pesquisa, vivenciando inúmeras situações que me levavam a refletir sobre os processos de trabalho, a produção do cuidado, a maneira como isso acontecia, compondo assim, a dinâmica daquele local, influenciando e sendo influenciada pelas vivências ocorridas.

Desse modo, a partir da idéia de que a produção do cuidado se consiste em relevante tema dentro do contexto da pesquisa em saúde, este estudo objetivou cartografar o cuidado prestado ao portador de transtorno psíquico na ESF.

O cuidado foi aqui entendido como o encontro entre sujeitos e os afetamentos produzidos a partir deste. Engajada neste propósito a cartografia se fez presente, na leitura do contexto o qual esse cuidado estava sendo produzido. Esta possibilitou acompanhar os fluxos subjetivos circulantes no contexto da pesquisa, bem como a captação dos movimentos de territorialização e desterritorialização que emergiam dos encontros entre os profissionais de saúde da ESF e os usuários portadores de transtornos psíquicos.

Nesse processo, foi possível captar as dificuldades que os atores protagonistas da assistência desenvolvida na unidade de ESF pesquisada encontram no que tange à possibilidade de reversão do modelo assistencial, proposto pelas políticas públicas, bem como a efetivação dos princípios do SUS preconizados por lei. Acompanhamos uma realidade, na qual os sujeitos produzem cuidados focados no modelo médico hegemônico, com forte presença da medicalização, portanto, procedimento-centrado.

O trabalho desenvolvido na unidade é eminentemente curativo, focado na doença e ainda arraigado nas questionadas modalidades de tratamento psiquiátrico; como foi possível observar na elaboração do fluxograma analisador, onde a equipe, ao trazer a situação da paciente Vitória, apontou a internação como melhor saída,

sem maiores questionamentos acerca da viabilidade de possível projeto terapêutico futuro, que promova o resgate de identidade fora dos muros do hospital psiquiátrico. Saraceno ⁽⁹¹⁾ fala do processo de ocultamento dos recursos e da auto-reprodução dos estabelecidos, das práticas previamente instituídas.

Nessa ótica, a realidade encontrada nos leva a refletir acerca das possibilidades de inverter este modo de atuação. Franco e Merhy ⁽⁵³⁾ afirmam que as mudanças no setor só se efetuem a partir da modificação das práticas em saúde, ou melhor, a partir da transformação nos microprocessos do trabalho.

Enquanto cartografava foi possível perceber, a partir dos relatos, das observações, das experiências, que os profissionais apresentavam sentimentos de impotência, angústia, sofrimento e tensão, frente à execução de cuidados em nível de saúde mental, bem como, frente à reabilitação psicossocial, e que não vislumbram espaços e nem possibilidades para as ações em nível de saúde mental, a não ser a medicação assistida.

Por outro lado, alguns sujeitos do estudo, ensaiaram em variadas situações, exercer o acolhimento, tecer vínculos frente à demanda dos usuários daquela comunidade, o que nos leva pensar que o cuidado pode portar diversas nuances, e que depende também dos recursos internos de cada profissional envolvido.

Os participantes apontaram dificuldades enfrentadas no cotidiano da prestação do cuidado, bem como manifestaram despreparo para lidar com a demanda de saúde mental, relatando situações nas quais se sentiam abandonados pelos gestores de saúde local, o que evidencia a importância da valorização e capacitação mediante da proposta de mudança de práticas antigas.

Merhy ⁽⁸¹⁾ destaca que o trabalho em saúde só se realiza na interseção entre sujeitos e que o encontro é a matéria prima do trabalho em saúde.

Entretanto, foi sentido que alguns sujeitos reconhecem a importância da alteridade no processo de cuidar, sendo perceptível em algumas situações o empenho para que se fosse construída a autonomia do usuário “nos modos de andar na vida” ⁽⁴³⁾.

Frente ao que foi observado e relatado pelos sujeitos, refletimos que a resolubilidade das ações em saúde só é possível quando há vínculo, co-participação e comprometimento, uma vez que a unidade de saúde pesquisada localiza-se num bairro permeado pela pobreza, exclusão e segregação, isto denota que os caminhos para a mudança não são simples, ou seja, é um desafio permanente. Desafio esse

que também necessita que o canal de comunicação entre usuário e trabalhador seja de fato aberto, possibilitando bons encontros.

Isso pode abrir caminhos para a consideração da potência dos sujeitos, a superação do papel de sujeitos-vítimas para o de sujeitos-protagonistas trabalhando pelo cuidado e pela afirmação da vida ⁽⁸¹⁾.

Nesta perspectiva, a cartografia desvela que é nos encontros de sujeitos em ação, daquele que requer o cuidado com aquele que o oferta, que se produzem relações. Consequentemente, nos mapas desses encontros podem surgir as possibilidades de novos desenhos, a efetivação do trabalho vivo, e a construção de novas histórias. Assim, é o trabalho vivo que se efetiva na construção do cuidado, operando sentidos e significados. Encerrando, compartilho um pensamento de Bertold Brecht:

Todavia prossigamos!
Seja de que maneira for!
Saíamos a campo para a luta, lutemos, então!
Não vimos já como a crença removeu montanhas?
Não basta então termos descoberto que alguma coisa está sendo ocultada?
Essa cortina que nos oculta isto e aquilo, é preciso arrancá-la!

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silveira D. Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
2. Dimenstein M, Santos YF, Brito M, Severo AK, Moraes C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental*. 2005, v. 3, nº 5, p. 33-42.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde – Política Nacional de Atenção Básica. Volume 4. 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1021
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 out. 2011.
5. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização. São Paulo: HUCITEC; 1990.
6. Amarante P. Saúde mental e a atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
7. Amarante P.. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In Fernandes MI (org.). Fim de século: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP; 1999. p. 47-56.
8. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde; 2001.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Declaração de Caracas. In: Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental. 1990-2002. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. p.11-2.
10. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro (RJ): TeCorá; 1999.

11. Vanderlei M, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Cien Saude Colet*. 2007;12(2):443-453
12. Silveira PS, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciência &Saúde Coletiva*. 2009;14(1):139-148.
13. Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 615-34
14. Pita AM. Qualidade de serviços de saúde mental: desafios para a epidemiologia. *J Bras Psiquiatr*. 1996;45(6):313-21
15. Thornicroft G, Tansella M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? *Pesq. Práticas Psicossociais*. 2008;3(1):9-25.
16. Thornicroft G, Tansella M, Law, A. Steps, challenges and lessons indeveloping community mental health care. *World Psychiatry*. 2008;7:87-92.
17. Pereira MAO, Pereira Jr A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37(4): 92-100.
18. Resende H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão da história. In Tundis S, Costa N, organizadores. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 15-74.
19. Wanderlei M.. Refletindo sobre a noção de exclusão. Em B. Sawaia (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 16- 26.
20. Maciel SC, Maciel CMC, Barros DR, Sá RCN, Camino LF. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF*. 2008;13(1):115-124
21. Camargo RMP. Transtornos mentais no Hospital Geral: percepções elaboradas por enfermeiros [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu; 2011.

22. Borges LO, Argolo JCT, Baker MCS. Os valores organizacionais e a síndrome de burnout: dois momentos em uma maternidade pública. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2006;19(1):34-43.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 157. [Série A. Normas e Manuais Técnicos/Cadernos de Atenção Básica, n. 27]
24. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
25. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. São Paulo: Ed.Xamã;1998
26. Mendes GRB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo:SMS SP/Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde; 1992
27. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
28. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface Comun Saude Educ*. 2004; 8(14):73-92.
29. Santos M. Metamorfoses do Espaço Habitado. São Paulo: Hucitec; 1988.
30. Santos M, Silveira ML. O Brasil — Território e Sociedade no Início do Século XXI. Rio de Janeiro: Record; 2001.
31. Foucault M. A ordem do discurso. 14ª ed. São Paulo: Louyola; 1999.
32. Ayres JRCM. Tão longe, tão perto: o cuidado como desafio para o pensar e o fazer nas práticas de saúde. In: VII Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e VI Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica. Anais; 2002. Ribeirão Preto/SP, p.13-26
33. Boff L. Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra. Petrópolis: Vozes; 2008.

34. Nunes M, Torrenté M, Ottoni V, Moraes Neto V, Santana M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24 (1):188-96.
35. Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A, organizador. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p.13-18.
36. Franco T. B e Merhy EE Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Setembro de 2007 http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf. Acessado em 20/08/2012
37. Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e Subjetividade: a Construção Coletiva no Campo da Saúde Mental. Ciênc. Saúde Coletiva. 2001;6(1):73-85. , ISSN 1413 - 8123.
38. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro (RJ): TeCorá; 2009
39. Miranda CML, Rocha RM, Sobral VRS. O ensino, a pesquisa e a assistência de Enfermagem psiquiátrica. Revista de Enfermagem UERJ. 1999;7(2) 189-92.
40. Merhy EE. Prefácio: O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MAA, Foschiera MMP, Panizzi M, organizadores. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 21-45.
41. Jodelet D. A alteridade como processo e produto psicossocial. In Arruda A, organizador. Representando a alteridade. Petrópolis: Vozes; 1998. p. 47-67.
42. Rolnik, S. Diálogo e alteridade. Boletim de Novidades, 5(44), 35-44, 1992
43. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, organizador. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.

44. Guatari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografia do desejo. 7ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.
45. Machado AL. Movimentos de saberes e cuidados em saúde mental: a religiosidade pela via da subjetividade [tese livedocência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
46. Silva Jr AG, Merhy EE, Carvalho LC. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-ABRASCO; 2003. p. 113-128.
47. Minayo MCS. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.19-51
48. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
49. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª. ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2007.
50. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. Rev. Saúde Pública. 2005;39(3):507-514
51. Kastrup V. O funcionamento da atenção no trabalho do Cartógrafo. In Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método da cartografia. Porto Alegre: Sulina; 2010. p. 32-51.
52. Mairesse D. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In Fonseca TMG, Kirst PG, organizadores. Cartografias e devires: a construção do presente Porto Alegre: UFRGS; 2003 .p. 259-271.
53. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 53-124.
54. Rolnik S. Cartografia sentimental. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2006.

55. Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Apresentação. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009. p.7-16.
56. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio da língua portuguesa. 5ª ed. Curitiba: Positivo; 2010.
57. Gomes PK, Elisa GA. Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: Fonseca TM, Kirst PG. Cartografias e devires: a construção do presente. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2003
58. Rolnik S. Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade; 1989.
59. Deleuze G. Conversações. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992.
60. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Perfil municipal: região Cafelândia. SEADE, 2011. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=tabela>. Acesso em 10/11/2011.
61. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
62. Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhado e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 98-161.
63. Kessner DM, Kalk, CE, Singer J. Assessing Health Quality – the Case for Tracers. N Engl J Med 288. 1973;4:189-194.
64. Gonçalves CAV. Cotidiano de cuidados à pessoa com depressão na pós-modernidade: uma cartografia [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.
65. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho. In: Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESCIMS/UERJ-ABRASCO; 2006.

66. Merhy EE. Reforma psiquiátrica no cotidiano: multiplicidades no cuidado e por uma ética cidadã. Manejos das ações relacionais. In: Merhy EE, Amaral H, organizadores. A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Hucitec, 2007.
67. Franco TB. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhar e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 161-98.
68. Deluze G, Guatari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34; 1995. v.1.
69. Passos E, Barros RB In: Passos E, Kastrup V, Escossia L. Pista do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2010. 207p
70. Rolnik, S. Micropolítica: cartografias do desejo (5.^a ed.) Petrópolis: Vozes; 2007.
71. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1995.
72. Jacob LS. Interdisciplinaridade e Ética na Reprodução Assistida. In: Melamed, RMM, Quayle J. Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras. São Paulo: Casa do psicólogo; 2006. p. 35- 48.
73. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC ABRASCO; 2001. p. 113-50.
74. Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2^a ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 113-60
75. Machado AL, Colvero LA. O cuidado de enfermagem: olhando através da subjetividade. Acta Paul Enferm. 1999 12(2):66-72

76. Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta AMF, organizadora. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2001.
77. Saraceno B. Concepções de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. Ver. Terap. Ocup. 1998, 9(1): 26-31.
78. Capozzolo AA.. No olho do furacão: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família [tese]. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 2002.
79. Merhy EE. Conferência: A loucura e a cidade: outros mapas. In: Encontro da rede substitutiva em saúde mental. Minas Gerais, 2003. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-21.Acesso> em
80. Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs. Capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1995. v. 3.
81. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
82. Souza RC, Scatena MCM. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005;13(2):173-9.
83. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
84. Brêda MZ, Rosa WAG, Pereira MAO, Scatena MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005;13(3):450-2.
85. Amarante P, organizador. Loucos pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995.
86. Mello R. A construção do cuidado à família e a consolidação da reforma psiquiátrica. Rev. Enferm. UERJ. 2005;13(3):390-395.

87. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial da saúde. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. Genebra: OMS, 2001.
88. Pereira MAO. A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. Rev Latino-am Enfermagem. 2007;15(4). www.eerp.usp.br/rlae (acesso em 09/12/2012)
89. Pitta A. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? Em Pitta A, organizador. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: HUCITEC;1996. p. 19-26.
90. Barros LP, Kastrup V. Cartografar é acompanhar processos. In Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa, intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009.
91. Saraceno B. Concepções de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. Ver. Terap. Ocup. 1998, 9(1): 26-31
92. Pelbart PP. Exclusão e biopotência no coração do Império. Seminário:In “Estudos territoriais de desigualdades sociais”, São Paulo, 16 e 17 de maio de 2001. Disponível em <http://www.cedest.info/Peter.pdf>. Acesso em 12/10/2012
93. Alvarez J; Passos E. Cartografar é habitar um território existencial. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa, intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010.
94. Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992. pp. 143-193.
95. Guatari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. Rio de Janeiro: Vozes; 1999. 5ª Ed.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou desenvolvendo o projeto de pesquisa para o Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, intitulado “**O cuidado em saúde mental na atenção básica: uma cartografia**”, que tem como objetivo: Cartografar o cuidado prestado ao portador de transtorno psíquico na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Espero, com isso, auxiliar os profissionais da ESF que lidam no processo de assistência ao portador de transtorno psíquico e, assim, promover sugestões de melhoria para o serviço.

Por esse motivo convido V. Senhoria a participar deste projeto de pesquisa, concedendo uma entrevista gravada, no próprio local de trabalho e em horário a ser combinado, não excedendo o tempo de 1 hora. As fitas serão destruídas após a transcrição.

Serão considerados os seguintes aspectos éticos:

- Sua participação é facultativa e você pode deixar a pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer tipo de riscos, danos, gastos ou implicações pessoais e no ambiente de trabalho;
- Garanto que todas as suas dúvidas em relação à pesquisa serão esclarecidas antes de sua participação;
- As informações fornecidas serão utilizadas apenas para fins de pesquisa e seu anonimato será preservado;
- Você poderá solicitar os resultados dessa pesquisa, para ter conhecimento quando prontos, sabendo que esses resultados poderão ser divulgados em eventos científicos e publicações, sempre garantindo o respeito e o sigilo aos participantes do estudo.

Assim, solicito sua assinatura neste termo de consentimento, em duas vias sendo que uma ficará com você, para sua segurança, e outra com a pesquisadora depois de esclarecidas as possíveis dúvidas.

"Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3811-6143."

Eu, _____, aceito participar do projeto de pesquisa “**O cuidado em saúde mental na atenção básica: uma cartografia**”, após ter sido instruído plenamente em relação aos aspectos éticos citados acima. Informo ainda que minha participação é voluntária, sem nenhum caráter de coerção pessoal, e sei que tenho total autonomia para permanecer no estudo ou sair dele a qualquer momento.

Cafelândia, _____ de _____ 2012.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante

PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Enfª Taís Fernanda Maimoni Contieri Santana¹
COREN-SP109443

ORIENTADORA

Dr.ª. Maria Alice Ornellas Pereira²
COREN-SP 2284

- 1- Av. Pedro Theodoro, nº967, centro. Cafelândia-SP e-mail: taiscontieri@gmail.com CEP: 16.500-000 Tel. (14)3554-3290 (14)9785-1293.
- 2- Departamento de Enfermagem-FMB-Unesp Campus Rubião Junior S/N Botucatu-SP e-mail: malice@fmb.unesp.br CEP: 18.618-970 Tel.: (14) 38116070.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ESTUDO DE CASO OBSERVACIONAL

CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF):

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

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAL

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Formação: _____

Tempo de trabalho na ESF: _____

Atuação profissional fora da ESF: _____

Questões abertas da entrevista:

- 1- Como você vê a assistência em Saúde Mental do Município?
- 2- Como a equipe presta o cuidado nessa área? Quais as formas de cuidado?
- 3- Como se estabelece a relação equipe-usuário-comunidade?
- 4- O que você acredita que tem proporcionado na melhora destes usuários?
- 5- Como poderia ser ampliado o cuidado em Saúde Mental?
- 6- Quais as dificuldades encontradas?

ANEXO I – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 07 de maio de 2012

Of. 201/2012

Ilustríssima Senhora
Prof^a. Dr^a. Maria Alice Ornellas Pereira
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr^a. Maria Alice,

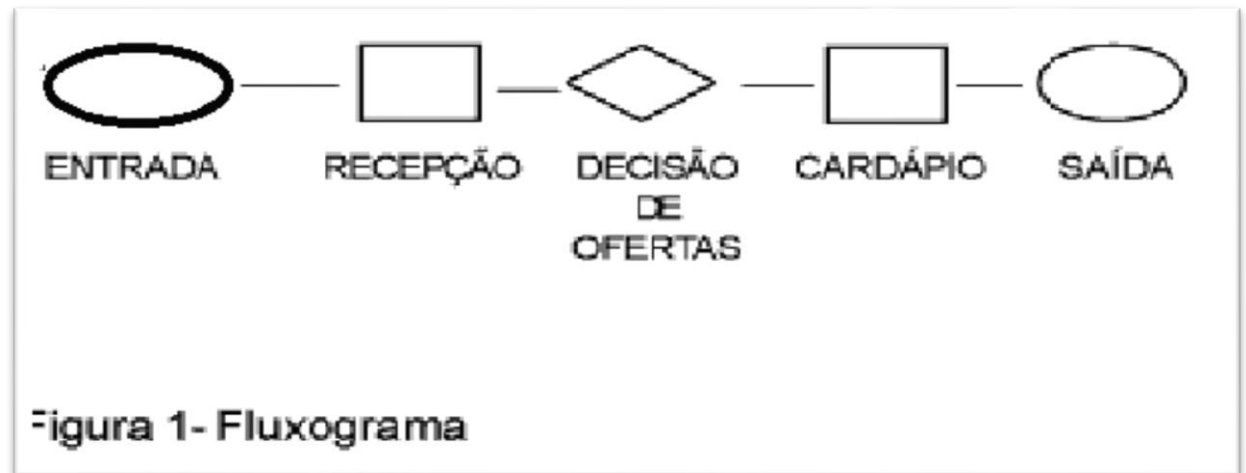
Informo que o Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 4204-2012) O cuidado em saúde mental na atenção básica: uma cartografia, a ser conduzido por Taís Fernanda Maimoni Contieri Santana, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 07/05/2012.

Situação do Projeto: APROVADO. Os pesquisadores deverão apresentar ao CEP ao final da execução do Projeto o "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Prof. Dr. Trajano Sardenberg
Coordenador do CEP

ANEXO II- FLUXOGRAMA ANALISADOR



FONTE: Franco e Merhy (2003)