

LUCIANA VON HA DE OLIVEIRA STRINGHETA

**MÉTODO INTERCESSOR E SAÚDE MENTAL –
CONSTRUINDO SABERES A PARTIR DA PRÁXIS**

ASSIS

2007

LUCIANA VON HA DE OLIVEIRA STRINGHETA

**MÉTODO INTERCESSOR E SAÚDE MENTAL –
CONSTRUINDO SABERES A PARTIR DA PRÁXIS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Concentração: Psicologia e Sociedade)

Orientador: Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa

ASSIS

2007

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

Stringheta, Luciana Von Ha de Oliveira
S918m Método intercessor e saúde mental – construindo saberes a
partir da práxis / Luciana Von Ha de Oliveira Stringheta. Assis,
2007
106 f.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras
de Assis – Universidade Estadual Paulista.

1. Psicanálise. 2. Saúde mental. I. Título.

CDD 150.1952

614.58

LUCIANA VON HA DE OLIVEIRA STRINGHETA

**MÉTODO INTERCESSOR E SAÚDE MENTAL –
CONSTRUINDO SABERES A PARTIR DA PRÁXIS**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Ciências e Letras de Assis – UNESP –
Universidade Estadual Paulista para a
obtenção do título de Mestre em Psicologia
(Área de Concentração: Psicologia e
Sociedade)

Orientador: Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa: _____
(UNESP – Assis)

Prof. Dr. Maria Cezira Fantini Nogueira Martins: _____
(Instituto da Saúde – São Paulo)

Prof. Dr. Cristina Amélia Luzio: _____
(UNESP – Assis)

Data: ____/____/____

A meu pai Zano
(*in memoriam*)

A Guilherme e Laura

AGRADECIMENTOS

Foi uma jornada desafiante e enriquecedora. É chegado o momento de agradecer aqueles que tiveram papel nela. Cada qual a seu modo me proporcionou condições para seguir viagem. A vocês, meu carinho e gratidão.

Ao teórico e orientador professor Abílio da Costa Rosa, viajante experimentado, conhecedor de tantos horizontes, por me acompanhar nessa aventura.

Às professoras Cristina Amélia Luzio e Maria Cezira Fantini Nogueira Martins que afetuosamente contribuíram com o andamento dos trabalhos.

À professora Elizabeth Piemonte Constantino pela força e disponibilidade no início do processo.

A Roberto, com quem partilho as mais caras vivências. Seu apoio amoroso, incentivo e compreensão foram fundamentais.

À minha mãe Ana Maria, pela força e generosidade que me inspiram e acolhem. Foi igualmente importante ter convivido com seu prazer pelo conhecimento.

À Fabiana, irmã e amiga, por segurar algumas pontas com tanta gentileza.

A Álvaro e Mariuza pela disponibilidade constante e afetuosa.

A Edmárcia Fidélis que com a sensibilidade e bom senso habituais me aliviou de certas funções na fase final dos trabalhos.

Aos participantes da pesquisa pela confiança e abertura para a experiência.

RESUMO

Este estudo propõe o Método Intercessor como recurso para a ação e a produção de conhecimento. Discute as características, as vicissitudes e alguns resultados de sua aplicação em uma situação concreta na área da Saúde. Os fundamentos deste método se encontram na articulação de conceitos da Análise Institucional, em princípios do Método Dialético, e em conceitos da Psicanálise, sobretudo na vertente lacaniana, como a teoria de cartéis e os conceitos de intensão e extensão. A pesquisa contextualiza historicamente o campo da Saúde Mental na atenção básica e analisa a experiência de um grupo de trabalhadores, cujo objetivo foi a produção coletiva de conhecimento para a práxis neste campo. Faz uma reflexão sobre os saberes produzidos a partir desta iniciativa em uma dupla perspectiva: num diálogo com a universidade (considerando o estatuto do saber mais comumente produzido com os métodos tradicionais, e o saber produzido a partir da práxis conforme proposto pelo Método Intercessor) e dialogando também com a área da saúde, principalmente a da Atenção ao sofrimento psíquico na atenção básica.

Palavras-chave: Psicanálise, Saúde Mental.

ABSTRACT

This project proposes the Intercession Method as a resource to the action and production of knowledge. It discusses the characteristics, the vicissitudes and some results of its application in a concrete situation in the Health field. The fundamentals of this method are found in the articulation of concepts in the Institucional Analysis, in the Dialectic Method principles, and in concepts of the Psychoanalysis, especially in the Lacanian strand, as the Theory of cartels and the concepts of intension and extension. The research contextualizes historically the field of Mental Health in basic attention and analyses the experiment of a group of workers, whose objective was the collective production of knowledge for the practice in this field. It makes a reflection about the knowledge produced from this initiative in a double perspective: in a dialogue with the universities (considering the feature of the knowledge most commonly produced with the traditional methods, and the knowledge produced through the practice as proposed by the Intercession Method) and dialoguing as well with the Health field, especially the one whose attention is on the psychical suffering in the basic attention.

Key-words: Psychoanalysis, Mental Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ABS – Atenção Básica de Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AP – Atenção Primária
APS – Atenção Primária de Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CCSM – Centro Comunitário de Saúde Mental
CIB – Comissão de Intergestores Bipartite
CIT – Comissão de Intergestores Tripartite
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ER – Equipe de Referência
MP – Medicina Preventiva
MPC – Modelo Preventivo-Comunitário
MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB – Normas Operacionais Básicas
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAS – Plano de Assistência à Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PP – Psiquiatria Preventiva
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PSF – Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SF – Saúde da Família
SM – Saúde Mental
SP – Saúde Pública
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

Cap. I – INTRODUÇÃO.....	10
1– A Atenção Básica de Saúde.....	12
1.1– Atenção Básica ou Atenção Primária?.....	12
1.2 – Políticas Públicas para a Atenção Básica.....	15
1.2.1 – A Estratégia de Saúde da Família	17
2 – A Saúde Mental no contexto da Atenção Básica – Características no Estado de São Paulo	19
2.1– O Modelo Preventivo-Comunitário na Saúde Mental.....	19
2.1.1 – Uma experiência de Saúde Mental Comunitária no Estado de São Paulo – Os Convênios de 73	22
2.2– Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial – Um outro discurso interferindo na configuração da Saúde Mental	23
3 – Políticas Públicas de Saúde Mental na Atenção Básica – Principais iniciativas que ocasionaram a atual configuração deste âmbito no Estado de São Paulo.....	31
3.1 – O início: A “Cartilha” de 83.....	32
3.2 – A Portaria 224/92.....	34
3.3 – A Lei Nº. 10.216.....	35
3.4 – A Portaria 336/02	35
4 – Experiências de Integração entre Saúde Mental e Saúde da Família.....	37
4.1– Uma experiência na cidade de São Paulo: o Projeto Qualis II/PSF.....	37
4.2 – O Apoio Matricial do Programa Paidéia Saúde da Família em Campinas	39
Cap. II – METODOLOGIA.....	42
1 – O Método Psicanalítico de Pesquisa	44
2 – O Grupo Intercessor	47
3 – O Planejamento de um Grupo Intercessor nessa pesquisa	51
Cap. III – A EXPERIÊNCIA DO GRUPO INTERCESSOR	53

1 – A formação do grupo	55
2 – As reuniões	59
Cap. IV – REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA.....	69
1- Eixo I: Diálogo com a Saúde e Atenção ao Sofrimento Psíquico na Atenção Básica	69
1.1 – A prevenção em Saúde Mental.....	70
1.1.1 – Fornecimento de informação sobre temas de Saúde Mental	71
1.1.2 – A formação de grupos como estratégia de prevenção	72
1.1.3 – O acolhimento como “prevenção” em Saúde Mental	73
1.2 – Articulações da Saúde Mental na Atenção Básica: Especialistas em SM, Saúde em geral, Saúde da Família e outros segmentos sociais	75
1.2.1 – Integração entre especialistas de Saúde Mental	75
1.2.2 – Articulação entre especialistas e equipes de Saúde da Família	77
1.2.3 – Entre especialistas de SM e profissionais de Saúde em geral	79
1.2.4 – Saúde Mental e segmentos sociais	80
2.3– O estado da questão	81
2- Eixo II: Diálogo com a Universidade - A Intercessão como proposta metodológica	83
2.1 – O percurso do grupo frente à proposta de Intercessão	83
2.1.1 – Expectativas.....	83
2.1.2 – O entendimento da proposta de Intercessão.....	85
2.1.3 – A formulação de um projeto próprio.....	86
2.1.4 – Processos de coordenação - O papel do intercessor.....	88
2.2 – Método Intercessor e produção de conhecimento	90
Cap. V – UM ÚLTIMO ENCONTRO COM O GRUPO.....	93
Cap. VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
ANEXO.....	104

Capítulo I – INTRODUÇÃO

O delineamento desta pesquisa no formato em que ora se apresenta é fruto principalmente da conjugação de dois fatores. O primeiro deles se refere a minha própria trajetória profissional que vem aliando uma formação em Psicanálise (voltada também ao exercício clínico liberal) e um percurso na Saúde Pública, com inserções em diferentes contextos de atuação. A partir do trabalho na Saúde Pública pude ter contato com concepções da Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial (posteriormente mais bem sistematizadas numa Especialização).

Tais experiências me ocasionaram inquietações relativas ao papel profissional, sobretudo como psicóloga na atenção básica. Este é um contexto de atuação extremamente relevante porque está disponível a grandes contingentes populacionais e, no caso de municípios de pequeno porte, constitui praticamente a única alternativa viável de contato com um serviço de saúde mental. A AB é considerada também segmento estratégico dentro do processo de avanço e consolidação do SUS.

Apesar de sua relevância dentro do sistema de saúde, a atenção básica em Saúde Mental não costuma dispor de profissionais com formação acadêmica que tenha contemplado as especificidades deste segmento. Têm-se, em geral, profissionais com deficiências de formação, pobremente situados em relação ao contexto sanitário em que se inserem e que pouco problematizaram os objetivos de seu papel dentro dele. Encontram-se também na atenção básica (pelo menos no Estado de São Paulo) serviços organizados a partir de modelos com lógicas diferentes entre si o que talvez possa funcionar como mais um fator de desorientação.

Aos profissionais na “linha de frente” da saúde mental se apresenta um âmbito extremamente vasto para atuação. Talvez mais do que em outras inserções institucionais, é grande a amplitude daquilo que lhe está disponível para intervenção. É um campo que pretende ir além do modelo curativo, abrindo-se a novos formatos de produção de saúde. Torna-se, portanto, muito significativa a questão do perfil do profissional como determinante das características que o serviço adquire. Aspectos de formação e posicionamento ético são fundamentais na consideração da relevância e alcance social de seu trabalho.

Tais questões me motivaram a desenvolver um estudo que abordasse a especificidade deste segmento. Originalmente a proposta da pesquisa era a de refletir sobre Saúde Mental na atenção básica através de entrevistas com profissionais, buscando-se analisar o entendimento de seu papel neste contexto. No decorrer do processo o desenho metodológico foi modificado e ganhou relevância a ponto de alterar os objetivos iniciais do trabalho, que acabou versando também sobre a metodologia utilizada.

Esta será, obviamente, pormenorizada adiante, mas seu ponto de partida é a formação de um grupo de discussão com profissionais da área. Com este grupo pretende-se, de um lado, ocasionar produção de conhecimentos na área da saúde desenvolvidos pelos sujeitos-participantes e de outro fazer avançar a discussão sobre um modo de produção de saber que não se confunde com o saber do especialista. Neste caso se quer pensar a vinculação entre teoria e práxis: almeja-se escapar do modelo tradicional de conhecimento universitário, que concebe a teoria como determinante da prática. Aqui se pretende ouvir o saber sobre a práxis e considerá-lo nas elaborações teóricas.

A proposta do “Grupo Intercessor” partiu do orientador do estudo. Ele vinha trabalhando sua formulação através da articulação de concepções teóricas provenientes de campos distintos, embora sob certa leitura, profundamente inter-relacionados. Nenhum material sobre o assunto havia sido publicado até a ocasião, de modo que suas idéias foram apresentadas oralmente nos encontros de orientação. Foi adotada pela convicção de sua consistência teórica e sua sintonia com os propósitos conceituais e éticos da pesquisa. Este “desvio” quanto aos objetivos iniciais me parecem plenamente justificados, dentro da própria perspectiva que norteou o esboço original do estudo. Entendo que o recurso metodológico proposto aqui (que evoluiu no sentido de poder ser designado como método) funciona a partir de uma lógica e de uma concepção de sujeito que interessa à pesquisadora ver se consolidando entre os fundamentos de trabalho da SM na AB. Sob meu ponto de vista, o Método Intercessor é extremamente útil para este segmento. Neste enfoque, o que parecia ser uma mudança de rota, caracterizou-se realmente como um desvio, que ao final visa chegar ao mesmo destino: contribuir com o desenvolvimento de práticas de SM na AB comprometidas com a produção de subjetividade singularizada e com a construção de coletivos capazes de responsabilização e elaboração de alternativas próprias.

1 – A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Este estudo pretende refletir sobre práticas desenvolvidas no contexto da atenção básica de saúde. Por esta razão, inicia com uma breve discussão a respeito deste campo, destacando-se a especificidade da ABS e a política oficial para o setor. É importante salientar que o que se desenvolve na ABS em geral tem desdobramentos no segmento da AB em Saúde Mental. A AB em SM será discutida adiante em maior profundidade.

1.1– Atenção Básica ou Atenção Primária?

A própria maneira de designar este campo gera dúvidas: é atenção básica ou atenção primária? Estes conceitos são sinônimos ou indicam domínios diferenciados? Pode-se iniciar uma discussão por este eixo, uma vez que tais questões colocam em jogo a identidade, especificidade e funções deste nível de atenção.

O conceito de atenção primária é anterior ao de atenção básica. Ele se refere a uma estratégia de cuidados primários à saúde, que visa prevenção do adoecimento. Está diretamente ligado às formulações da Medicina Preventiva, de modo que para apreendê-lo torna-se necessário considerar o que propõe a MP. Interessa também abordar a Medicina Preventiva não só pela marca que imprime na AB, mas também pelos seus reflexos específicos na Saúde Mental.

O surgimento da MP é situado aproximadamente na década de 40 nos Estados Unidos. Arouca (2003) considera que a Medicina Preventiva representa um movimento ideológico de crítica à prática médica curativa. Nesta perspectiva o médico seria um trabalhador social cujo foco não está apenas na cura individual de determinado caso, mas no trabalho para se alcançar um “estado de saúde” para toda uma população.

A MP opõe-se a um modelo que privilegia o diagnóstico e a terapêutica, em detrimento da prevenção e reabilitação. A contestação da prática médica se dá em vários níveis:

1. A prática curativa é considerada ineficiente por centralizar-se na terapêutica, descuidar-se da prevenção e conseqüentemente levar a um encarecimento dos procedimentos médicos e redução de seu rendimento.
2. A especialização da medicina reduz o homem cada vez mais a órgãos e estruturas e a torna uma prática progressivamente desumanizada e instrumental.
3. A predominância do enfoque biológico distorce o conceito de saúde postulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o estado de bem estar físico, mental e social e o reduz à conceituação de “ausência de doença”.
4. A prática curativa, ao desenvolver-se num contexto de interesses individualistas, desvincula-se dos reais problemas de saúde da população que são os predominantes.
5. A educação médica, dominada pela ideologia curativa, reproduz o padrão de distanciamento da comunidade.

A contribuição da MP não está tanto na novidade dos conhecimentos que produz ou em modificações estruturais da atenção, mas na proposta de transformação da atitude médica para com o paciente, família e comunidade. A MP propõe uma reorganização do conhecimento em um novo discurso que orienta uma nova prática em medicina.

O diferencial qualitativo que se introduz é a organização do saber médico em um paradigma que é o da História Natural das Doenças. Nele, o problema de saúde é apreendido num contínuo que comporta categorizações em fases sucessivas, o que abre possibilidades para intervenções preventivas. A doença é concebida como tendo um “curso natural”, ou seja, um processo de fases que se sucedem. É resultante da interação entre agentes patogênicos e hospedeiros (pacientes), em um dado ambiente.

Desta maneira, a necessidade do cuidado médico passa a ser contínua e não mais pontual, apenas no momento do adoecimento. Passa-se à consideração de que tal atenção é sempre possível, seja em estados patológicos ou pré-patológicos. O que se modificaria, de acordo com a circunstância seria o tipo de intervenção: em momentos patológicos, ações diagnósticas ou curativas; em situações pré-patológicas, medidas preventivas.

Os cuidados primários seriam compostos, portanto, de atenção contínua à saúde (cunho preventivo) realizada próxima ao ambiente sócio-cultural

dos indivíduos, famílias e comunidade. São estes elementos que constituem inicialmente a atenção primária.

Ao longo do tempo o conceito de AP vai sendo progressivamente incorporado ao campo de referência para organização de serviços e ações de saúde. Surge a concepção sobre diferentes níveis de complexidade na atenção: a AP se localizaria na fase inicial e teria a responsabilidade de definir outros cuidados que necessitem ser ofertados pelos demais níveis de atenção (secundário e terciário).

Se nos anos sessenta ocorre a disseminação do ideário da MP e das práticas de AP, advindas principalmente do meio acadêmico, nos anos setenta se dá a institucionalização de programas nesta perspectiva com a assimilação das propostas por organismos internacionais como a OMS (IBÁÑEZ et al, 2006). Tal processo culmina com a Conferência Internacional de Alma-Ata realizada em 1978. Neste fórum definiram-se os cuidados primários da seguinte forma:

São cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento (...). Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE. Declaração de Alma-Ata, 1978).

Na definição se percebe a complexidade de um campo que pretende combinar funções, reorganizar sistemas e responder a diferentes questões sobre saúde que vão desde a melhora qualitativa de saúde da população até circunstâncias de financiamento dos próprios sistemas. Desde o princípio a valorização da AB esteve também vinculada à preocupação com o custo da assistência, como se esta fosse uma alternativa mais barata de produção de serviços. De um lado, prevenir, supostamente, custa menos do que tratar a doença instalada; de outro, leigos treinados poderiam desenvolver procedimentos simplificados, o que também contribuiria para a redução de custos. A perspectiva da MP prevê participação comunitária e a possibilidade do trabalho do leigo, uma vez que os processos em

saúde são decompostos em etapas, com a identificação de procedimentos menos complexos que não necessitariam ser deixados a encargo de um profissional.

Atualmente existem diversas interpretações sobre o que é a APS. Entre elas, a mais abrangente a considera uma estratégia de reordenamento do setor de saúde. Outras a reduzem a uma reorganização do primeiro nível de atendimento do sistema. Ainda mais reducionistas são as interpretações da APS como um programa voltado para satisfação de necessidades mínimas de grupos populacionais pobres e marginalizados.

Vinte anos depois de Alma-Ata ganha destaque o conceito de atenção básica. No Brasil tal conceito foi sendo utilizado após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus mecanismos financeiros e operacionais, como referência aos serviços municipais de saúde. Para Gil (2006) o conceito de APS é mais amplo e complexo que o de AB, embora frequentemente sejam tomados como sinônimos no sentido de designarem unidades locais ou primeiro nível de assistência. A documentação oficial em nosso país adota predominantemente o conceito de atenção básica nas formulações de políticas para o setor.

1.2 – Política Pública para a Atenção Básica

A Constituição Federal promulgada em 05 de Outubro de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como a maneira de se produzir serviços de saúde no Brasil. Nele o conceito de saúde é tomado em sentido amplo (incluindo determinantes de ordem econômica e social) e apresentado como direito do cidadão e dever do estado. Tem como princípios fundamentais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização e hierarquização dos serviços. Prevê ainda a participação popular e o controle social da assistência (BRASIL, lei n 8.080, 19 de Setembro de 1990).

Desde que o SUS passou a vigorar, vem se desenvolvendo progressivamente a descentralização das ações e serviços em saúde e se tem buscado a construção igualmente paulatina de uma rede integrada de ofertas assistenciais. Neste processo os municípios deixam de ter o papel exclusivo de

prestadores de serviços - como no período anterior - para o de gestores de certa esfera do sistema. Com isso assumem maiores responsabilidades, devendo administrar certos equipamentos, integrar ofertas dentro de sua abrangência, organizar-se juntamente com outros municípios em regiões de saúde, e ainda, articular-se com as instâncias estadual e federal.

Neste processo de municipalização e regionalização tiveram papéis importantes as Normas Operacionais Básicas: NOB-SUS 01/93 e NOB-SUS 01/96, além das Normas Operacionais de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/2001 e NOAS-SUS 01/2002 editadas pelo Ministério da Saúde. As NOBs criaram modalidades de habilitação municipal ao SUS, ou seja, diferentes níveis de adesão, com responsabilidades distintas e as formas de repasse de recursos correspondentes. Elas também estabeleceram mecanismos de gestão pluriinstitucional, com a instalação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Nelas se desenvolve o dispositivo da Programação Pactuada e Integrada (PPI) de atividades assistenciais que visa a integração dos sistemas municipais de saúde.

As NOAS estabeleceram aumento de responsabilidade dos municípios na AB, intensificaram o processo de regionalização, fortalecendo a gestão estadual na condução deste processo e postularam que a organização da oferta de serviços deve ser baseada na lógica da territorialidade; reformularam também as modalidades de habilitação municipal: Gestão plena da atenção básica ampliada (“ampliada” em relação a modalidades anteriores porque incluiu outras ações) ou Gestão plena do sistema municipal (a última categoria engloba a primeira).

Apesar das três esferas de governo terem responsabilidades em relação à AB, a sua gestão propriamente dita ficou a encargo do nível municipal.

No ano de 2006 foi publicada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de atenção básica. Seu texto define a AB como:

... um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (BRASIL, portaria 648, de 28 de março de 2006).

Esta definição tem-se mantido já há alguns anos, praticamente no mesmo formato. O que há de novo neste documento é que ele elege a Saúde da Família como eixo organizador do sistema. A posição central que a SF passa a ocupar a partir de então é resultante de um processo iniciado na década de 90, com experiências esparsas inspiradas no modelo cubano de “Médico da Família” (VASCONCELOS, 2006).

1.2.1 – A Estratégia de Saúde da Família

A Saúde da Família é considerada estratégia prioritária de reorganização da Atenção Básica de acordo com os princípios do SUS. Tem entre seus fundamentos: a) servir de “porta de entrada” preferencial do sistema de saúde; b) funcionar pela lógica do território, possibilitando o acesso universal e orientando-se pelo princípio da equidade; c) desenvolver vínculo de responsabilização com a população adscrita; d) efetivar a integralidade em seus diversos eixos (entre ações programáticas e demanda espontânea; entre promoção de saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; na interdisciplinaridade e no cuidado em rede).

As equipes de Saúde da Família, sediadas em Unidades Básicas de Saúde, são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias dentro de um território determinado. As equipes são compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Há casos em que se prevê a inclusão de um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene bucal. Cada uma delas acompanha cerca de três mil a quatro mil e quinhentas pessoas ou cerca de mil famílias, desenvolvendo ações de prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção das condições de saúde desta população.

A Estratégia de Saúde da Família como política nacional de atenção básica, agrega em si duas iniciativas anteriores: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado no país em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), desenvolvido a partir de 1994. Tais programas foram implantados inicialmente em localidades pequenas, com baixa densidade

populacional, escassez de recursos de saúde e com índices críticos, entre os quais, os de mortalidade infantil e materna (CAPISTRANO FILHO, 1999). As experiências tiveram sucesso na modificação destes quadros e ocasionaram a expansão do PSF até que ele se consolidasse em prioridade na política da AB.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2005, contavam-se com 24.600 equipes de SF implantadas em 4.986 municípios, o que oferecia uma cobertura populacional da ordem de 44,4% do total nacional (78,6 milhões de pessoas).

O texto oficial define algumas áreas estratégicas de atuação das equipes, como por exemplo, o controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, saúde da mulher e da criança, etc. A elas podem se agregar outras de acordo com prioridades pactuadas através das PPIs. É importante mencionar que a saúde mental não é apontada em princípio como área estratégica.

Se de um lado, a SF teve grande impacto em áreas carentes, com a diminuição da mortalidade, pela intervenção em situações de fácil tratamento como a diarreia e pneumonia, ela tem ainda o desafio de tornar-se um recurso de atenção integral. Vasconcelos (2006) afirma que a SF em alguns municípios significou muito mais uma modificação institucional, com nova divisão de trabalho entre os profissionais, remuneração diferenciada e deslocamento do local de atuação do que uma maior aproximação com o cotidiano das famílias. Entende que não está ocorrendo ainda uma discussão aprofundada sobre a relação entre profissionais e população local. Na visão do autor, formas tradicionais de abordagem passam a ser designadas como práticas de saúde da família, de modo que esta conceituação perde sua especificidade.

Existem problemas para o desenvolvimento da proposta ligados a formação dos trabalhadores e a escolha de metodologias de abordagem das questões de saúde nesta perspectiva. As áreas estratégicas de atuação, herdeiras dos programas de saúde pública planejados e padronizados, restringem a percepção dos profissionais. Além disso, sua postura predominantemente higienista prejudica a vinculação com a população e reduz as possibilidades de produção de saúde.

2 – A SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA – CARACTERÍSTICAS NO ESTADO DE SÃO PAULO

Para se discutir a configuração atual da SM na AB será preciso descrever alguns elementos formadores deste âmbito, ou seja, compreender os diferentes modelos de atenção operantes e as propostas das políticas oficiais de saúde. Será necessário realizar uma retrospectiva histórica da composição deste campo, percebendo a coexistência de lógicas diversas e muitas vezes contraditórias interagindo. As reflexões buscarão compreender os processos centrais ocorridos que ocasionaram desdobramentos para o estado de São Paulo neste setor.

Este capítulo se inicia com uma discussão teórica acerca dos modelos de atenção vigentes (O Preventivo Comunitário e a Atenção Psicossocial) e em seguida analisará a legislação que foi construindo a atual conformação deste campo. Grosso modo, pode-se apontar que, atualmente no estado de São Paulo, a organização da Saúde Mental na atenção básica está fundada no Modelo Preventivo-Comunitário, mas sofrendo um atravessamento do discurso da Atenção Psicossocial (DEVERA, 2004).

2.1 – O Modelo Preventivo-Comunitário na Saúde Mental

A chamada Psiquiatria Comunitária ou Preventiva surge nos Estados Unidos na década de 60. Constitui-se basicamente em transposição da lógica da Medicina Preventiva (já discutida anteriormente) para o campo da assistência em Saúde Mental. Resulta de críticas (não restritas ao contexto americano) ao modo psiquiátrico tradicional: curativo, medicamentoso, hospitalocêntrico e privatista. Tais críticas vinham no bojo da insatisfação com o modelo de atenção à saúde em geral, que tinha a mesma característica de sua vertente psiquiátrica.

A conjuntura da 2ª Grande Guerra havia provocado modificações nos perfis de assistência à saúde dos países envolvidos. Especificamente o tratamento asilar dos doentes mentais, que já era questionado anteriormente, recebeu a partir de então críticas mais agudas e passou a ser considerado como elemento responsável

pela deterioração dos pacientes e produtor de doença mental. Em busca de alternativas para se enfrentar a questão, começou a haver uma revalorização dos saberes marginais sobre a doença mental, como por exemplo, o resgate da Terapia Ocupacional (surgida na década de 20). Paralelamente ganharam evidência terapêuticas em sistemas grupais (a exemplo de experiências desenvolvidas durante a guerra na Inglaterra e EUA com soldados que apresentavam distúrbios psíquicos) (BIRMAN e COSTA,1994).

Em meio a tal panorama surgiram movimentos com propostas alternativas ao tratamento psiquiátrico tradicional. Entre eles, a Psiquiatria Preventiva nos EUA. ¹No contexto americano a PP se realiza como concessão do governo ao avanço de reivindicações de contingentes pauperizados da população, excluídos do consumo e de recursos do sistema de saúde.

Em oposição a uma prática curativa, propõe-se a abordagem preventiva das enfermidades mentais. Tal proposição é oriunda das formulações de Leavell e Clark a respeito da “História Natural das Doenças”. Caplan foi quem transpôs o modelo da História Natural para o campo da Psiquiatria. Ele aponta que a prevenção primária constitui o aspecto essencial, ao redor do qual devem se reorganizar as dimensões secundária e terciária. A **Prevenção Primária** se caracteriza como intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas que podem ser de origem individual e/ou do meio. A **Prevenção Secundária** constitui a procura de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental. A **Prevenção Terciária** seria a busca de readaptação do paciente à vida social, após sua melhoria (CAPLAN, 1980).

Do modelo preventivista também se destaca a tendência à simplificação tanto quanto possível das ações de SM para que possam em grande medida ser executadas por leigos treinados. Prevvia-se no modelo americano até mesmo a remuneração de alguns membros-chave da comunidade como forma de inclusão de seus elementos.

O foco na comunidade representa estratégia para deslocar o hospital do eixo central do sistema de saúde. Desta forma, busca-se a reorganização dos serviços e a inclusão de aspectos até então desconsiderados pela Medicina. A participação da comunidade nas ações de saúde é um fundamento deste modelo de

¹ Além da Psiquiatria Preventiva nos EUA, destacam-se a Psiquiatria de Setor e a Psicoterapia Institucional (ambas na França) e as Comunidades Terapêuticas (na Inglaterra e EUA).

atenção, com destaque ao caráter de auto-ajuda que estes grupos supostamente desenvolveriam.

A diversidade profissional do pessoal técnico envolvido na execução das ações é uma outra característica do Modelo Preventivo Comunitário (MPC). Desta maneira foram incluídos na SM assistentes sociais, psicólogos, psicopedagogos, praxiterapeutas, entre outros. Cabe ressaltar que tais profissionais foram integrados numa condição de auxiliares do trabalho médico, recebendo até a designação de paramédicos. As funções de direção, planejamento, administração e distribuição de tarefas ainda permaneciam a cargo da figura do médico, inclusive com respaldo legal.

Entre as principais críticas dirigidas ao MPC estão as que questionam as possibilidades de prevenir as doenças mentais, uma vez que:

- a) O conhecimento etiológico das psicopatologias é reduzido
- b) Modelos hermenêuticos em teorias de constituição dos problemas psíquicos inviabilizam o encadeamento causal retilíneo.

Além destas, existem críticas ao conceito e abordagem da comunidade. As comunidades no MPC são consideradas implicitamente como grupos em harmonia, cooperativos e espontaneamente terapêuticos. Ao se observar os segmentos sociais que são objeto da Medicina Comunitária percebe-se que são conjuntos sociais excluídos do consumo e serviços médicos. Portanto, a conclusão é a de que, neste enquadre, comunidade significa pobreza.

Vários autores apontam (COSTA-ROSA, 1987; BIRMAN e COSTA, 1994) que a Psiquiatria ao se voltar para a intervenção em comunidades pobres, a pretexto de promoção de saúde mental, desenvolve na verdade uma prática corretiva por não questionar a estrutura político-social geradora de distorções. Tais práticas, uma vez que não visam mais a cura, pretendem promover a saúde mental entendida como adaptação social: valoriza-se a possibilidade de submeter-se a regras, combate-se o negativismo social e se toma como parâmetro a capacidade de trabalhar e se comunicar num certo código.

2.1.1 – Uma Experiência da Saúde Mental Comunitária no Estado de São Paulo – Os convênios de 73

A primeira experiência do MPC na SM no estado de São Paulo se deu através dos chamados “Convênios de 73”. Esta proposta surgiu como alternativa de enfrentamento à calamitosa circunstância em que se encontrava a assistência aos doentes mentais por volta dos anos 60. A hospitalização era a única forma de tratamento e crescia vertiginosamente naquele período, assim como a criação de leitos em hospitais privados. Disponha-se no país de mais do que o dobro de leitos preconizados pela OMS que se mantinham superlotados. Num levantamento realizado em 1972 verificou-se que pelo longo tempo de permanência no hospital (mais de 180 dias), 82,4% dos doentes mentais eram tratados como crônicos (COSTA-ROSA, 1987).

Frente a tal panorama, profissionais de SM, situados em cargos estratégicos que lhes possibilitavam interferir nas políticas públicas de SM tentam introduzir reformas na organização assistencial. O modelo americano da Psiquiatria Preventiva foi tomado como referência para a reformulação da assistência aos doentes mentais. Nesta proposta foram desenvolvidos convênios entre faculdades de Medicina e instituições públicas de SM que deveriam oferecer assistência conforme o modelo comunitário, e ainda contemplar funções ensino e pesquisa. Entre as proposições mais importantes, inspiradas no MPC estão: substituição da internação pelo ambulatório, inclusão sócio-familiar das pessoas em tratamento, extensão do trabalho a elementos não médicos (profissionais e membros da comunidade), ênfase na prevenção, transformação da instituição hospitalar em comunidades terapêuticas, organização e manutenção de Centros Comunitários de Saúde Mental (CCSM), que teriam também vinculação com outros segmentos comunitários.

Numa análise dialética sobre esta experiência, Costa-Rosa demonstra que ela foi se construindo de modo a romper com o paradigma tradicional da assistência psiquiátrica, diferentemente do que ocorreu com a experiência americana no setor. No seu próprio contexto de surgimento a SM comunitária acabou por se constituir numa forma complementar do modelo dominante. A alternatividade da proposta tal qual se apresentou na versão brasileira, pode ser apreendida a partir de três parâmetros básicos:

1. “Diferença nas formas de abordagem teórico-técnica do objeto de trabalho” (perspectiva biologizante versus perspectiva psicodinâmica ou sócio-comunitária).
2. “Diferença na composição e organização dos meios de trabalho” (médico-centrado versus multiprofissional).
3. “Diferença na forma de administração institucional” (heterogestão versus autogestão) (COSTA-ROSA, 1987, p. 213).

O fato de ter-se constituído em contraposição concreta ao modelo psiquiátrico dominante, fez com que esta iniciativa sofresse inúmeros boicotes e ataques por parte de representantes de interesses contrários. No entanto, apesar da curta duração foi experiência significativa que deixou sua marca como possibilidade de assistência em saúde mental a partir de um novo paradigma.

2.2 – Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial – Um outro discurso interferindo na configuração da Saúde Mental na Atenção Básica

Os movimentos por reformas na assistência à saúde em geral (Reforma Sanitária) e no modelo de tratamento destinado aos doentes mentais em particular (Reforma Psiquiátrica) desenvolvem-se no país concomitantemente. Eles têm como pano de fundo a mesma conjuntura política, econômica e social, assim como criticam o modo hegemônico da assistência caracterizado por ser hospitalocêntrico, médico-centrado e privatista.

O Movimento de Reforma Sanitária pretende que a prática em saúde seja desenvolvida a partir do paradigma que considere a saúde como produção social. No sentido de buscar a construção deste paradigma, freqüentemente dialoga com o âmbito da saúde mental. Existem elementos comuns entre o paradigma da produção social da saúde e o modo psicossocial. No ideário de ambos está presente um conceito de saúde ampliado, a necessidade de mudanças no modelo de assistência que seja coerente com tal conceito de saúde, participação e controle popular sobre este sistema, territorialização e funcionamento em rede dos dispositivos institucionais.

O conceito de “Atenção Psicossocial” está vinculado ao movimento da Reforma Psiquiátrica. Segundo Amarante (1995) esta se inicia no Brasil no final da década de 70, tendo como ator e sujeito político fundamental o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

A chamada Reforma Psiquiátrica se constitui num questionamento ao modo tradicional dentro do campo da SM. A crítica que ela promove vai muito além da conjuntura assistencial daquele período (privatista, médico-centrada, hospitalocêntrica). Dirige-se a aspectos estruturais da psiquiatria e suas instituições clássicas. Amarante (1995) aponta que a Reforma psiquiátrica questiona de maneira radical as bases do saber e da prática psiquiátricos, propondo a construção de novos modos de fazer em saúde mental. O próprio paradigma da psiquiatria está em questão.

Faz-se necessário neste ponto, considerar alguns elementos presentes no processo de construção da psiquiatria como disciplina científica.

A psiquiatria surge no séc. XIX dentro dos asilos. Em seu princípio histórico os asilos não tinham finalidades terapêuticas. O objetivo era eminentemente o de controle social: separar do convívio os desviantes em relação à moral vigente (loucos, mendigos, inválidos, libertinos,...). O internamento tinha, portanto, menos propósitos de cura do que o sentido moral de proteger a sociedade. É neste contexto que a psiquiatria inicia a construção de seu conhecimento.

Foucault (1991) explica que desde o início a psiquiatria esteve inteiramente identificada com valores burgueses, no qual a capacidade produtiva é prioritária. Estar à margem da cadeia de produção passa a ser visto como desvio, erro ou culpa. Ela constrói seu aparato tentando “corrigir” tais defeitos, no início, através de métodos repressivos e de tratamentos morais.

Fleming (1976) discute a dimensão ideológica das práticas psiquiátricas e sua contribuição para a exclusão social. Assinala que a crescente industrialização da sociedade revela a ineficácia do projeto psiquiátrico que procura conciliar funções contraditórias: a função terapêutico-assistencial e a carceral repressiva. Não conseguindo cumprir um papel que é por demais ambíguo, sua ação, através do isolamento que promove, tem como resultado apenas manter a salvo de questionamento um sistema social profundamente implicado no adoecimento psíquico. Evita-se a problematização das contradições sociais ao se postular que as

causas das dificuldades são de caráter pessoal. Os contextos de inserção humana e a subjetividade são desconsiderados.

A Psiquiatria, constituída como ciência médica, adota o método experimental e centra a investigação em alterações orgânicas que levariam a transtornos psíquicos. Os padrões positivistas predominantes no séc. XIX vão impregnar a relação médico-paciente; esta adquire características de uma relação entre sujeito e objeto. Partindo-se de um fluxo unilateral de informações, elabora-se a “transcrição de uma realidade social individualizada numa realidade nosográfica” (FLEMING, 1976, p. 32) que encerra o diálogo entre razão e loucura.

Existem implicações éticas em tais práticas: Estas se configuram em exercícios de poder, uma vez que o agente se mantém além das possibilidades de questionamento em relação ao sujeito da ação.

Levando-se em conta tais características a Reforma Psiquiátrica vem desenvolvendo críticas à Psiquiatria em seus aspectos teóricos e práticos. Neste sentido sofreu influências de vertentes que questionaram o tratamento manicomial, como a Psicoterapia Institucional, as Comunidades Terapêuticas, a Antipsiquiatria. Guarda, no entanto, maior afinidade com a Psiquiatria Democrática, cujas experiências vêm desenvolvendo na Itália a partir dos anos 70.

Birman (1994) assinala que estes movimentos foram fundamentais pelas discussões que levantaram e pelas conseqüências que ocasionaram nesse campo; mas que, entre eles, apenas o movimento italiano introduz a problematização de aspecto essencial, qual seja, “a dimensão histórica da instituição psiquiátrica” (apud AMARANTE, 1994, p. 241).

Rotelli (1990) descreve que a reforma psiquiátrica italiana está calcada na desinstitucionalização. Esta não deve ser entendida somente como desospitalização, mas como um “processo social complexo” (p.18). A experiência italiana procurou transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições. Empreendeu esforços no sentido de romper com o paradigma psiquiátrico em função da constatação de que a Psiquiatria apresenta uma falta constitutiva: a impossibilidade de conhecer seu problema e de construir uma solução. Rotelli afirma que a doença mental continua sendo “largamente indeterminada e indefinida”. Considera ainda que a Psiquiatria não faz nada além de administrar a

patologia e a cronificação resultante da própria lógica manicomial (ROTELLI, 1990, p. 26).

Desta forma, propõe o deslocamento da doença para a existência-sofrimento. Portanto, não se trata mais de procurar a solução-cura, mas de possibilitar a produção de vida. Para isso devem ser considerados os contextos de inserção familiar, histórica, territorial, visando-se a promoção ativa dos papéis sociais do indivíduo. Uma vez que não é a cura que se busca, não existe um ponto de chegada ou um caminho a ser seguido. Existem incontáveis caminhos. A questão que se coloca para os profissionais de saúde mental nesta perspectiva é a de se disponibilizar para a construção de estratégias que viabilizem a produção de vida e sentido, levando-se em conta circunstâncias concretas da realidade em questão.

Percebe-se, portanto, que contrário ao paradigma psiquiátrico clássico, está se constituindo um outro dentro do campo das práticas em saúde mental. Costa-Rosa (1990) procura elucidá-lo, propondo chamá-lo “modo psicossocial”. Denomina “modo asilar” ao paradigma oposto. Ressalta que não são apenas modos diferentes entre si ou alternativos. Eles têm lógicas contraditórias. O autor apresenta parâmetros que os distinguem e, ao mesmo tempo, esclarecem porque são opostos. Tais critérios permitem ainda que se vislumbrem direções para as iniciativas que se pretendem psicossociais.

O primeiro parâmetro está na forma como em cada modelo se concebe o “objeto” e os “meios” de trabalho. O que é marcante neste aspecto é a diferença entre o que cada uma das concepções tomará como foco de intervenção. Na perspectiva asilar se trabalha dentro do paradigma doença-cura. O objetivo é suprimir os sintomas, diretriz que norteará todas as ações. Desse modo, a medicalização assume papel central, assim como a figura do médico, que é quem maneja tal recurso, e ainda, tem como locus privilegiado o hospital psiquiátrico, no qual as intervenções podem se dar de forma maciça.

A perspectiva psicossocial é radicalmente diversa. Não se trata de remover sintomas, mas de enfocar conflitos. O sujeito não é tomado como portador de algo que deva ser eliminado a qualquer custo, mas como alguém que se configura subjetivamente de maneira particular, e cujo sofrimento psíquico e conflitos devem ser reintegrados porque são elementos constitutivos de sua existência. O trabalho é direcionado no sentido de que a pessoa atinja progressivamente um maior grau de

visibilidade de seus aspectos singulares e da teia de relações na qual está inserida, para que não se mantenha submetida a eles. Diferente de suprimir sintomas, a busca é a de um reposicionamento subjetivo.

A loucura é identificada não é apenas um fenômeno particular, mas também social e se considera nesta perspectiva a participação do grupo familiar e comunitário. Torna-se um objetivo no modo psicossocial, a implicação subjetiva do indivíduo, família e grupo social, de maneira que se reconheçam enredados no sofrimento e nas possibilidades de mudanças. Aspectos bio-psico-sócio culturais são concebidos como determinantes e o foco do trabalho não se centrará mais no eixo médico-medicação-hospital psiquiátrico. O campo de ação torna-se ampliado e diversificado. Busca-se construir possibilidades de interlocução e expressão que favoreçam inserção e circulação sócio-cultural. Mais do que ficar assintomático, a idéia presente é a de que mesmo com estrutura psicótica, a pessoa pode seguir com seu desenvolvimento, encontrando meios de subjetivação a partir de relações continentas. O intercâmbio social é salientado, assim como o papel de cidadão. As cooperativas de trabalho são consideradas como recurso interessante, afinado com tais objetivos.

O segundo parâmetro se refere às formas de organização institucional. O modo asilar se caracteriza pela verticalidade das relações, e o psicossocial pela horizontalidade. É importante perceber que qualquer que seja o modelo adotado pela instituição, este reflete na relação com o usuário, impregnando a configuração que adquire.

Uma vez que se pretende reinserção social e recuperação da cidadania, faz parte da lógica psicossocial que as decisões relativas à organização da instituição sejam tomadas coletivamente, com ênfase na participação dos usuários e população. A autogestão é característica deste paradigma. Em oposição, as instituições alinhadas com o modo asilar excluem a clientela do poder decisório.

O terceiro parâmetro diz respeito às formas de relacionamento com a clientela. Que lugar e função a instituição assume junto a seus usuários e a população em geral. O papel característico da instituição na perspectiva asilar é o do espaço depositário da loucura, segregando-a do convívio social. A loucura aqui deve ser imobilizada e silenciada.

O modo psicossocial propõe que as instituições sejam espaços de interlocução, de troca, de intercâmbio social. Funcionam como ponto de fala e escuta da população e necessitam ser capazes de identificar demandas sociais que devam ser endereçadas a outras instâncias sociais. Note-se que a receptividade às queixas não implica em uma atuação por parte dos agentes institucionais, de provedores. Trata-se de sustentar um processo gerador de autonomia. Outro aspecto é a integralidade dos equipamentos de saúde mental. Ou seja, os recursos do atendimento não estão fragmentados e padronizados. Possuem inserção territorial e se estruturam a fim de atender as necessidades próprias daquela população.

O quarto parâmetro aborda a concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos. Este critério aponta para as consequências das ações em cada um dos enquadres. Observa-se que a produção mais comum de serviços organizados na perspectiva asilar é o “doente crônico”. Crônico significa perseverante, habituado. Ou seja, alguém que se repete, não se renova. O discurso que tenta legitimar práticas asilares aponta que a responsável pela cronicidade é a psicose.

Na perspectiva psicossocial a psicose não é concebida como sentença de cronificação inevitável. Considera-se que é possível prosseguir com o desenvolvimento e que a totalidade de recursos e estratégias deve estar voltada para este fim. Desenvolvimento, neste caso está associado à idéia de um reposicionamento subjetivo, caracterizado pela abertura a possibilidades de singularização e pela busca de cada vez maiores coeficientes de contratualidade social.

Para o presente estudo se torna necessário considerar os elementos da atenção psicossocial que estão implicados na configuração que toma atualmente o campo da SM na AB, sobretudo no estado de São Paulo. Já foi afirmado anteriormente que a organização da SM no estado está baseada no Modelo Preventivo Comunitário. No entanto, é atravessado pelo discurso da atenção psicossocial, salientando-se que alguns destes conceitos também se remetem ao ideário da Reforma Sanitária.

Alguns dos elementos da atenção psicossocial (e paradigma da produção social da saúde) que influenciam o perfil da SM na AB estão o conceito de

território, o funcionamento dos dispositivos assistenciais em modelo de rede, os serviços de Atenção Psicossocial.

1. Território: Este é um conceito fundamental para a reorganização das práticas em saúde a partir de um paradigma que a considere como produção social. Constitui a base sobre a qual se torna possível a apreensão dos problemas de saúde de uma população determinada sem que se perca de vista a complexidade e a dinâmica do contexto onde eles são produzidos. A estruturação de serviços territorializados indica que as particularidades sociais, culturais, políticas e epidemiológicas de certos conjuntos populacionais serão consideradas prioritariamente na organização das ações, assim como nas possibilidades de resolução das questões que se apresentam. “Território” é um conceito muito diferente de “comunidade”, característico do MPC. As comunidades são entendidas como grupos em harmonia e espontaneamente cooperativos; A concepção de território se refere a um espaço “pulsante”, que abriga conflitos, contradições, e que nunca está pronto. Mendes, ao discutir tal conceito, situa o território “como processo” em contraposição a uma possível perspectiva naturalizada, geográfica, burocrática. Define-o como:

...um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na arena política. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas ao contrário, sempre em constante construção e reconstrução (MENDES et al.,1999, p.166).

Esta concepção ressalta a característica dinâmica dos grupos populacionais e pretende fazer um recorte de determinada “realidade de saúde” levando em conta o movimento, os conflitos, o dinamismo intrínseco às relações sociais, econômicas e políticas que se reproduzem historicamente.

2. O funcionamento dos dispositivos assistenciais em modelo de rede. No MPC se trabalha com uma configuração dos serviços organizados verticalmente (atenção primária, secundária e terciária) que estabeleceriam contato através da referência e contra-referência; neste caso a atenção primária seria a porta de entrada do sistema. Numa estruturação em rede, a rigor, não existiria uma única porta de entrada. Cecílio (1997) faz uma crítica à perspectiva

racionalizadora da articulação de serviços através de fluxos ascendentes e descendentes. O modelo que considera a interligação entre serviços como uma pirâmide onde na base alargada se localizaria a atenção primária, no espaço intermediário a secundária e no topo a atenção hospitalar, é, na opinião do autor, uma idealização que não corresponde ao que se passa concretamente no dia-a-dia dos serviços e tampouco seria desejável como forma de estruturação da atenção. Os usuários acessam os serviços por onde é mais fácil ou mais possível, e neste sentido utilizam-se muito dos atendimentos de urgência para resolver questões que poderiam ser tratadas na AB, por exemplo. O autor propõe como alternativa mais adequada a consideração do sistema de saúde como um círculo com muitas portas de entrada. O esquema da distribuição dos serviços no plano do círculo teria também o efeito simbólico de atribuição eqüitativa de valores aos diversos equipamentos de saúde, retirando-se o hospital do topo e o conseqüente significado de instância superior. Neste caso, reconhece-se a complexidade e a densidade tecnológica correspondente a cada equipamento, aos quais ainda podem ser acrescentados outros que não os propriamente do circuito da saúde.

3. Presença na rede assistencial de dispositivos típicos da atenção psicossocial como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Os primeiros serviços destas modalidades (o CAPS Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo e os NAPS de Santos, originalmente chamados Núcleo de Apoio Psicossocial) foram experiências inovadoras e singulares. Amarante (2003) afirma que nos serviços inovadores se constroem novas relações entre sociedade e loucura ao se operarem rupturas conceituais concomitantemente às técnicas, políticas jurídicas e sociais. É evidente que não é por estar atuando em determinado tipo de serviço que as práticas desenvolvidas evoluem automaticamente para um novo paradigma. Mas a existência de certos dispositivos abre possibilidades de ampliar e diversificar as formas de atuação e de se romper com concepções pré-estabelecidas sobre saúde e doença mental. O autor também chama atenção para a “capsização” da assistência proposta pela política pública brasileira, entendendo-a como redução da complexidade da Reforma Psiquiátrica.

3 – POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA – PRINCIPAIS INICIATIVAS QUE OCASIONARAM A ATUAL CONFIGURAÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO

O funcionamento atual da SM na AB no estado de São Paulo é composto por diversos equipamentos oriundos de propostas diferentes. De maneira geral, nos municípios, conta-se com o trabalho de algum profissional especializado (psicólogo, assistente social, eventualmente psiquiatra) trabalhando na UBS, articulando ou não ações de SM desenvolvidas pelas equipes de PSF. Neste cenário também vem aumentando a oferta de serviço do CAPS. Este oferece atendimento que não é próprio da atenção básica, mas tem um papel nela na medida em que, segundo a legislação deve assumir função de organizador da demanda e da rede de cuidados em saúde mental em seu território.

Luzio (2003), refletindo sobre a política de saúde no período pós-SUS, afirma que as propostas oficiais se apresentam como soluções que tentam conciliar interesses contraditórios: os dominantes, do capital privado que pretende lucrar com a “indústria da loucura” e os de movimentos sociais da saúde, que embora não sejam grandes movimentos de massa, buscam a democratização das relações, utilizando-se dos espaços institucionais como arena de luta política.

Apesar dos embates com os interesses do capital privado e do contexto econômico, social e político desfavorável das últimas décadas, tem-se podido observar avanços na reorientação do modelo de assistência em saúde mental em direção às diretrizes da Atenção Psicossocial. Este processo, por sua vez está atrelado à consolidação do próprio SUS e dos princípios defendidos pelo movimento sanitário. A seguir serão consideradas as principais propostas oficiais que construíram a atual configuração da SM na AB no estado de São Paulo.

3.1 – O Início: A “Cartilha” de 83

Em 1983 a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, através da Coordenadoria de SM, publica um documento intitulado: “Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental”. Esta publicação ficou conhecida como “cartilha”, exatamente numa ironia ao que ela manifestamente dizia não ser, mas que, pelo seu conteúdo e forma, era no que se constituía. A proposta é importante porque delineou o trabalho na atenção básica e secundária da SM no estado de São Paulo. Grande parte dos recursos ainda disponíveis nestas esferas é remanescente dela.

Um de seus objetivos era a organização de serviços hierarquizados e integrados que representassem diversificação nas possibilidades de assistência que não exclusivamente o hospital psiquiátrico. Note-se que a intenção não era prescindir do hospital, mas não tê-lo mais como o único destino.

Pretendia-se aí também que a Unidade Básica de Saúde (UBS), assim como o ambulatório, se constituísse em espaço terapêutico de contenção ao sofrimento psíquico, o que dependeria de uma “atuação dinâmica” por parte dos diversos profissionais que compunham o serviço. Previa-se a existência de uma equipe de SM que deveria principalmente:

- Inserir-se em ações e reuniões de saúde em geral da própria unidade e da comunidade: a SM funcionaria como um elemento transversal que teria lugar em diversas iniciativas.
- Desenvolver trabalho de assessoria, sensibilização e habilitação dos demais profissionais em questões de SM (indicação de psicofármacos, detecção de necessidades, diminuição de estigmas ligados à doença mental, etc.).
- Acompanhar casos de egressos de internações psiquiátricas visando sua reintegração social e prevenindo reagudizações.
- Manter contato com outros segmentos comunitários com os quais pudesse integrar ações, realizar encaminhamentos e complementar atendimentos.
- Realizar grupos com pacientes já atendidos em outros programas de saúde (gestantes, hanseníase, etc.).

- Oferecer atendimentos preferencialmente grupais, excepcionalmente individuais, e de duração pré-fixada (4 a 8 sessões ou 1 a 3 meses em atendimentos breves e 12 meses nos de médio prazo).

Percebe-se ao longo de todo o documento uma grande preocupação com a questão da brevidade das intervenções terapêuticas. Espera-se que o serviço se organize concretamente para ser resolutivo, ou seja, que resolva a demanda, que tenha como resultado a diminuição quantitativa de adoecimento psíquico. Esta se constitui numa perspectiva de inserção social que não considera o equipamento de SM como uma instância que pode interrogar a demanda que se apresenta, sob diversos pontos de vista. A cartilha parece recomendar a resolução dos conflitos no próprio circuito “psi”, restringindo as possibilidades de conectá-los a esfera cultural, social e política.

Os papéis atribuídos à família e ao social dentro desta proposta também são peculiares. Indica-se o atendimento ao grupo familiar, considerando-se a família exclusivamente como elemento de apoio ao doente mental; seu papel na produção da doença não é cogitado. Já o social é visto como patogênico em circunstâncias muito específicas como em casos de migrações ou desemprego; não se incluem aí aspectos da inserção social de grupos, modos de subjetivação da atualidade, etc.

A implantação desta proposta teve entre seus resultados concretos a ampliação do atendimento em SM, inclusive por promover a contratação de psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras para a composição das mini-equipes de SM nas UBS, e pela expansão da rede de ambulatórios no estado. No entanto, apesar de figurarem na unidade, não ocorreu a integração com o restante da equipe de saúde ou com setores da comunidade. As mini-equipes, de maneira geral, tampouco articularam ações entre si, mantendo atuações individualizadas, sem quaisquer tentativas de articulação interdisciplinar. Diversos autores (CAMPOS, 1988; CAMPOS, 1997; DIMENSTEIN, 1998; PINHEIRO, 1993) assinalam que o que se construiu neste segmento da saúde pública foi a transposição do modelo de atuação da clínica privada, com a conseqüente diminuição da relevância e alcance social que tais práticas poderiam desenvolver.

3.2 – A Portaria 224/92

Em 1992 o Ministério da Saúde publica a portaria 224, regulamentando o funcionamento dos serviços de SM, através da definição de parâmetros para os vários equipamentos na área da SM (UBS, centros de saúde, ambulatório, CAPS/NAPS, hospital-dia, serviço de urgência psiquiátrica, leitos psiquiátricos em hospital geral e hospitais psiquiátricos especializados). Em cada um deles propõe a diversificação profissional e de métodos e técnicas de atendimento. Esta portaria teve grande repercussão porque ao estabelecer normas de funcionamento hospitalar, proibir práticas habituais e apresentar critérios mínimos para o funcionamento de hospitais psiquiátricos em todo o país, serviu como instrumento de fiscalização. Especificamente sobre a AB, estabeleceu a necessidade de uma equipe técnica, que poderia ser especializada ou generalista, a critério do gestor. No ambulatório ela deveria necessariamente ser especializada. Propunha as seguintes atividades a serem desenvolvidas na AB: atendimento individual (consulta, psicoterapia, entre outras) e grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde), visitas domiciliares e atividades comunitárias.

Este documento também incorpora os procedimentos de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ao SUS. É interessante salientar que aqui eles são igualados aos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), embora, a rigor, sejam equipamentos distintos. Os NAPS derivam da Psiquiatria Democrática italiana e são dispositivos integrais (abarcam a totalidade da demanda de SM num dado território). Já os CAPS têm historicamente filiação teórica com a Psicoterapia Institucional e, em princípio, não se apresentam como dispositivos integrais.

Aqui o NAPS/CAPS também é implicitamente apresentado como recurso equivalente ao Hospital-Dia, uma vez que são estabelecidas atividades assistenciais e quadro de profissionais idênticos para os dois segmentos. Ambos são considerados recursos intermediários entre internação hospitalar e ambulatório. Por esta proposta o CAPS configura mais um nível de complexidade situado entre o secundário e o terciário, tendo como função principal a prestação de atendimento a casos de transtornos mentais graves.

3.3 – A Lei nº 10.216

Aprovada em 2001, esta lei dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em Saúde Mental. É uma substituição do projeto de lei nº 3.6570/89 de autoria de Paulo Delgado que tramitou no Congresso Nacional por mais de dez anos. O projeto original previa a proibição da criação de novos leitos psiquiátricos e a extinção progressiva dos existentes. Na forma como foi aprovado não propõe a eliminação progressiva dos leitos. Estabelece que o portador de transtornos mentais tem direito ao melhor tratamento dentro do sistema de saúde de acordo com suas necessidades e que este deve privilegiar a inserção familiar, comunitária e no trabalho. As medidas deverão ser as menos invasivas possíveis e deverão se pautar pelo caráter de integralidade, proibindo-se internações meramente asilares. A lei prevê que a internação hospitalar deva ser levada a efeito apenas em casos cujos recursos extra-hospitalares se mostrem insuficientes. Dispõe ainda sobre as modalidades de internação: voluntária (consentida pelo usuário), involuntária (sem o consentimento dele e a pedido de terceiro) e compulsória (determinada pela Justiça) e regulamenta procedimentos próprios para atestá-las.

3.4 – A Portaria 336/02

Logo após a Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001, o Ministério da Saúde publica a portaria 336 como reação a críticas sobre gastos públicos excessivos com internações psiquiátricas e insuficiência numérica dos serviços municipais para atendimento da demanda de modo a substituir a hospitalização (LUZIO, 2003).

Nesta portaria se estabelecem modalidades de CAPS (I, II, III) de acordo com critérios populacionais, e cria-se oferta deste tipo de serviço na área infantil (CAPSi II) e de álcool e drogas (CAPSad II). Criam-se também os mecanismos de financiamento para os procedimentos previstos para além dos tetos financeiros municipais. Com isso amplia-se e diversifica-se a construção da rede de

assistência. O CAPS passa a figurar como elemento estratégico num processo de redirecionamento da política de SM.

Independentemente de sua modalidade o CAPS tem função de atendimento público em SM a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes. Estes podem ser incluídos em regimes de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme o caso. Além disso, o CAPS passa a ter a responsabilidade de, sob a coordenação do gestor local, organizar a rede de serviços de SM no seu território. Note-se que este papel é muito diferente do que lhe foi atribuído na portaria 224/92 que o designava como instância intermediária. Aqui ele não é apenas mais um serviço, mas adquire função estratégica: deve articular os diferentes equipamentos (ações das UBS, PSF, unidades hospitalares, etc) presentes no território. Deve ainda capacitar e supervisionar equipes da AB, além de manter cadastro de usuários de medicamentos essenciais para a SM.

É interessante ressaltar também que a designação NAPS desaparece nesta versão; Mas entre as modalidades previstas, o CAPS III (que abrange área com população acima de duzentos mil habitantes) oferece atenção contínua, diariamente, durante vinte e quatro horas, o que se assemelha ao funcionamento de um NAPS. As outras modalidades têm funcionamento em dias úteis e não funcionam ou o fazem parcialmente no período noturno. Esta característica é importante para se pensar o quanto determinado território se responsabiliza pela demanda, planejando-se em termos de recursos que a contenham ou o quanto permite “furos” na rede assistencial (a exemplo do período noturno e finais de semana), que seriam situações sem adequadas ofertas de acolhimento.

A partir da 336/02, o número de CAPS vem crescendo em ritmo acelerado em todo o país. Muito deste crescimento está relacionado menos à intenção de mudança do modelo assistencial do que ao interesse dos gestores de obtenção de recursos extra-teto para a saúde.

Outras leis e portarias foram editadas desde o final da década de 90 com o objetivo de ampliação da rede de cuidados extra-hospitalares. Entre elas, a Lei nº 9.867/99 que dispõe sobre a criação e funcionamento de Cooperativas Sociais, visando integração social, a Lei nº 10.708/03, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para egressos de internações psiquiátricas prolongadas e a Portaria 106/00, que cria os serviços residenciais terapêuticos em Saúde Mental (serviço substitutivo da internação psiquiátrica prolongada, que consiste em moradias para

egressos que perderam suporte familiar e social). Mesmo que tais iniciativas mereçam críticas, podem também, em tese, constituir recurso significativo de fortalecimento de inserção social. Mas algumas delas não chegam a ser reconhecidas enquanto tal pelos profissionais de SM. Luzio (2003) aponta que as principais razões para isto são o desinteresse e desconhecimento de gestores e profissionais sobre a Reforma Psiquiátrica, dificuldades na reorientação do modelo de atenção, o que também se verifica na Saúde em geral e dificuldades operacionais das próprias propostas.

4 - EXPERIÊNCIAS DE INTEGRAÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL E SAÚDE DA FAMÍLIA

Este tópico descreve duas iniciativas importantes desenvolvidas no estado de São Paulo que objetivaram integrar o fazer da SM e da SF. Ambas as propostas se pautaram em diretrizes de integralidade, territorialidade e coresponsabilização. São elas: o Projeto Qualis II/PSF da cidade de São Paulo e o Programa Paidéia Saúde da Família de Campinas. São descritas aqui pelo pioneirismo e inovação em processos de trabalho.

4.1 – Uma experiência na cidade de São Paulo: o Projeto Qualis II/PSF

No final da década de noventa houve uma experiência importante de trabalho em Saúde Mental realizada na cidade de São Paulo. Nela a atuação se dava a partir de formatos inovadores, que merecem ser destacados.

Em 1997 a Secretaria estadual de saúde, através de convênio com a Fundação Zerbini cria o Projeto Qualis II/PSF para atuar nas regiões norte e sudeste da capital paulista. No ano anterior, em conjunto com a Fundação Santa Marcelina, havia surgido o Qualis I/PSF que focava ações na zona leste. Na ocasião a cidade sofria as consequências de uma política de saúde local que, contrariando as

diretrizes nacionais, interrompeu o processo de municipalização, implantando arbitrariamente o Plano de Assistência a Saúde (PAS).

Com o Qualis II/PSF formaram-se duas equipes volantes de SM. Estas tinham a função de se deslocar para reuniões com equipes de SF e acompanhá-las em algumas ações no território. Na estruturação do trabalho optou-se estrategicamente pela não atuação em consultórios, buscando-se a construção de novos formatos de atenção que prescindissem dos recursos tradicionais da clínica como as consultas psiquiátricas e psicológicas. A prescrição da medicação era realizada pelo médico da SF, reservando-se para o psiquiatra que compunha a equipe apenas o papel de consultor.

Entre os princípios do trabalho constavam a desinstitucionalização da assistência, a identificação de recursos comunitários que pudessem compor a rede, a promoção de cidadania e a consideração aos significados dos sintomas psíquicos, bem como à pluralidade de demandas que podem estar em jogo a partir deles. A proposta era de que o foco fosse a família e não o membro problemático. Neste sentido eram elaboradas programações para cada família que necessitasse intervenção da equipe de SM. Essas eram atendidas preferencialmente em horário em que todos ou a maioria dos componentes estivessem em casa. Situações de menor gravidade não contavam com a participação direta desses profissionais.

A internação psiquiátrica era viabilizada como último recurso frente a riscos graves e iminentes. Era, no entanto, cercada de cuidados por parte dos profissionais, que procuravam manter a responsabilização para com o caso. Optava-se preferencialmente por vagas em hospitais gerais. As equipes de SM e SF conduziam a internação sempre que possível. Durante a hospitalização os pacientes eram visitados e as equipes discutiam com os profissionais do hospital sobre as condições do usuário. Buscava-se ainda construir por ocasião da alta alternativas de reabilitação psicossocial, articulando para tanto os recursos oficiais e comunitários que pudessem ser convocados.

Os agentes comunitários de saúde passavam por capacitações que procuraram promover, entre outros aspectos: a ampliação do conceito de família, para além de concepções idealizadas; suspensão provisória de opiniões pessoais, assim como da tendência a fornecer conselhos frente a situações de diferentes opções de vida e de crenças; entendimento de que o agente comunitário faz parte de uma equipe, de modo que não seria preciso fornecer respostas imediatas, tampouco

se encarregar sozinho de questões complexas sobre os casos; necessidade de seguir cuidadosamente a programação formulada em conjunto com os demais profissionais.

Refletindo sobre a experiência do Qualis II/PSF, Luzio reconhece sua importância no sentido de desenvolver ações substitutivas à internação psiquiátrica e pautá-las em concepções como integralidade e territorialidade. No entanto, constata que se tornou uma prática voltada fundamentalmente para emergências. Sua proposta de articulação de iniciativas oficiais e comunitárias deixava indiscriminado o papel dos diferentes segmentos nele, inclusive as responsabilidades de cada esfera de governo. Criava-se assim uma fragilidade na rede de atenção que poderia facultar o retorno do modelo médico-centrado, que pretendia superar.

4.2 – O Apoio Matricial do Programa Paidéia Saúde da Família em Campinas (SP)

Em 2003 o Ministério da Saúde, através das Coordenadorias de Saúde Mental e de Gestão da atenção básica produz um texto indicando a utilização do Matriciamento como forma de aprimoramento da rede de saúde dos municípios (BRASIL, 2003). Esta proposta é originária de uma experiência que se realiza no município de Campinas (SP) desde 2001 e que é denominada Programa Paidéia Saúde da Família. A própria designação “Paidéia” já faz referência a uma concepção de saúde integral, multifacetada e cujo exercício têm desdobramentos tanto para o paciente quanto para o trabalhador de saúde. O Programa Paidéia foi o modo particular como o município de Campinas aderiu ao Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde.

Esta experiência se baseou em formulações do sanitarista Gastão Campos (1999) sobre o Apoio Especializado Matricial. Em sua proposta, o autor parte da premissa que o estilo de governo e a estrutura de poder das organizações se reproduz nas relações com a clientela, determinando e condicionando o tipo de vinculação que será estabelecido. Considera que a estrutura organizacional das instituições de saúde se pauta pelo modelo médico hegemônico, apresentando um

sistema de poder verticalizado, centrado em procedimentos que produzem fragmentação e desresponsabilização para com a saúde integral do paciente.

O matriciamento pretende superar esse modelo, reordenando o trabalho em saúde a partir das diretrizes de vínculo terapêutico (responsabilização), gestão colegiada e transdisciplinaridade. As ações em saúde passam a se centrar não em procedimentos, mas em projetos terapêuticos singularizados. Propõe-se que nos diferentes tipos de instituições de saúde, existam equipes de referência, cuja composição decorrerá da especificidade do serviço. Essas equipes ficam responsáveis pela elaboração e aplicação do projeto terapêutico individual. As ERs mantêm um vínculo de responsabilidade para com o paciente que não se dilui com o encaminhamento para outro serviço. Extingue-se assim a lógica da referência e contra-referência porque o vínculo e não o procedimento tem a centralidade da proposta.

Ofertas terapêuticas diversificadas passam a ser disponibilizadas no que o autor chamou de “Apoio Especializado Matricial”. Ou seja, o paciente poderia participar de atividades desenvolvidas por profissionais que não os de sua ER, sem perder sua vinculação original. Ofertas variadas podem atender a afinidades do cliente e necessidades terapêuticas previstas em seu projeto terapêutico, mas desenvolvidas tanto por sua ER quanto por outros profissionais que constassem do apoio matricial. É interessante pensar que a própria ER de um caso pode ofertar atividades que sejam utilizadas por pacientes de outras ER como apoio matricial. O apoio matricial pode ainda ampliar a gama de intervenções no sentido de diversificar o foco predominantemente biológico das ações em saúde.

Supõe-se que este arranjo estimule cotidianamente a construção de novos padrões de interação e comunicação entre os profissionais e com a clientela, além de favorecer práticas de responsabilização e singularização na produção de saúde.

A implantação do Programa Paidéia foi iniciada em 2001. Diferentemente de outras cidades, em Campinas, o PSF não se desenvolveu paralelamente às UBS: ele foi combinado aos recursos já existentes no município. Desse modo, os profissionais que já atuavam na rede básica foram reorganizados em Equipes de Referência para famílias de determinado território geográfico. O que passa então a definir o foco de trabalho não são mais os programas ou áreas clínicas

(adulto, criança, mulher, mental, etc.), mas os projetos terapêuticos dos usuários e as necessidades dos territórios.

As ER do Paidéia são ampliadas em relação ao que recomenda o Ministério. Além dos profissionais de praxe, como médico, enfermeiro e ACS, são compostas ainda por pediatra e ginecologista. Funcionam como eixos dos Centros de Saúde e têm autonomia relativa para organizar processos de trabalho e projetos terapêuticos.

A SM, que no funcionamento anterior era exclusivamente serviço especializado, passa a integrar o eixo matricial de apoio. Profissionais de SM apóiam a própria unidade em que estão sediados e unidades próximas que não dispõem deste tipo de serviço. Discutem projetos terapêuticos e regulação de fluxo de encaminhamento para atendimento especializado.

Figueiredo (2006), analisa a experiência de matriciamento do Paidéia. Conclui que ele, de fato, propiciou que a SM saísse do isolamento dos consultórios e transitasse no fazer de diferentes áreas, favoreceu a co-responsabilização e o enriquecimento de ofertas terapêuticas. Mas, trata-se de um processo que funciona com a sobreposição de antagonismos, em que a lógica do trabalho de especialidades é hegemônica.

Capítulo II – METODOLOGIA

Este estudo se desenvolveu inicialmente a partir de uma perspectiva epistemológica qualitativa. A designação qualitativa se refere aos processos implicados na construção do conhecimento, que seriam diferentes daqueles próprios da chamada “ciência moderna”, cujos fundamentos estão, sobretudo, no Empirismo e Positivismo.

Neste enquadre, entende-se que o conhecimento tem um caráter interpretativo, não sendo gerado na apreensão imediata dos fatos no momento empírico. Isto indica que para que, ele possa ser construído, há necessidade de um processo de atribuição de sentidos ao que é observado e vivenciado pelo pesquisador. É através da integração, reconstrução e apresentação de construções interpretativas que diversos indicadores obtidos ganham sentido; estes, tomados isoladamente, não têm significação (GONZALEZ REY, 2002).

Outra característica é que pesquisador e pesquisado ocupam papéis ativos como produtores de pensamento. A neutralidade não é almejada. Ao contrário, a qualidade das conclusões do estudo depende diretamente da implicação subjetiva dos participantes da pesquisa: do pesquisador e do pesquisado. A interação entre eles é uma dimensão essencial, um atributo constitutivo do estudo dos fenômenos humanos. Nesta perspectiva, os imprevistos na comunicação humana são assimilados e utilizados como situações significativas para o conhecimento. As situações informais de comunicação também são tomadas como relevantes para a produção teórica.

A pesquisa qualitativa se diferencia da quantitativa, porque é diretamente orientada para a produção de idéias e desenvolvimento da teoria. A ênfase recai no processo de produção do pensamento e não no conjunto de dados sobre os quais se busca significado de forma despersonalizada. Neste campo a teoria é central, mas não funciona como corpo rígido. Ela está presente como instrumento a serviço do pesquisador em todo o processo interpretativo, mas não como conjunto de categorias *a priori*, capazes de dar conta dos processos únicos e não planejados. Sua função é dar sentido aos fenômenos inacessíveis de forma direta ao pesquisador. A teoria funciona como “memória do pensamento” sobre

determinado tema e, deste modo, abre-se a novas contribuições. O conhecimento aqui, além de ter caráter construtivo-interpretativo, é igualmente descritivo e criativo.

O momento empírico neste contexto não se caracteriza como “coleta de dados”. É usado menos para verificação do que para confrontação. Uma vez que permite o surgimento de novos fenômenos, contradições com formulações prévias, ele acaba funcionando como espaço de construção de conhecimento e desenvolvimento da teoria. Portanto, “coleta de dados” e “processamento de dados” não são etapas absolutamente distintas; ocorrem simultaneamente.

Na pesquisa qualitativa, os resultados são sempre momentos parciais que se integram com novas questões e abrem novos caminhos à produção de conhecimento e zonas de sentido a serem pesquisadas. Esses eixos de continuidade do estudo tornam o problema cada vez mais complexo, ao contrário da pesquisa quantitativa, que busca a redução das complexidades.

Outro aspecto a ser considerado é que o conhecimento científico se legitima menos pela quantidade de sujeitos estudados e mais pela qualidade de sua expressão. O número de sujeitos é definido por critérios qualitativos, a partir de necessidades do processo que surgem no curso da pesquisa. A informação de um sujeito pode ser significativa, mesmo que não se repita em outros.

Estes princípios evidenciam o lugar central que o pesquisador ocupa na produção científica. Ao considerar a interação, o aspecto construtivo-interpretativo e a singularidade no processo de construção do conhecimento, rompe-se radicalmente com a posição de neutralidade do cientista positivista. Neste sentido, aspectos da subjetividade e a trajetória pessoal do próprio pesquisador são assumidos como elementos constitutivos do processo.

Santos (2001) se contrapõe à idéia de que o enfoque qualitativo represente a superação da lógica da ciência moderna, embora reconheça que ele traga consigo componentes de um outro paradigma. Afirma que há duas vertentes de pesquisa nas ciências sociais. A vertente dominante desenvolve estudos no âmbito social nos moldes das ciências naturais. A outra se reconhece como antipositivista e utiliza diferentes critérios epistemológicos e métodos de investigação e análise com o objetivo de um conhecimento descritivo, intersubjetivo e compreensivo. Mas, de acordo com o autor, a segunda variante ainda estaria dentro da racionalidade das ciências naturais. Entende que a distinção proposta desde o início entre ciências da natureza e humanidades já caracteriza uma visão

mecanicista que a enquadra nos cânones da ciência moderna. Acredita que a superação desta lógica se assentaria num modo de produção de conhecimento que não seja de cunho exclusivamente científico, mas também social.

As formulações discutidas até aqui foram imprescindíveis no planejamento metodológico do estudo. Algumas delas serão retomadas adiante, como é o caso da proposta de Santos, descrita acima. Entretanto, antes de aprofundá-la, terá lugar uma discussão sobre o método psicanalítico de pesquisa, que também contribuiu com fundamentos para o desenho do estudo.

1 – O MÉTODO PSICANALÍTICO DE PESQUISA

Ao considerar que uma ciência se define pelo seu objeto e pelo seu método, Silva (1993) afirma, sobre a Psicanálise:

a) seu objeto é o inconsciente e a diversidade de significados que se organizam a partir de um fio condutor denominado desejo

b) seu método se constitui de um lado, pela associação livre e, de outro, pela atenção flutuante; isto é, pela oferta e captação de material sem crítica ou intenção pré-determinada.

Esta definição esquemática aponta o que é central no método. Deixa clara a oposição radical à lógica positivista e descreve sua característica de abertura, construção, participação. É um método receptivo, que valoriza mais a escuta do que a fala, mais a espera do que a indução de um sentido (SILVA, 1993, p.21). O essencial do uso da Psicanálise como método de pesquisa, independentemente do enquadre em que esteja sendo utilizado, é a preservação da possibilidade de surgimento de novas significações. Para tanto, a autora sugere:

(...) há que renunciar aos conhecimentos prévios e colocar-se numa posição de receptiva curiosidade, sem que a ânsia de conhecer obstrua ou determine as representações, deixadas livres para se organizar 'gestalticamente' a partir do material que se oferece à observação. Um raciocínio muito ativo e esperto acaba por encontrar o que procurava, por ver imagens que já tinha em mente, sem se beneficiar, portanto, com a novidade que o material traz exatamente por lhe ser externo, permitindo assim um diálogo, uma troca, um enriquecimento. (SILVA, 1993, p.22).

A autora indica neste texto o posicionamento a ser assumido pelo investigador, dentro da perspectiva psicanalítica. Longe de menosprezar a importância do conhecimento teórico, o que se salienta é a necessidade de deixá-lo em suspenso, para que não restrinja a experiência a uma conformação previamente delimitada. A presença maciça do saber teórico poderia enrijecer o encontro e torná-lo uma mera repetição de papéis, atitudes e conclusões já conhecidas. Com isto se perderia a riqueza subjetiva da vivência em questão.

A pesquisa psicanalítica se organiza a partir da abertura à construção de representações, porque existe o pressuposto que em algum momento elas se farão. Supõe-se que é próprio do humano que isto se dê. Entretanto, pode ocorrer que, dentro dos limites do projeto de estudo, este processo não se desenvolva. Assim, há o risco não se chegar a lugar algum com a investigação, de que numa dada circunstância as significações não se estabeleçam. Mas, mesmo sob tais riscos, cabe ao pesquisador aguardar o surgimento de um sentido, porque, para a Psicanálise, não se chegaria a ele com uma atitude diretiva.

Quando um sentido emerge na relação entre os envolvidos, há um efeito de reestruturação do campo anteriormente conhecido. Há aqui um conhecimento que se constrói e que nem sempre é fácil perceber.

Herrmann (2001) entende que o método psicanalítico se caracteriza pelo que denomina “ruptura de campos”. O termo “campo” nomeia o contexto que confere significação a um dado elemento. É o que permite a compreensão de um fenômeno por integrá-lo num sistema lógico, no qual ele faz sentido. O autor ressalta que a principal operação da Psicanálise é causar fissuras nos sentidos estabelecidos. O que o psicanalista faz é apreender um assunto num registro diferente do qual ele foi enunciado. Ao explicitar este desencontro de representações, acaba por promover uma suspensão no processo de atribuição de sentidos. A circunstância deste estado de suspensão ou a “brecha entre representações” provoca angústia, mas também possibilita que as convicções sejam tomadas em consideração e talvez ressignificadas. A quebra de um nexo convencional entre representações, traz um vazio (provavelmente desagradável), mas que pode dar lugar a uma nova perspectiva sobre a questão (HERRMANN, 2001, p.138).

Estes dois autores trazem elementos fundamentais sobre o método psicanalítico. No entanto, eles se referem, sobretudo, à operacionalização da

Psicanálise no vínculo entre analista e analisante. Não se observa nestes textos sua consideração como método de pesquisa que vai além do setting analítico, podendo referenciar a construção de conhecimento do sujeito pesquisador em relação com o campo da Psicanálise.

Já Mezan (2002) aborda a questão propriamente epistemológica presente na utilização da Psicanálise como método de pesquisa. A Psicanálise é uma racionalidade construída para dar conta do objeto a que se propõe investigar. Não se trata de um método aleatório, que aceita qualquer interpretação sobre os fenômenos com os quais se depara. Existe uma consistência interna em sua teoria que, respeitando as características de seu objeto, procura evidenciar suas propriedades específicas, propondo hipóteses que permitam acesso e leituras inteligíveis do que se localiza em sua esfera de abrangência.

Segundo Costa-Rosa (2007), uma dimensão essencial no método psicanalítico é que seu “objeto” é um sujeito e é produtor de conhecimento. Este saber produzido pelo sujeito em questão, tem consistência e estatuto absolutamente diferentes do saber teórico do psicanalista. A distinção entre eles é fundamental: A Psicanálise considera um campo em que existem dois tipos de saber operando um sobre o outro: o saber inconsciente e o saber teórico. Há um conhecimento que se constrói durante a interação analista-analisante ou entre pesquisador e sujeito da pesquisa e existe outro, de caráter distinto, que é o saber que o psicanalista/pesquisador produz posteriormente no contexto teórico.

No presente trabalho, o referencial metodológico psicanalítico pode ser observado quando se verifica os pressupostos empregados desde a estruturação do estudo, até o posicionamento do pesquisador, a forma de apreensão dos elementos para reflexão e análise, bem como a construção do instrumental metodológico propriamente dito.

A pesquisa parte da idéia de se construir um conhecimento acerca da especificidade da saúde mental na “linha de frente” dos serviços de saúde pública; ou seja, como as “questões psi” são problematizadas neste contexto, ou quais os recortes que se realizam na abordagem de tais questões. O estudo foi realizado através da organização de um grupo de discussão com sujeitos-profissionais da área interessados em participar do projeto. A utilização deste recurso metodológico foi pensada por apresentar sintonia com as concepções teóricas e éticas que

orientam o trabalho. Tal grupo recebe o nome de “grupo intercessor” e será discutido no próximo item.

Especificamente os objetivos da pesquisa são:

- Proporcionar espaço de reflexão e troca de experiências entre profissionais
- Tomar parte em um processo de desenvolvimento de idéias sobre a especificidade da Saúde Mental no contexto da atenção básica atual
- Identificar recortes realizados na abordagem das questões psíquicas que julgam pertinentes às suas respectivas inserções dentro do sistema de saúde
- Compreender e analisar os determinantes de tais recortes e as possibilidades de avanço das ações na perspectiva psicossocial
- Empregar o Método Intercessor num processo de produção de conhecimento
- Refletir sobre o processo metodológico e seus resultados.

2 - O GRUPO INTERCESSOR

O recurso metodológico do grupo intercessor conforme proposto nesta pesquisa vem sendo desenvolvido por Costa-Rosa (2007) a partir de conceitos da Psicanálise e da Análise Institucional. Longe de ser um instrumento de coleta de dados, tem como finalidade primária se constituir num projeto de transformação da formação social a ser conhecida. No caso específico, de transformação da prática dos profissionais participantes, que se propuseram um processo de interrogação de seu fazer e sobre os contextos em que ele ocorre.

Pretende-se que este grupo funcione como um campo de construção de sentidos sobre as práticas já desenvolvidas ou a serem engendradas. Os sentidos se fazem na medida em que determinada ação não se constitui numa escolha formal ou automatizada, mas porque entre inúmeros possíveis, chegou-se, a cada vez, à construção de uma alternativa própria.

Busca-se oferecer um espaço de consideração aos impasses vividos como profissionais de saúde mental, sabendo-se, no entanto, que não existem soluções a partir de métodos ou teorias gerais. A proposta é de questionamento das resoluções encontradas, de modo a contribuir com a construção de alternativas

singulares. É pertinente também a consideração sobre dado direcionamento que se queira imprimir no trabalho, aprofundando questões que lhe sejam correspondentes.

Neste momento da intercessão é certo que a posição de sujeito-pesquisador não tem o mesmo estatuto da dos demais participantes de grupo intercessor. Ele funciona como “mais um” em quem o grupo pode referenciar-se, eventualmente com todo o tipo de expectativas, mas cuja função essencial é ajudar o coletivo na realização de suas metas, tanto imediatas, quanto amplas. Entretanto, é necessário deixar bem claro que, neste momento, ele não “faz pesquisa” (JIMENEZ, 1995).

Aqui entra uma questão importante: a quem interessaria um saber produzido desta maneira?

Santos (2001), teorizando sobre um novo paradigma em ciência, que emerge a partir da ciência moderna, ressalta a característica de sua produção como “conhecimento-emancipação”. Neste sentido, propõe que o conhecimento não seja algo destacável da realidade dos grupos envolvidos. A idéia é subverter a ordem na qual o conhecimento gera a cultura do especialista e “coloniza” as expressões, de acordo com os interesses que veicula. O conhecimento-emancipação tem um caráter autobiográfico plenamente assumido; não há separação entre sujeito e objeto de estudo, de modo que todo conhecimento é ou deve ser, com prioridade, autoconhecimento. A proposta de que este estudo se dê a partir de um grupo de discussão se apresenta como tentativa de desenvolvimento científico na perspectiva do conhecimento-emancipação.

Tais proposições coincidem com certos elementos da teoria lacaniana. Nesta última existe a preocupação de se distinguir entre o saber inconsciente e o saber teórico. O psicanalista entende que o seu saber nunca dará conta do sofrimento do outro; é um “saber que conhece seus limites”. Assim ele precisa criar mecanismos de neutralização deste saber teórico para que se dê lugar à emergência do conhecimento do sujeito em questão. Pode-se perceber o que existe de comum entre as propostas de Lacan e de Santos e que serviram como ponto de partida para a presente configuração metodológica.

A validade de um saber construído desta maneira também pode ser afirmada levando-se em conta que a singularidade é um nível legítimo da produção de conhecimento. O que interessa aqui não é a frequência estatística de determinado fenômeno, mas os significados e significantes que surgem como

elementos de reflexão e de produção de novos sentidos. Nesta perspectiva epistemológica, são os casos singulares que podem apresentar questões que levem a um desenvolvimento conceitual mais abrangente (GONZALEZ-REY, 2002; BENELLI; COSTA-ROSA, 2006).

No que concerne à operacionalização do grupo é importante salientar as funções que o coordenador – ou mais adequadamente nomeado, intercessor - desempenha neste processo. Em primeiro lugar é ele quem toma a iniciativa de agrupar os interessados em discutir determinado tema. E, pelo menos de início, encarrega-se de aspectos operacionais das reuniões (contatar interessados, conseguir local, estabelecer horário). É importante salientar que tão logo quanto possível ele deverá se desincumbir das referidas tarefas transferindo-as para o próprio grupo.

Vale ressaltar o caráter singular desta experiência. A simples organização formal de pessoas interessadas não garante que o processo se desenvolva. A questão que se apresenta é se estes sujeitos, reunidos neste momento, encontrarão a sua própria maneira de pôr em andamento este processo. Faz parte da lógica desta intervenção que o grupo construa um funcionamento autônomo na realização dos objetivos que os membros se propuseram. Para que seja possível que se dê um processo de discussão desta natureza, é imprescindível que os participantes assumam como sua a tarefa a ser realizada, não dependendo integralmente do coordenador para tanto. O coordenador deve favorecer a transposição (mesmo que gradual) das responsabilidades de modo a não se fixar numa posição de quem vai prover o grupo.

Em conformidade com tal postura, também não deverá encarnar o papel de mestre, de detentor do saber e da verdade que pretende ensinar às pessoas. O “suposto saber” do coordenador opera no processo como função simbólica, na medida em que representa uma abertura para o novo, para a possibilidade de construção de um posicionamento diferente no que se apresenta como questão para o grupo. No decorrer do trabalho, tal idealização deverá ser progressivamente desfeita, com o reconhecimento das potencialidades e limites de cada um em se incumbir dos objetivos propostos. No entanto, se o que é para servir como função simbólica é encarnado pelo coordenador, tem-se como consequência o bloqueio no processo em desenvolvimento, exatamente por fixar papéis nos quais existe aquele que sabe e aquele que não sabe. Se o coordenador assume a função

do mestre que provê não permitirá aos participantes se defrontarem com o “não-sabido”, como uma circunstância de vazio inerente ao processo. Não será criada esta espécie de lacuna, que talvez possa ser chamada de estado de suspensão. Nesta vivência, o sujeito pode se deslocar de uma racionalidade que lhe é familiar (talvez percebida como a única verdadeira), possibilitando a emergência de novas perspectivas e posicionamentos e novos conhecimentos sobre a práxis.

Em termos mais específicos, o que se pode dizer do papel do coordenador é que ele tem como função ser um provocador, alguém que chega com interrogações. Ele procurará ocasionar rupturas no saber do grupo já estabelecido como verdade, para que os pressupostos que sustentam tais conceitos possam ser analisados. Buscará romper com campos de sentidos existentes, para que haja uma reflexão sobre o que os constitui, com a abertura para apropriação do que possa ser pertinente e para construções de novos sentidos possíveis. Eventualmente, ele apontará possibilidades (sempre plurais), mas deixando ao grupo a última palavra e a última ação.

Está se considerando no desenvolvimento da pesquisa dois momentos na produção do conhecimento: o primeiro dos quais ocorrerá durante as reuniões. Haverá, supostamente, um saber que se realizará durante a interação entre os componentes, incluindo-se a pesquisadora. Um segundo momento será o de análise daquela primeira produção, mas já numa circunstância diferenciada, que permita um olhar em profundidade e detalhamento para aquela experiência, assim como um diálogo mais sistemático com a teoria. Este desenvolvimento em dois planos assemelha-se a uma característica da pesquisa psicanalítica; trata-se, de um lado de apreender e construir uma experiência particular e de outro, de articulá-la a um corpo de conhecimentos mais gerais, de modo a contribuir com sua ampliação (MEZAN, 2002, p.511). É apenas semelhante por duas razões: primeiro porque no presente estudo não é uma demanda de transformação de si mesmo que é posta em ação, mas da realidade social. O campo focado não é propriamente o da Psicanálise, mas o das Formações Sociais. A trajetória metodológica parte do método psicanalítico de pesquisa e avança sobre domínios que não lhe são típicos. Em segundo lugar, não se trata aqui de priorizar o implemento da teoria, conforme as colocações anteriores sobre o saber “colonizador”. Mas de se comprometer com um processo de produção de conhecimento sintônico com as formulações

lacanianas e de Boaventura Souza Santos. Compreende-se assim o enunciado de que a presente proposta metodológica evoluiu para a condição de Método.

3 – O PLANEJAMENTO DA REALIZAÇÃO DE UM GRUPO INTERCESSOR NESSA PESQUISA

Neste estudo se planejou a realização de uma experiência intercessora a partir de um convite feito aos profissionais de SM na AB da região de Presidente Prudente (SP). A apresentação da proposta de formação de um grupo de discussão sobre o tema se deu em reuniões do colegiado de Saúde Mental. O colegiado congrega representantes da maior parte dos 45 municípios abrangidos pela DIR - XVI e se reúne mensalmente. Em duas destas reuniões (com intervalo entre elas de cerca de seis meses) a pesquisadora pode esclarecer a natureza do estudo e convidar os profissionais interessados em participar do projeto. Obteve-se nestas ocasiões uma lista com 53 nomes.

Logo após a segunda ocasião de apresentação da proposta ao colegiado, a pesquisadora fez contato telefônico com metade das pessoas listadas para marcar uma primeira reunião. A escolha da cidade, dia e horário levou em conta o que a maioria informou como preferência. O local foi escolhido pela pesquisadora por ser um espaço público, conhecido pela população, central, de fácil acesso e que oferecia a possibilidade de reserva de um ambiente adequado para reunir um grupo com conforto, segurança e privacidade. O local foi modificado a partir do terceiro encontro. (Na segunda reunião havia barulho na área externa do prédio que ocupávamos e se sugeriu a busca de outros espaços para nos reunirmos. Por questões de praticidade propus a realização em um local de finalidade profissional que me é disponível e que também reunia adequadas condições de acesso, conforto e privacidade. Houve aprovação e o consenso já na terceira reunião de que no novo local se sentiam mais “à vontade”).

Os participantes da pesquisa foram, portanto, profissionais de saúde interessados em discutir as práticas de saúde mental no contexto da atenção básica. O convite foi feito aos que atuam na abrangência da DIR – XVI, mas a origem não era um critério de exclusão, uma vez que a análise poderia levar em conta a

presença de alguém de outra região. A preocupação não era a de caracterizar o trabalho de uma localidade específica, mas pensar a atenção básica em saúde mental a partir de certa experiência.

Os sujeitos são indivíduos maiores de idade que voluntariamente se dispuseram a participar de um grupo de discussão sobre o trabalho neste contexto. Os critérios preliminares de inclusão foram: experiência profissional ligada à área da saúde, interesse e disponibilidade em participar.

O grupo teve encontros regulares (quinzenais) durante alguns meses. O modo de funcionamento (local, horário, duração, frequência) se estabeleceu a partir de acordos com os participantes. Os temas desenvolvidos nas reuniões também não estavam previamente formulados. A seleção das temáticas abordadas decorreu do interesse e da dinâmica própria do grupo.

A coordenação dos grupos e o registro dos dados estiveram a encargo da pesquisadora. Foram descritas as funções e contextos de trabalho dos participantes, mas seus nomes mantidos em sigilo.

As anotações sobre o que se desenvolveu em cada reunião eram feitas após o término das mesmas. Tal procedimento foi adotado por coerência epistemológica: o interesse neste caso não recai na literalidade da transcrição do discurso, mas nas falas dentro do contexto de interação. O mais importante é apreender os significados que vão se constituindo no processo dinâmico do grupo.

Mezan (2002) discute a questão da fidelidade do registro na pesquisa psicanalítica. Entende que a anotação posterior realizada pelo próprio psicanalista é perfeitamente legítima por diversas razões. Em primeiro lugar porque importa menos a literalidade de cem por cento do que foi dito do que a preservação do teor geral do discurso. O que embasa o raciocínio analítico raramente é um fato isolado, mas um conjunto de elementos que apresentam características comuns. É próprio dos processos dinâmicos e de encontros regulares como os referidos aqui que tais elementos se repitam, facilitando a sua apreensão por parte do pesquisador.

Uma fala cuja literalidade é relevante é facilmente recordada justamente pelo valor que teve para a compreensão geral da situação. A possibilidade de omissões ou distorções por questões contratransferenciais são raramente grosseiras a ponto de falsear todo o relato e costumam ser objeto de atenção por parte dos psicanalistas.

Capítulo III – A EXPERIÊNCIA DO GRUPO INTERCESSOR

Ao considerar a experiência de grupo empreendida nesta pesquisa é importante pensar sobre certas especificidades locais ligadas à organização do serviço público de SM.

A região de Presidente Prudente se localiza a oeste do Estado de São Paulo. É também conhecida como “Pontal do Paranapanema”. Tem economia baseada principalmente na pecuária de corte, produção de álcool e prestação de serviços. O Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) da Fundação SEADE classifica 44 de seus 45 municípios como “em transição social”, apresentando baixo desenvolvimento econômico. Apenas a cidade de Presidente Prudente mostra alto desenvolvimento econômico segundo o indicador. Está entre as regiões mais pobres do estado. Sua localização geográfica ocasiona grande procura de usuários do sistema de saúde oriundos do Mato Grosso do Sul e norte do Paraná. Tem ainda a peculiaridade de abrigar numerosa população carcerária (são dezenove presídios na região), além de dezenas de assentamentos rurais e acampamentos de trabalhadores sem-terra.

Em 2002 foi realizado levantamento que buscou entender as características das equipes e das práticas de Saúde Mental na atenção básica da região. O estudo aponta que tais serviços, de modo geral, tinham sido constituídos há pouco tempo em relação à data do levantamento. Entre as cidades pesquisadas: “62,5% dos municípios desenvolvem ações (de SM) há quatro anos ou menos; (...) uma única cidade tem trabalhos há mais de dez anos”. Na ocasião apenas 37,5% das cidades dispunham de ações de SM desenvolvidas por equipes de Saúde da Família. Outras conclusões do estudo:

As equipes da atenção primária são novas, provavelmente em estágios iniciais de estruturação do trabalho. A maior parte conta com variedade de profissionais de nível universitário. A dinâmica de funcionamento das equipes caracteriza-se pelo trabalho de especialidades com escassa articulação interdisciplinar. Consultas individuais e medicação psiquiátrica são intervenções utilizadas em maior escala (CONSTANTINO e CARUSO, 2003, p. 66).

A cidade de Presidente Prudente, pólo da região, passou a contar com profissionais de SM (mini-equipes) concursados e atuando efetivamente e em maior quantidade nas UBSs a partir de meados de 2004.

A lei municipal que criou o “Serviço de Atenção Primária em Saúde Mental” é de 2000. Esta lei é bastante superficial, não descrevendo sequer quais os profissionais que deveriam compor o serviço. Atribui a ele funções de “atendimento”, “atendimento primário”, “avaliação e encaminhamento de casos secundários e terciários”, “apoio aos usuários dos serviços primários em saúde mental com atendimento de rotina, atendimento de urgência e fornecimento de medicação”, encaminhamento para outros profissionais, “prevenção de doenças orgânicas provenientes de doenças mentais primárias” (PRESIDENTE PRUDENTE, Lei nº 5471/99).

Já a implantação do Programa de Saúde da Família data de 1998, mas sofreu desmantelamentos, esvaziamentos, de modo que na ocasião da realização da pesquisa contava com apenas uma unidade em funcionamento.

O poder político local fica predominantemente nas mãos de uma família proprietária da concessão da TV Globo, de um jornal e da maior universidade do município que dispõe de um grande hospital universitário. Em 2007 o então prefeito Agripino Lima foi afastado de suas funções por irregularidades administrativas. Ele exerceu vários mandatos e é famoso por suas características histriônicas, populistas e autoritárias. Em certa ocasião as fachadas dos prédios públicos da cidade passaram a ostentar as mesmas cores características da universidade de sua família. Em declarações afirmava a qualidade da Saúde municipal, uma vez que se dispunha de um grande hospital universitário. Em suas gestões ocorreram várias trocas no secretariado de Saúde, com a pasta por vezes sendo coordenada por pessoas cuja formação de base era Engenharia ou Técnico em Contabilidade. Há alguns anos houve crise na qual o município perde, por incompetência, a Gestão Plena, devendo então sofrer intervenção do Estado para gerir a própria Saúde.

1 – A FORMAÇÃO DO GRUPO

Foi feita uma oferta para certo contingente de pessoas que desenvolviam trabalho na Saúde Mental pública de determinada região do estado de São Paulo. A oferta foi a de formação de um grupo de discussão sobre a Saúde Mental na atenção básica. Um total de 53 interessados se inscreveu, fornecendo seu nome, número de telefone e cidade onde trabalhavam. Constavam desta lista 23 cidades diferentes. Durante a apresentação da proposta aos profissionais, foi levantada por alguns presentes a dificuldade em se fazer reuniões regulares tendo em vista as distâncias geográficas entre os interessados. Sugeriu-se, nesta ocasião, a realização de fóruns via internet que pudessem viabilizar maior participação. Alguns disseram fazer parte de grupos de discussão que transcorriam desta maneira. Foi explicado que se tratava de uma metodologia distinta da que tinha sido planejada, não sendo possível neste momento, a realização por meio digital. Esta sugestão de mudança de metodologia parece refletir um desejo de tomar parte no projeto oferecido, buscando-se superar certa dificuldade. É plausível supor que o fator distância tenha sido efetivamente aspecto que dificultou a participação em maior número e frequência, tendo em vista a grande diversidade de cidades de origem dos interessados.

É importante também considerar quem foram aqueles que se mobilizaram com a oferta e compareceram a uma reunião. Um total de catorze pessoas participou pelo menos em uma ocasião das reuniões realizadas. Entre eles havia três enfermeiros de SF, três assistentes sociais e oito psicólogos (entre os últimos, além do papel de psicólogo, dois ocupavam também a função de coordenação de saúde mental dos respectivos municípios). Houve representação de seis diferentes cidades.

O quadro I indica as funções e diversidade de cidades representadas pelos participantes. O primeiro indicador assinala como este participante será designado no estudo.

Quadro I

SUJEITO	FUNÇÃO	CIDADE
A	Psicólogo	X
B	Psicólogo	X
C	Psicólogo	Y
D	Psicólogo/Coordenador	Z
E	Enfermeiro	V
F	Psicólogo/Coordenador	V
G	Assistente Social	Y
H	Assistente Social	Y
I	Psicólogo	Y
J	Psicólogo	W
K	Enfermeiro	T
L	Enfermeiro	T
M	Assistente Social	Y
N	Psicólogo	Y

Embora nada de conclusivo possa ser afirmado, é possível traçar conjecturas a partir desta composição. Um primeiro aspecto diz respeito a quem são os profissionais que se mobilizaram com a oferta. Neste caso, tivemos um maior número de psicólogos, alguns assistentes sociais e alguns enfermeiros. Este fator seria indício de uma maior implicação destas categorias do que outras com a SM na AB? Seria o psicólogo o profissional que, de maneira geral, tem um maior sentido de responsabilização para com o desenvolvimento das práticas de SM dentro deste contexto de pertinência? Um dos participantes disse durante uma das reuniões: *“vem para o grupo quem tem uma questão com a área”*. Tomando esta afirmação do ponto de vista das categorias profissionais, pode-se imaginar que talvez nestas funções existam inquietações relativas ao exercício profissional neste contexto que não se apresentam da mesma forma em outras categorias que não tiveram representação no grupo, como por exemplo, a de médicos. A ausência de

participantes médicos chama a atenção e parece mais do que um fato isolado. Entendo que este dado se relaciona ao modo de inserção predominante deste profissional nas equipes de SM. É freqüente no contexto da AB que ele se encarregue de atendimentos, mas não se envolva, ou o faça o menos possível, na diversificação das ações, assim como nas reflexões sobre o trabalho de equipe. Esta parece ser uma circunstância na qual se reedita certo descompromisso médico para com a integralidade da assistência e a busca, mesmo no serviço público, da conservação de atributos de trabalho autônomo (CAMPOS, 1997). Outra categoria que se destaca pela ausência de representação é a de pessoal não especializado como auxiliares de enfermagem ou agentes comunitários de saúde. Este fato talvez esteja relacionado com a concepção hegemônica de Saúde Mental, e até mesmo da Saúde em geral, como assunto de especialistas. Neste caso não se considera a pertinência e o valor da contribuição de cada um dos participantes do trabalho, tampouco do próprio usuário.

É importante também destacar outros elementos presentes no seu processo de formação que nos fazem pensar sobre a relação com o trabalho. Os sujeitos da pesquisa não contavam com ajuda de custo para a participação neste projeto; tampouco lhes foi conferido qualquer certificado de frequência. Em raras ocasiões pôde ser aproveitado o deslocamento de um veículo do próprio serviço que coincidentemente viria para a cidade próximo ao horário das reuniões. Apenas um município (a cidade T), que se situava a mais de cem quilômetros de distância, trouxe duas pessoas. No entanto, estiveram presentes uma única vez.

As reuniões ocorriam no período noturno a pedido dos participantes. Levantei a possibilidade de negociação com os respectivos serviços, no sentido de que ocorressem em horário de trabalho. A resposta geral foi em tom de negativa. Sair para reuniões ou cursos já era difícil, percebiam certo desagrado, identificado na coordenação do serviço. Cerca de três participantes argumentaram que estavam fazendo (e outros que brevemente fariam) um curso trazido pela DIR, sobre “Saúde Mental no Campo”, ministrado em horário de trabalho; neste caso, entendiam como inviável a participação em uma segunda atividade extra concomitantemente.

Existe coerência no argumento de racionalizar a freqüência em atividades de reflexão sobre o trabalho. No entanto, esta não era uma questão geral para os componentes. Percebe-se que estão implicados aí outros elementos ligados à concepção de seu papel profissional e da lógica dos processos de trabalho. Sua

iniciativa de tomar parte no grupo parece indicar valorização do desenvolvimento particular de um papel. Mas, existem reservas ou provavelmente nem se cogite, assumir coletivamente a construção do trabalho neste contexto. Pelo menos neste caso, a reflexão sobre a área foi vivida como questão privada, nem ao menos sendo levada a proposta de que os serviços favorecessem o comparecimento. É evidente que tal atitude dificulta a participação porque o custo que gera em várias perspectivas é arcado individualmente.

Quadro II

REUNIÃO	No. DE PRESENTES	SUJEITOS PARTICIPANTES
1	2	A, B
2	12	A,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M
3	4	A, C, G, M
4	3	G, I, J
5	2	G, M
6	3	G, I, M
7	3	G, I, M
8	3	G, M, N
9	2	I, M
10	1	G
11	3	G, I, M
12	2	G, M
13	2	I, M
14	2	G, M

O quadro II indica quem e quantos foram os sujeitos presentes a cada uma das reuniões (além da pesquisadora).

Foram realizadas no total catorze reuniões, ao longo de um semestre, em encontros quinzenais de duas horas de duração. Excepcionalmente, no último mês ocorreram quatro reuniões de uma hora de duração e com frequência semanal

(os motivos para isto serão explicados adiante). Esta forma de funcionamento foi estabelecida a partir de um consenso entre os componentes. A maioria dos participantes compareceu por uma ou duas vezes no início do processo; apenas uma pessoa ingressou na metade final das reuniões, tendo tido uma única presença. Um grupo de três pessoas mostrou maior compromisso com a tarefa e teve presença regular nas reuniões. Penso que não por acaso, os três participantes residiam na cidade pólo, na qual se realizavam os encontros.

2 – AS REUNIÕES

É parte importante desta pesquisa a reflexão sobre o que se processou nos referidos encontros. O objetivo deste tópico é identificar algumas das dinâmicas que se fizeram presentes no transcorrer das reuniões. A seguir uma síntese sobre o que se desenvolveu. Ela fornece uma visão geral do que se passou a partir do ponto de vista da pesquisadora. Os acontecimentos serão retomados adiante sob diversas perspectivas. A pesquisadora no enquadre das reuniões será denominada intercessora para que seja destacado o fato de que neste momento seu compromisso era com o processo do grupo. No seu planejamento e em circunstância posterior é que a experiência é abordada numa dimensão de “pesquisa”.

No primeiro encontro compareceram duas pessoas que atuam num mesmo município. Existe um desconforto ligado ao número reduzido de presentes: [“Só nós?”]. A reunião tem início com a apresentação do objetivo do contato – reflexão sobre a Saúde Mental na atenção básica e se abre espaço para manifestações. Segue-se uma conversa sobre o descompromisso dos demais profissionais para com a SM e a posição que acreditam ocupar para os colegas e para a coordenação da Saúde [“Acho que o que anda pegando mais a gente é a falta de vontade, o descompromisso das pessoas com o trabalho. Hoje falaram que o que a gente faz é conversa fiada, você acredita?”]. Contam de um “treinamento” sobre Acolhimento e Humanização que estavam oferecendo aos funcionários da Saúde e que tinha caráter obrigatório; um motorista presente no treinamento era ostensivo na demonstração de sono e desinteresse. Ao ser abordado pela psicóloga,

dispara: 'Queria ver se fosse você que tivesse ficado a noite inteira trabalhando e aí na manhã seguinte tivesse que ficar aqui ouvindo conversa fiada'. Uma das participantes, ao justificar a obrigatoriedade da presença dos funcionários, diz: [*"Se não é obrigatório você organiza o negócio e ninguém vai. Mas, já que é obrigatório, vamos fazer disso uma coisa legal. Outras pessoas, mesmo que não tivessem querendo muito no início, depois se envolvem e saem discussões legais, conseguem pensar sobre a própria atitude, trazer exemplos. Mas ele não; ficou ali provocando"*]. A intercessora comenta a seguir: [*"Mas vocês não acham que tem pertinência o que ele estava trazendo? Quer dizer: eu tenho que tratar as pessoas com humanidade, mas sou tratado com desumanidade porque trabalho a noite inteira e depois tenho que vir aqui"*]. A conversa segue considerando o estilo de coordenação do serviço e a posição que elas assumem junto aos colegas de equipe: [*"Se não fosse a gente não teria Festa Junina e outros eventos. Porque esperamos e como ninguém toma iniciativa a gente faz. 'Saúde Mental' somos nós, ninguém mais se encarrega. Só mandado. E o que estou percebendo é que estamos sendo usadas como exemplo pela X (coordenadora) para outros setores. Eu acho que isso pode até afastar mais, dificultar. Ela às vezes pede para que a gente cobre alguma coisa dos outros setores e ficam vendo a gente como alinhados com ela"*]. A participante B acrescenta: [*"Por outro lado na licença da A (a outra psicóloga presente na reunião) os PSFs funcionaram, fizeram tudo o que tinham que fazer, tomaram iniciativas. Quando a A voltou ligaram para ela para ver o que fariam com a crise de uma paciente que já tinham enfrentado diversas vezes"*]. Indago se tais questões são problematizadas nas reuniões. Negam. [*"Nós temos mais motivação para o trabalho. Acho que também porque ficamos mais livres. Ela (a coordenadora) não fiscaliza o que a gente faz, ela confia. Estamos cansadas, é muito trabalho, mas mais motivadas que os outros"*]. A discussão fluiu. A intercessora se posicionou basicamente de modo a escutar, favorecer a expressão, questionar aspectos não claros para si, ou então que poderiam ter outras vias de desenvolvimento, e apontar contradições.

Na segunda reunião havia doze participantes. Eles têm profissões e locais de trabalho variados. Inicia-se do mesmo modo como a primeira: coloca-se o objetivo e abre-se espaço. Segue-se uma discussão que acaba tendo como fio condutor o tema da Prevenção. Existem visões diferentes sobre o assunto. É possível também vislumbrar diversas formas de organização de cada serviço; p.ex., alguns possuem articulação de ações entre especialistas da SM e equipes de Saúde

da Família, outros não. A equipe de SM da cidade pólo era a mais recentemente constituída (atuava há cerca de um ano e meio na ocasião). Não tinha experiência da interface de trabalho com a SF porque na cidade só existia na época uma unidade deste tipo de serviço em exercício. Traziam, de modo geral, preocupações sobre como reduzir a fila de espera dos consultórios, para que pudesse sobrar tempo para atividades preventivas. Para os representantes dos outros municípios, nos quais as equipes de SF eram atuantes e que se articulavam de algum modo com os especialistas de SM, a questão da prevenção, assim como do próprio entendimento de suas funções pareciam se colocar de outra maneira. Na reunião, de modo geral, os profissionais dos municípios de menor porte passaram a tentar explicar como certos impasses foram superados, deram pequenos exemplos de ações, falaram sobre a busca pelo trabalho em rede, como concebem sua responsabilidade e o que é próprio de outro segmento. A intercessora procurou escutar o que era expresso, assinalar o que era consenso ou polêmico para os participantes, estimular levemente e sem insistência a manifestação de quem estava calado. A discussão fluiu; havia organização, mesmo com várias pessoas se colocando espontaneamente.

O terceiro encontro conta com quatro participantes. Dois deles chegam aproximadamente na metade do tempo. Três entre as pessoas ausentes (presentes no contato anterior) haviam informado da impossibilidade de comparecimento naquele dia, mas que pretendiam continuar. A intercessora propõe um primeiro direcionamento do trabalho: a apresentação e discussão de ações de cunho preventivo desenvolvidas pelos participantes. Propõe também o rodízio da coordenação das reuniões e da anotação sobre as discussões. Tais propostas são repetidas com a chegada das outras componentes. Há concordância geral, parecendo haver entendimento que são iniciativas construtivas.

À quarta reunião comparecem três pessoas. Duas delas chegam com quarenta minutos de atraso. Duas entre as presentes no terceiro encontro justificaram ausência neste dia. Desenvolve-se uma conversa inicial quanto a se o grupo “vai ou não vai”. Perguntam sobre aqueles que participaram da segunda reunião. Informo que o sujeito D não retornou meus telefonemas, assim como as participantes da cidade T. Comenta-se que a cidade T é muito longe, o que provavelmente dificulta a frequência. Relatam que uma assistente social (sujeito H) desligou-se do serviço e se mudou de cidade por ter passado em concurso público

fora da área da saúde. Uma das participantes (sujeito G) relata que tem convidado colegas, mas que alegam cansaço e outros afazeres. A mesma pessoa indaga se até aqui o grupo tem ajudado na pesquisa. Reconheço entre eles a preocupação com o processo de continuidade e objetivos do grupo e retomo o que havia sido combinado para esta reunião: a apresentação das práticas realizadas.

Uma psicóloga (sujeito I) discorre sobre uma experiência de atendimento grupal a crianças. Fala sobre como este trabalho se originou, sobre suas funções e especificidades, descreve a dinâmica de funcionamento dos encontros e sobre como avalia a intervenção. Os participantes parecem interessados e envolvidos na conversa. Outra psicóloga (sujeito J) descreve mais superficialmente duas experiências que desenvolveu com grupos de pais de crianças de uma escola e de uma creche. Ia começar a falar sobre uma terceira experiência, mas a intercessora a interrompe pede que ela o faça na próxima reunião para que se possa refletir sobre o que foi relatado. Na parte final da reunião não se procede a uma discussão sobre o exposto, como sugeriu a intercessora. Os participantes avaliam superficialmente os trabalhos como “interessantes” ou “bons” e passam a levantar outras possibilidades de ações, como os grupos de sala de espera. Antes de finalizar digo que para mim ficaram muitas questões sobre as experiências relatadas, entre as quais: Como se opera a melhora das crianças que participam do grupo e como é que se conhece a comunidade. Mostram-se entusiasmados. Parece-me que tal entusiasmo é devido a se dar conta de lacunas que poderão ser objeto de reflexão. Ou seja, pareceu-me que as apresentações e questionamentos foram fator de motivação.

Na quinta reunião comparecem duas pessoas, uma dentro do horário e a outra com quarenta e cinco minutos de atraso. Esta segunda pessoa a comparecer (sujeito I) justifica o atraso pelo cansaço, sobrecarga de trabalho e preocupações. Chega afoita, dizendo que tinha esquecido do grupo e que no horário teve um “estalo”. Conta de uma possibilidade de trabalho que percebia ir de encontro ao que vinha sendo discutido no que concerne à prevenção. O sujeito M parecia nesta ocasião desejar manter mais um contato social do que participar de um grupo de trabalho. Não houve apresentação de experiências porque a participante I já havia relatado e o sujeito M não tinha vivência de ações preventivas para contar. Tento pensar junto com os presentes sobre o processo do grupo até então. Aponto que existe uma proposta de trabalho e que pudemos avançar nela no encontro anterior,

mas não hoje; percebo motivação, mas também ausências, atrasos, que parecem indicar o oposto; Indago sobre como percebem este processo. A participante I diz: *[é difícil vir]*; e mais adiante: *[vem quem tem uma questão com a área]*. Buscando entender se existia um grupo com uma questão, pergunto se pensam que outros também têm uma questão, se tem interesse em seguir adiante. Proponho mais duas reuniões para discutir as ações de prevenção, ao final do que decidiríamos sobre a continuidade ou não do grupo. Concordam.

A sexta reunião contou com três participantes, sendo que dois deles chegaram com quarenta minutos de atraso. Neste encontro emerge a formulação de um projeto significativo próprio e os presentes assumem como sua a tarefa de desenvolvê-lo. A participante G diz que não está bem, que está cansada, deprimida. Acrescenta que se espanta com a quantidade de pessoas deprimidas que encontra. A componente I concorda, apontando que são muitas as pessoas deprimidas ou com queixas deste tipo. Percebe que o convívio em grupo faz sumir muitas destas queixas. Diz: *["Por isso tenho aquele meu projeto de ter programação em grupo, junto com o pessoal da Cultura. Comecei pensando em terceira idade, mas acho que serve para muito desta população, com este tipo de queixa"]*. A participante G, que iniciou a conversa, complementa: *["Você não quer botar este projeto no papel? Eu te ajudo. A gente podia começar por aí, apresentar para a X (coordenadora de Saúde Mental do município). No B. (bairro em que se situa a UBS em que I atua) acho que seria legal para começar, é longe de tudo e tem lugares para montar. É diferente da C. (bairro em que se localiza a UBS em que G trabalha), onde estou agora. A população tem mais recursos, não depende tanto do posto. E lá os profissionais também não têm interesse nisso"]*. I conta sobre as dinâmicas de funcionamento da UBS desde que iniciou lá, principalmente sobre o processo de organização e conflitos da equipe. Inicialmente pensam que a formulação deste projeto deva ser realizada em horário extra – não em horário de trabalho, tampouco no do grupo. A intercessora é que chama a atenção para o fato de que poderia ser um projeto desenvolvido no espaço do grupo, com o que concordam. Foi combinado que esta seria a tarefa delas nos encontros a partir de então. G pretende convidar outros colegas e expõe sua vontade de que este grupo viabilizasse o fortalecimento da equipe local, no sentido de se contrapor à coordenação do serviço, sentida como autoritária e arbitrária. O possível retorno de outros participantes de cidades vizinhas poderia ser assimilado na perspectiva de discussão de práticas, efetivamente

desenvolvidas ou em projeto. A próxima reunião se daria perto de um feriado e um componente solicita a alteração do dia da semana, com o que os presentes concordam.

Até a nona reunião a intercessora ligou nas vésperas de cada encontro, para os sujeitos que já haviam participado, lembrando o contato combinado. A exceção se deu para aqueles que repetidamente não eram encontrados e não davam retorno. Até pelo menos a ocasião da sétima reunião os sujeitos B, C, E, F e J ainda davam como possível seu comparecimento posterior. Estes foram contatados até a décima primeira reunião e não o foram para os encontros de número doze, treze e catorze por razões explicadas adiante.

A sétima reunião contou com três presentes que chegaram mais ou menos ao mesmo tempo, com cerca de uma hora de atraso. I conta sobre uma auditoria realizada pela coordenadora municipal do serviço de Saúde Mental, que a seu ver tem preocupação exclusiva com a quantidade de atendimentos realizados e com redução de fila de espera. Acredita que existe intenção de desarticulação dos profissionais porque não se realizam mais reuniões de equipe. Voltam-se espontaneamente para o desenvolvimento de sua tarefa no grupo. Passam a idealizar um projeto desvinculado do contexto da Saúde Pública: Planejam em detalhe a construção de um prédio que centralizaria o trabalho e o desenvolvimento de ações bancadas pela iniciativa privada. Ironizo que estão decretando a falência da Saúde Mental Pública. Discute-se tal posicionamento. Envolvem-se com a reflexão, parecendo se dar conta da cisão que planejavam: reconhecem o desânimo com o contexto de trabalho oficial, de modo que estão propondo investir as energias numa atividade paralela. Digo que este parece ser o “projeto-amante”, no qual estão depositados o apetite e motivação, enquanto que a “relação oficial” vai sendo apenas tocada adiante. I concorda enfaticamente: [*“Está tendo uma cisão. Esta do amante é perfeita”*]; retoma esta comparação por algumas vezes até o final deste encontro. M (que, junto com G, chegou a questionar o plano de construção de um prédio no início da conversa, mas que acabou aderindo à idéia) refere achar rico a circulação por vários espaços ao invés de centralização num único local. Propõe um novo participante na próxima reunião, aceito pelos presentes.

Na oitava reunião o sujeito N (componente novo, convidado de M) chega no horário. Outras duas participantes com cerca de uma hora de atraso. M se mostra dispersiva. Questiono o significado dos atrasos. Fornecem justificativas como

cansaço e vários afazeres para conciliar com uma carga horária de quarenta horas no serviço público municipal; G desenvolve trabalho paralelo ligado a atendimento estético, que ocasionalmente atrasam, comprometendo sua pontualidade nas reuniões. M está envolvida com campanha política, articulando o encontro de um candidato com diversos grupos. I (ausente neste encontro) mantém além do trabalho na UBS, clínica particular de atendimento psicológico. Quanto ao projeto, G entende que para avançarem necessitarão estudar. Solicita indicação bibliográfica e discussão de elementos teóricos, com o acordo dos demais. Proponho texto sobre o conceito de território de autoria de Eugênio Vilaça Mendes: “Distritos Sanitários: Conceitos-Chave” (MENDES, 1999).

A nona reunião teve dois presentes, que chegaram com trinta minutos de atraso. A participante G (ausente da reunião) transferiu seu posto de trabalho para a mesma UBS em que I atua. M estava animada com a leitura do material e conta das associações que realizou. I não havia pegado o texto, embora soubesse do combinado. Questiona o sentido do grupo para mim. Respondo à questão falando do duplo interesse da pesquisa (temática da SM na AB e sobre o processo do grupo). Retomo também sobre o que foi até aqui o percurso do grupo sob minha ótica. I conta de desentendimento com a coordenadora do serviço para a qual expõe (talvez em tom de desafio para com ela), que no grupo que participa está sendo desenvolvido um projeto ligado à prevenção em Saúde Mental. Observo, sem me manifestar, que I está irritada.

A décima reunião foi adiada em uma semana porque G e I, que então atuam na mesma unidade, teriam reunião de trabalho no período noturno. Solicito que avisem os demais colegas que vinham sendo convidados sobre a alteração: sujeitos M, N, B, C, E, F e J. Decidiu-se pela mudança porque envolvia a maioria das pessoas que estava efetivamente comparecendo.

No dia deste encontro apenas G comparece, com uma hora e trinta minutos de atraso. Justifica a chegada nesse horário pelo trabalho na clínica de estética. Não leu o texto, nem tendo chegado a providenciá-lo. Relembro que existe um trabalho a ser feito, um objetivo e que é preciso avançar. Digo da necessidade de estabelecimento de limites e prazos para o desenvolvimento do projeto. Acrescento que o final do ano se aproximava (estávamos no último dia do mês de outubro) e que seria necessário combinar a respeito desta questão. G conta que numa reunião em que os demais membros da equipe de Saúde Mental do município

estavam presentes, a participante I (ausente nesta reunião) se desentendeu com a coordenadora do serviço e que ambas se exaltaram muito. Segundo G a discussão começou com I contestando a forma de atuação da chefia, orientações dadas. Depois do episódio, a chefia teria baixado uma resolução de que os profissionais da SM municipal não poderiam se vincular a iniciativas não oficiais de trabalho comunitário. De acordo com G, I ao saber do fato, telefonou para a coordenadora, contestou sua atitude, alegando que ela não teria autoridade para liberar ou proibir iniciativas dos funcionários, além do horário de trabalho. A resolução foi revogada. Logo após, segundo informa, a coordenadora solicita que as equipes elaborem um projeto de “Prevenção na Comunidade” a ser entregue em trinta dias. G relata que ela e as demais participantes acreditam que a coordenadora teme uma iniciativa que seja melhor sucedida que o trabalho oficial, então se não pode impedir, quer incorporar e assumir a autoria.

Aponto que já havíamos conversado sobre a iniciativa de ações paralelas como sintoma de frustração com o trabalho na saúde pública. E que este grupo foi pensado desde o início para se discutir a saúde mental na atenção básica, ou seja, na rede pública. Digo de meu interesse em seguir caso haja um projeto neste contexto. Uma iniciativa paralela à saúde pública foge dos meus propósitos nesta circunstância. Abro a possibilidade de discutirmos o projeto que elas têm que apresentar para a coordenação do serviço. G se incumbiu de contatar as colegas, adiantar sobre o que foi conversado e informá-las de sua proposta de que a próxima reunião ocorra com intervalo de uma semana e que tenha duração de uma hora, começando uma hora mais tarde (este é o tempo aproximado em que as reuniões têm efetivamente transcorrido, em virtude dos atrasos). Fica de me confirmar após contato com as colegas I e M.

G confirma por telefone a presença das três no horário pré-agendado para a décima primeira reunião. Resolvo não convidar o restante da lista de participantes por entender que existiam aspectos para serem considerados apenas com aqueles que fizeram um compromisso mais efetivo com o grupo. Comparecem no horário. Abordo o impasse em que nos encontrávamos e indago em que direção seguiremos. Retomo quais são os vários projetos em pauta: um sobre o qual recai meu interesse que é o de discutir SM na AB, mote inicial do grupo; outro solicitado pela coordenação do serviço municipal de prevenção na comunidade e um terceiro que parece não estar definido quanto a ser público ou privado/filantrópico. Já era

consenso entre elas que se discutiria o projeto de prevenção solicitado pela chefia. Aponto que este não é um projeto de iniciativa do próprio grupo. Apesar de talvez guardar similaridades nas temáticas e de estarem se propondo a desenvolvê-lo, seria realizado para atender a uma solicitação externa.

G conta de um trabalho que vem planejando em conjunto com a pediatra da UBS: pretendem a partir do “Programa do Leite” organizar grupos de mães para se discutir temas de educação e cuidados com os filhos. Receia seu desconhecimento sobre técnicas de grupo; planejam um café da manhã para o contato inicial, no qual farão a proposta da atividade para as mães. I fala do risco de paternalismo no modo de abordar; entende que elas devam comparecer pelo interesse na proposta e se coloca fora da experiência. G diz entender que é apenas uma forma acolhedora e que está prevendo a inclusão de I na atividade. I se queixa que não suporta este tipo de atitude e que entende que existem outras formas de acolher. G conta estar se familiarizando com o funcionamento da UBS (onde se encontra há pouco tempo). I responde que é necessário agilizar porque há muito trabalho. I se queixa enfaticamente do desinteresse e não colaboração dos outros profissionais em participar das atividades, que sempre ficam capengas. G diz que pretende fazer visitas para as entidades para saber sobre os recursos daquela comunidade, mas que é difícil tempo para isso. M conhece muito dos recursos por ser moradora do mesmo bairro; lamenta que não será possível organizar tais informações até a próxima reunião, o que seria importante para o projeto a ser desenvolvido.

As reuniões de número doze, treze e catorze contaram com duas participantes em cada uma, que compareceram aproximadamente dentro do horário. Não houve propriamente discussão de ações; havia pressa em colocar idéias no papel e pouca disponibilidade para questionamentos. O projeto consistiu basicamente em menções de possíveis parceiros e atividades de caráter recreativo, esportivo ou artístico a serem realizadas (em anexo). Apresenta em seu texto designações peculiares: “Prevenção à Comunidade” e “Prevenção à Saúde Mental”. O uso do “à” ao invés do “em” SM ou “na” comunidade proporciona a sensação de nos defrontarmos com circunstância de contradições de propósitos, na qual a intenção de atuar junto à comunidade convive com a vontade de se proteger dela. Da mesma maneira a “prevenção à SM” seria, em sentido literal, evitar saúde

psíquica; transmite ainda a impressão de esquiva com relação à SM configurada campo teórico e prático.

Na última reunião, ao avaliarmos a experiência, apenas G e M estavam presentes. Referiram ganhos e lamentaram o que havia sido proposto e que não foi em frente. M disse ter feito ligações com outros campos teóricos que vinha estudando. Destacou o texto sobre Território como esclarecedor e comentou que a própria Assistência Social também vem se organizando por esta lógica. G disse que foi bom participar porque reencontrou motivações no trabalho e [*“abriu minha cabeça para certas coisas, por exemplo, sobre os grupos”*]. Questiona a utilidade do que fizemos para a pesquisa de mestrado. Digo sobre o duplo interesse do estudo (a temática da SM e o desenvolvimento do próprio grupo) Faço também uma avaliação destacando no percurso os movimentos no sentido de seguir em frente e os de recuar. É deixado em aberto o retorno para o próximo ano.

Os próximos itens discutirão a experiência a partir de diferentes perspectivas.

Capítulo IV – REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA

Nesta pesquisa há dois eixos de reflexão fundamentais. Trata-se, por um lado, de considerar a experiência desenvolvida no que concerne à temática da produção de saúde psíquica em determinada esfera no campo da saúde. Por outro, faz-se necessário analisá-la enquanto proposta metodológica, ou seja, a experiência do grupo intercessor como recurso de ação e produção de conhecimento.

Além da consideração a estes diferentes eixos, é preciso salientar uma questão já afirmada anteriormente: a de que neste estudo haveria dois momentos de reflexão com características distintas. O primeiro se daria durante o processo de formação do grupo e no transcorrer das reuniões com os participantes da pesquisa, incluindo-se neste caso a pesquisadora como mais uma participante. O segundo momento se fará a partir de agora, com a pesquisadora numa condição de maior distanciamento em relação à vivência concreta do grupo, e buscando uma reflexão mais aprofundada sobre aquela experiência, significados que possam ser apreendidos sob nova perspectiva e sobre linhas de raciocínio que ela pode suscitar.

Neste exercício, entram em jogo as percepções da pesquisadora sobre o percurso do grupo e as discussões desenvolvidas, elementos teóricos referentes principalmente ao trabalho da Saúde Mental na atenção básica, concepções ligadas ao âmbito sanitário e conceitos do arcabouço psicanalítico e, além disso, estará também presente minha própria vivência como profissional de SM da AB. A produção deste estudo se baseia principalmente na articulação destas vertentes.

1 – EIXO I: DIÁLOGO COM A SAÚDE E ATENÇÃO AO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ATENÇÃO BÁSICA

Pretende-se no Eixo I desenvolver considerações sobre possíveis contribuições desta experiência para o âmbito da atenção ao sofrimento psíquico na AB. Evidentemente se acredita que a própria metodologia empregada também seja recurso valioso para a ação no setor, mas tal vertente será analisada posteriormente. Aqui serão tomadas como objeto de discussão temáticas que

emergiram a partir dos encontros realizados. Foram escolhidas pela relevância que adquiriram no processo e pelos indícios que fornecem para se pensar perspectivas paradigmáticas no trabalho. São vislumbres que não autorizam um diagnóstico sobre a questão. Trazem, no entanto, elementos que permeiam a vivência profissional nesse âmbito e que têm papel na estruturação do trabalho. São elas: a Prevenção em SM (concepções e estratégias) e as articulações da SM na AB (envolvendo especialistas, Saúde da Família, Saúde em geral e outros segmentos sociais).

1.1 – A Prevenção em Saúde Mental

Em primeiro lugar pode-se tentar responder a uma questão geral deste estudo: qual é a especificidade do objeto da Saúde Mental na atenção básica? Este grupo forneceu uma resposta simples e direta a esta indagação: é a *prevenção em saúde mental*. A AB é vista como segmento que deve oferecer tratamento, prevenção e acolhimento. Mas o que a distingue de outros contextos, o que lhe é próprio, específico, é o trabalho de prevenção. Mesmo quando o serviço não desenvolve práticas preventivas, os profissionais, de modo geral, consideram que essa é uma lacuna que deve necessariamente ser sanada, o que de outra forma descaracteriza o trabalho. A atribuição desta especificidade ao contexto da AB está claramente arraigada às origens deste campo. Já se discutiu anteriormente que este segmento é fruto do MPC, do pensamento preventivista. Mesmo após anos, críticas e surgimento de novas vertentes dentro do campo da SM, o que se verificou nesta experiência é que a identidade com o MPC é preponderante.

Mas, é o caso de se perguntar, quais as concepções de prevenção que surgiram nas discussões? A definição é essencialmente a do MPC: Prevenção é:

1. Evitar adoecimento psíquico
2. Evitar a piora dos sintomas psíquicos.

Tais definições foram fornecidas explicitamente em duas ocasiões e, mesmo ao longo das discussões, percebeu-se que são tais conceitos clássicos que permeiam as ações e os projetos desenvolvidos. O que acaba por apresentar maior controvérsia e variabilidade de formas são as concepções sobre como desenvolver a

prevenção. Nas discussões emergiram diversas estratégias e agentes que poderiam estar envolvidos num trabalho deste tipo. Há desde ações tradicionais, típicas do MPC até a valorização de certos elementos do processo de trabalho em saúde que ainda são nomeados como “prevenção”, mas que, a meu ver, apontam num sentido diferenciado, de construção subjetiva.

As estratégias de prevenção reconhecidas pelos participantes da pesquisa serão descritas a seguir.

1.1.2 - Fornecimento de informação sobre temas de saúde mental.

A realização de palestras, grupos e folhetos informativos foram as primeiras ações a serem mencionadas, parecendo constituir para alguns participantes, pelo menos no início das discussões o sinônimo de prevenção. Um dos sujeitos da pesquisa descreveu o que faria se desenvolvesse prevenção: [*“... ir até as escolas e fazer palestras, falar sobre o que é depressão, que precisa tratar. Falar para os professores sobre hiperatividade, que tem tratamento”*]. Este é um exemplo de abordagem racional dos problemas psíquicos, na qual se pretende que através de conhecimento técnico, o sujeito encontre maneiras de resolver a sua questão. Aqui não se consideram os elementos subjetivos presentes nas problemáticas. Foi entendida por alguns participantes como um recurso possível dentro das ações em saúde mental e por outros como única opção disponível no campo da prevenção. Em que pese a relevância da educação e informação na melhora do nível de cuidados que a pessoa pode proporcionar a si mesmo e a seus familiares, há que se reconhecer a restrição de seu alcance no campo da saúde psíquica.

As atividades de cunho informativo são de fácil planejamento e execução, constituindo práticas plenamente aceitas e historicamente utilizadas pelos serviços de saúde de maneira geral. Nas discussões surgiram falas que criticavam essa abordagem no sentido de que é preciso critério em sua utilização e considerar a disponibilidade do outro para ouvir o que o profissional quer transmitir: [*“Não é sempre que estou com vontade de ficar ouvindo outro falar, às vezes só quero ficar quieta”*]. De outro lado, foi apontado que para se disparar um processo de reflexão

os profissionais teriam que fornecer elementos técnicos: [*“Precisaria verificar se as pessoas se interessam (por determinada temática), mas para poder acontecer a discussão acho que teríamos que levar alguma coisa (conteúdo informativo)”*]. Tal afirmação se enquadra na clássica crítica ao MPC que considera o paciente e/ou comunidade “carentes” em vários sentidos e que precisariam ser supridos pelos equipamentos de saúde e outras instâncias sociais.

1.1.2 - A formação de grupos como estratégia de prevenção

As atividades desenvolvidas com o cunho de prevenção são praticamente cem por cento em grupo. Existe, evidentemente, a questão de economia de tempo, aumento de alcance da ação, etc. É inclusive medida incentivada pela legislação. Mas, percebeu-se nas discussões, que é também adotada pelo entendimento de que por si mesmo o “estar em grupo” afeta positivamente o estado emocional de grande parte das pessoas. Houve uma fala afirmando que: [*“Tem uma prevenção que é educativa, mas o próprio convívio das pessoas com outras também é prevenção”*]. E outra: [*“Começamos a montar uns grupos. Acho que a partir daí pode se pensar que começa um trabalho de prevenção”*].

O grupo funcionaria como referência, continência, acolhida, espaço de troca, de compartilhar experiências, de aprendizado. É desenvolvido principalmente em razão desta percepção. Um participante disse: [*“Eu achava que não fazia prevenção. Até que numa reunião com a X (interlocutora de SM da DIR), descrevi as festas, comemorações e a oficina de artesanato e ela disse: Está vendo, vocês estão fazendo prevenção”*].

Na estratégia grupal acabam convergindo elementos que afetariam positivamente o estado emocional dos participantes. Além dos efeitos do grupo por si só, ainda pode haver benefícios decorrentes da atividade desenvolvida conjuntamente: participação num processo de produção artística/ artesanal, reflexão sobre determinada temática, recreação, etc. Existe a concepção por parte dos profissionais de que em grupo obtém-se melhora rápida de alguns “sintomas” e que não se trata de uma estratégia tecnicamente complicada: [*“Às vezes você acha que*

reunir um grupo é muito difícil. Não é não. É só dar um pouco de atenção que elas adoram”].

Ao ser organizado por um serviço de saúde parece tentar minimizar uma lacuna do modo de vida da atualidade. A subjetividade contemporânea é fortemente marcada pelo isolamento, individualismo, valorização de projetos pessoais, do trabalho e da produtividade. Desta maneira, a proposta de grupo tentaria resgatar elementos relegados, na atualidade, a um plano secundário, mas que têm importância ao se considerar a vida emocional das pessoas. Cabe ressaltar que este também é um pressuposto do MPC, na medida em que valoriza o convívio comunitário. Uma questão que se pode formular em relação a ofertas de grupos nesta perspectiva é que eles parecem estar desenvolvendo dupla função. Por um lado, oferecendo continência pertinente a pacientes gravemente comprometidos do ponto de vista psíquico. De outro, funcionando como recurso adaptativo indiscriminado e que se esgota em si mesmo: existe uma lacuna ocasionada pelo modo de vida contemporâneo e ao invés desta questão ser problematizada, opta-se por tentar saná-la. Assim esta circunstância ocasionada por uma dimensão social mais ampla fica reduzida ao plano do “problema psíquico”. Ao invés dela ser endereçada ao âmbito social, público e ideológico, ela é resolvida como questão privada; os pacientes que participam destas atividades parecem também ficar reduzidos a uma condição de infantilização, alvo de “agradinhos” por parte do serviço de saúde.

1.1.3 - O acolhimento como “prevenção” em saúde mental

Foi explicitado durante a apresentação de ações preventivas pelos participantes do grupo (quarta reunião) que o acolhimento oferecido aos usuários também está relacionado à prevenção em saúde mental. Uma participante fala em [*“criar um contexto de acolhimento”*] na recepção aos usuários e dentro da própria UBS. Descreve sua preocupação em manter um ambiente agradável, ou seja, cuidar concretamente da instituição e em receber bem a cada um [*“olhar para a pessoa, ouvir, prestar atenção nela”*]. E acrescenta: [*“Tudo isso é cuidado com quem é*

recebido e ele sente deste modo. (...) Este aspecto do acolhimento também está relacionado à prevenção”].

Embora os exemplos sejam de situações de recepção ao paciente, há a referência no tom geral da conversa, sobre certo tipo de vínculo entre usuário e instituição ou usuário e profissional de saúde. Segundo tal concepção, determinada maneira de se vincular ocasiona efeitos positivos em termos de saúde psíquica. A intenção, neste caso, é escapar da massificação das relações, buscando-se sua singularização.

Outra participante relata (na segunda reunião) que faz parte da rotina institucional que, ao buscar atendimento psicológico a pessoa seja ouvida imediatamente, no máximo aguardando o encerramento de alguma atividade. Oferece-se então uma escuta, uma abertura, algo inespecífico do ponto de vista de uma técnica e que pode ou não resultar em encaminhamento para tratamento psicoterápico. Refere que foi possível organizar o trabalho dessa maneira porque as pessoas estão encontrando acolhida com as equipes de SF, o que diminuiu a fila de espera para consulta.

Esse exemplo também demonstra que há a identificação de que algo significativo se processa no vínculo e que o trabalho da AB tem buscado contemplar tal enfoque. No geral, promove-se acolhimento dentro dos diferentes serviços por entender que é oferta que resulta em benefícios relativos a saúde mental. Neste aspecto é interessante pensar que a acolhida da SF (evidentemente somada a sua atuação específica) possa ocasionar diminuição de procura por atendimento psicológico. É uma constatação que fortalece os argumentos quanto à existência de psicologização/psiquiatrização dos problemas comuns e de suas soluções.

Na experiência descrita, a atuação dentro de certa especialidade construiu um dispositivo de recepção que busca oferecer continência e escuta. Nesse momento o profissional parece não agir exatamente como especialista, colocando seu trabalho como referência e não como foro resolutivo. Dispõe-se a pensar sobre as demandas, denotando compreensão de que as queixas podem se situar em outros âmbitos, que não apenas o psicológico. Expressa por esta lógica o entendimento de que o contato com o serviço é uma das possibilidades de tratar a questão e que o mesmo não tem a responsabilidade de oferecer todas as respostas.

O acolhimento foi designado nas reuniões dentro do espectro preventivo, na medida em que se percebe que a partir dele se produz saúde

psíquica. Mas não se enquadra no conceito de prevenção ligado à programação em saúde. A meu ver esta concepção aponta no sentido de propor que um dos papéis sociais da atenção básica em Saúde Mental seja o de oferecer referência e escuta à clientela. Num dos relatos a “escuta” permanece ainda totalmente restrita ao campo psicológico. Na outra se prevê a possibilidade de remeterem certas demandas a diferentes instâncias sociais, ou pelo menos identificá-las como provenientes de outros campos. Ambos os casos, no entanto se configuram como inserções diversas de concepções que postulam que ao serviço de SM cabe “resolver”, suprir ou promover adaptação social.

1.2 – Articulações na Saúde Mental: especialistas em SM, Saúde em geral, Saúde da Família e outros segmentos sociais.

Algumas questões ligadas à integração entre profissionais, equipes e outros setores surgiram durante as reuniões. Elas, de modo geral, eram mencionadas indiretamente, transpareciam no discurso. Em raras ocasiões foram objeto de problematização direta. Trazem vislumbres interessantes de serem considerados. Ressalte-se que a ausência da interface com o CAPS decorre da particularidade da região que dispunha de poucos dispositivos desta natureza até o momento em que se realizou o estudo; não havia entre os componentes alguém com experiência nesta articulação específica.

1.2.1 - Integração entre especialistas de Saúde Mental

Durante as discussões emergiram espontaneamente descrições, características ou queixas sobre algumas das articulações necessárias para o trabalho na SM. Entre elas, uma das que menos foi abordada foi a da própria equipe especializada. Isto contrasta com o fato de que eram os membros desta categoria que compunham as reuniões na absoluta maioria das vezes. Tal opção faz pensar até que ponto esta integração está sendo objeto de reflexão.

Ocorreram breves menções específicas. Num dos municípios, duas psicólogas se sentiam isoladas em relação ao restante da equipe. Acreditavam serem as únicas com motivação suficiente para tomar iniciativas e manter em funcionamento ações que fugissem do modelo curativo. Houve também relato de algumas parcerias entre psicóloga e assistente social na organização de diferentes tipos de grupos. Em alguns casos eram articulações percebidas como produtivas, embora sem maiores detalhes.

Em todas as catorze reuniões não houve sequer citação sobre o trabalho ou o profissional de Psiquiatria, embora vários dos municípios com representação entre os participantes contassem com este tipo de profissional na AB. Este dado é sugestivo de uma realidade tradicionalmente constatada: a de que a função do psiquiatra fica resumida a atender clinicamente os pacientes, sem se envolver em alternativas diversificadas ou em trabalhos que demandem integração com a equipe. Normalmente este profissional tem agenda superlotada, faz consultas breves e costuma cumprir carga horária menor do que a de seus colegas. Estes, por sua vez, ao não cogitarem o trabalho do referido profissional parecem se acomodar, sem que sejam formuladas maiores considerações a respeito.

Em duas ocasiões se descreveram relacionamentos com as respectivas coordenações do serviço. Talvez os conflitos aí expressos indiquem problemas ligados ao direcionamento, aos rumos que vislumbram para o trabalho em SM mais amplamente desenvolvido. No primeiro caso a coordenadora era percebida como autoritária e com preocupações, sobretudo quantitativas: [*“Ela chega de surpresa e quer ver a agenda, o número de atendimentos (...) Tem o controle de quem atende mais e quem atende menos. Quando diminui, tem que se explicar”*]. E mais adiante: [*“Ela ocupa este cargo por indicação política. Tinham outras pessoas muito mais qualificadas, mas é assim que funciona (o serviço público)”*]. Referem a dificuldade de se contrapor a tal situação: [*“Ela não faz mais reuniões de equipe. O pouco que tinha, não era com todo mundo, ficava incompleto. E ela disse que não vai fazer mais. Por que você acha que é? Para não ser confrontada”*]. Ao longo do período em que se estenderam as reuniões do grupo, os problemas com esta chefia foram se tornando cada vez mais explícitos. A existência do grupo de discussão sobre SM na AB foi cogitada como ferramenta de fortalecimento de uma equipe que estava desarticulada frente a uma instância autoritária. Parece ter sido efetivamente utilizada dentro do contexto de divergência,

como recurso de ameaça ao poderio da coordenação. Segundo os participantes, esta teria inicialmente tentado inviabilizar a continuidade dos profissionais deste município no processo do grupo. Diante da impossibilidade, teria buscado se apropriar do conteúdo desenvolvido de modo a neutralizar sua força como suposta contraposição e ainda talvez obter lucros políticos ao ter a possibilidade de lançar como suas, propostas de terceiros.

A relação com a coordenação do serviço de outro município também foi abordada em diferentes ocasiões. A percepção dos participantes era a de uma coordenação que invade e sobrecarrega os funcionários na ânsia de querer ver acontecer o trabalho (atendimentos, ações multidisciplinares, eventos festivos, problemas resolvidos). As participantes se dão conta e explicitam numa das reuniões do grupo que acabam se alinhando com esta lógica de funcionamento, talvez pela mesma ansiedade. A consequência é a de que não existe a construção de uma equipe (neste caso, a equipe ampliada, incluindo a SF). Uma parte dela se sente arrastando a outra. As ações são desenvolvidas a partir de uma cisão entre motivados e desmotivados, entre aqueles que fazem e aqueles que não fazem. Descrevem um ambiente de pressão e cobrança, onde [*“todo mundo fica doente”*]. Apesar disto, tais questões não são problematizadas nas reuniões da SM. Parece haver aí a priorização ao acontecimento concreto da ação, independentemente de como ela é feita; não se abre possibilidade do enfrentamento de lacunas. Neste caso, os especialistas em SM, parecem agir como “fazedores”, não conseguindo salvaguardar a dimensão reflexiva necessária.

1.2.2 - Articulação entre especialistas e equipes de Saúde da Família

Observou-se na pesquisa que parece haver o entendimento entre os especialistas em SM de que estes exerceriam papel de “treinadores” junto à SF. A designação “treinamento” foi usada explicitamente na primeira reunião para se referir a uma atividade dirigida às equipes de SF e demais profissionais de saúde. Em princípio, pode-se encontrar certa lógica em pensar que aquele que domina uma temática transmite alguns de seus conhecimentos para alguém que é “generalista”. Mas se percebe que este viés vai além desse ponto, impregnando a relação como

um todo. Há uma hierarquia implícita entre as equipes: uma é detentora do conhecimento a ser transmitido e à outra cabe função executora. A possibilidade de troca de conhecimentos, se existe, é desigual. A ocorrência do treino de caráter compulsório, por si só, já atesta a referida hierarquia. A seguinte afirmação também corrobora a idéia: [*“Saúde Mental somos nós, ninguém mais se encarrega. Só mandado”*]. Outra fala denota percepção de relação de dependência entre as equipes, sentida como resistência da SF em assumir funções ligadas à SM: [*“Na licença da A (psicóloga) os PSFs funcionaram, fizeram tudo o que tinham que fazer, tomaram iniciativas. Quando a A voltou ligaram para ela para ver o que fariam com a crise de uma paciente que já tinham enfrentado diversas vezes”*].

Essa linha de raciocínio reedita a concepção hegemônica da divisão do trabalho entre intelectual e operacional. Nessa perspectiva a prática seria dirigida por parâmetros teóricos: de um lado se formula um conhecimento, que o outro deve aplicar. A configuração resultante é a de um fluxo que transita do “saber” para a “prática” numa via de mão única. Não há diálogo. O saber determinaria o fazer, mas o fazer não afetaria o saber. Desconsidera-se assim o saber que se constrói a partir da práxis, por entender que válida é a especialidade. Ou seja, acredita-se que apenas o conhecimento com a chancela científica pode dar conta das situações; o saber que se formula no acompanhamento cotidiano das famílias seria de menor valor. É atitude diferente da proposta de matriciamento sugerida por Campos (1999). Percebe-se que não se trata de considerar os saberes disponíveis sobre a situação e a partir deles formular uma estratégia conjunta (neste caso, os saberes teriam *a priori* valores equivalentes). A concepção de que o conhecimento científico é o único verdadeiro e válido se caracteriza como posicionamento que transcende a particularidade dos serviços, por ser elemento já pertencente ao imaginário social.

Dentro da mesma perspectiva ocorre o reconhecimento de benefícios decorrentes do trabalho da SF. [*“A fila de espera para atendimento psicológico diminuiu muito com a atuação dos PSFs. Eles conseguiram acolher boa parte dos casos. Hoje praticamente não há fila de espera. Quando a pessoa chega, em geral, já se consegue conversar com ela, no momento em que vem agendar a consulta. Pedimos para esperar um pouco e já dá para encaixar”*]. Tal fala denota sintonia entre propósitos de acolhimento entre os diferentes serviços, mas reconhece os ganhos a partir da ausência da queixa. O elogio não vem pelo reconhecimento de uma prática propositiva no território. Outra participante também salienta o valor

deste tipo de trabalho como possibilidade de aprimoramento do exercício clínico: *["Conseguimos fazer um trabalho de controle sobre a medicação dos pacientes. Hoje em dia é dada a quantia necessária até a próxima consulta. Se acabou antes foi porque ele tomou a mais, deu pro vizinho, e aí conversamos sobre isso. Sabemos exatamente quem faz o tratamento certo e quando a pessoa não está fazendo"]*.

A estratégia de SF foi proposta visando a reordenação das práticas de saúde a partir da lógica da territorialização. Entretanto, as considerações acima indicam que no campo da SM, ao invés de subverter a lógica dominante, tem ocorrido a articulação a ela em posição secundária. A SF nesse caso parece estar assumindo papel muito mais de coadjuvante da prática clínica do que de protagonista da reorganização do sistema.

1.2.3 - Entre especialistas em SM e profissionais da Saúde em geral

Foi descrita apenas uma circunstância de colaboração espontânea e aparentemente integrada entre profissionais de SM e da Saúde em geral. Uma das participantes da pesquisa, assistente social, foi convidada pela pediatra para que formassem um grupo de mães a partir do Programa do Leite. Planejava-se discutir com elas aspectos dos cuidados com as crianças. O relato indicava haver integração entre as profissionais, com a discussão de modos através dos quais se desenvolveria o trabalho. Parecia haver também até este ponto, envolvimento equivalente de ambas.

Em outra menção a esta questão, o que se salientou foi a característica de não integração e nem ao menos diálogo entre as áreas. Uma participante relata a respeito de um grupo de pais que realizava na UBS. Referiu que o local em que este grupo se encontrava foi transferido para uma escola por não haver sala adequada para grupos no posto e porque esta atividade causava incômodo aos demais profissionais que ali atuavam (eram várias pessoas que o compunham, transitavam pela UBS, falavam alto). Os conflitos que emergem nesta situação poderiam ser analisados sob vários prismas, mas parecem não terem sido vislumbrados pelas responsáveis pelo grupo, tampouco problematizados junto aos profissionais. A alteração do local foi iniciativa das especialistas da SM para evitar constrangimento

para os demais colegas da Saúde. Neste caso fica evidente a desvalorização dos profissionais de SM para com o próprio trabalho e para com o lugar que a SM ocupa no contexto da Saúde em geral.

Outras situações em que se identificou o propósito de articulação entre as áreas, o trabalho resultante parecia adquirir características fragmentadas, de somatória de partes. Uma participante dizia sobre o contato dos profissionais da UBS: [*Pouco se encontram. Eu acabo tendo contato com um e com outro porque procuro, porque me chamam pra fazer palestra em grupo de hipertenso, por exemplo, mas reunir todo mundo, nós não temos isso*].

Outra experiência de articulação relatada foi a de “treinamento”, de modo equivalente ao que foi descrito sobre a ligação com a SF.

1.2.4 - Saúde Mental e segmentos sociais

Um aspecto mencionado a respeito da relação entre o trabalho na SM e dos segmentos sociais foi o reconhecimento de que também estes têm papel neste campo. Grande parte de suas funções estaria na esfera preventiva: [*Não dá pra pensar que é só a equipe de SM que vai fazer prevenção. Este trabalho acaba sendo feito por outros segmentos também*].

Serviços não pertencentes à área de saúde foram ainda sugeridos como possibilidade de “cobertura” para situações onde não há oferta deste campo específico. Uma participante comentava: [*Um problema que eu vejo também é que as pessoas não têm tempo. Como você vai querer que alguém que trabalha, corre o dia todo, venha para o posto, num horário comercial fazer uma atividade de lazer para relaxar a cabeça?*] E outra sugere: [*Se for o caso, pode-se fazer parcerias, como com a Escola da Família*]. O diálogo expõe visões divergentes sobre a inserção social dos equipamentos de saúde. Na primeira ele é pensado enquanto instância isolada, que deve dar conta de tudo, talvez até de demandas teoricamente colocadas. Na segunda é tomado como um recurso entre outros possíveis.

Percebeu-se de modo geral que os municípios tinham experiências diferentes na interface com iniciativas comunitárias. Na cidade pólo estas não eram sequer conhecidas pelos participantes. [*Em cidade maior as coisas são mais*

complexas, são mais estruturas”]. Nas menores, existiam mais informações a respeito e às vezes o mesmo profissional se ligava, ou já havia atuado em algumas delas: [“Em cidade pequena a gente acaba fazendo de tudo, está na UBS, na APAE, na creche, nas festas da igreja, eu mesma dou catequese, então parece que você acaba servindo de referência para tudo e também acaba tendo um contato mais fácil, conseguindo coisas”]. A afirmação ainda sugere a existência de uma prática comum em serviços municipais que é a de ceder parte da carga horária de profissionais do serviço público de saúde para outras entidades. Tal experiência difere de outras relatadas nas quais o trabalhador da saúde se desloca até as instituições para realizar determinado projeto: [“Nós desenvolvemos alguns trabalhos em escolas, em creches. Temos um grupo com pais na creche para discutir o cuidado com as crianças porque percebemos que elas chegavam mais na frente com baixa auto-estima, dificuldade escolar”].

Não foram mencionados problemas em tais articulações. Talvez porque não tenham sido aprofundados os elementos trazidos. Em outras interfaces, no entanto, as queixas foram espontâneas. Parece-me que este fator se deve mais à perspectiva de inserção que prioriza a vivência intra-institucional. Apesar do pressuposto da territorialização estar colocado, o intercâmbio com segmentos sociais é considerado acessório.

1.3 – O estado da questão

Não é surpresa que se chegue a conteúdos como os discutidos acima num estudo sobre a atenção em SM na esfera pública. As configurações encontradas se associam, sem dúvida, a diversos fatores. Destaca-se entre eles, o próprio panorama de constituição da AB e da SM como componentes de sistemas públicos de Saúde, apresentado no capítulo introdutório deste trabalho. O Preventivismo funda o campo e lhe distingue. Os discursos da produção social da saúde e atenção psicossocial se manifestam como atravessamentos, audíveis em iniciativas de acolhimento e escuta, mas não se impõe como lógica até o momento.

Outro fator determinante, ligado ao anterior, é o quesito formação profissional. Parte-se de um modelo de saúde curativo. Apesar de já há duas

décadas existir no plano legal e no ideológico uma concepção de saúde assentada em outros pressupostos, constata-se que sua assimilação é lenta, convivendo com o predomínio do conceito de saúde vinculada aos especialismos e ao exercício clínico individual. Não surpreende, nesse sentido, que haja problemas com a articulação interdisciplinar, abordagem de coletivos e territorialização. Algumas ações de SM apresentadas revelavam que os critérios que determinaram sua implementação eram superficiais ou pouco discriminados. Se por um lado é positivo estar sensível às solicitações da comunidade, por outro facilmente se resvala para atender a queixa sem considerar um planejamento mais global sobre o que é a SM no município.

Na presente pesquisa se constata uma realidade já repetidamente apontada por vários estudos (DIMENSTEIN, 1998; CAMPOS, 1997; PINHEIRO, 1993; CAMPOS, 1992): a falta de formação sanitária é marcante e reconhecida pelos próprios profissionais. Estão ausentes, de modo geral, conceitos básicos sobre modelos de atenção em SM, sobre o funcionamento do próprio SUS, políticas públicas para o setor e a problematização mais aprofundada sobre o papel do profissional no contexto.

Soma-se ao quadro a dimensão pública do trabalho em foco. É um campo que se apresenta aos profissionais geralmente como opção secundária, fruto da inviabilização da prática liberal por conjunturas econômicas (DIMENSTEIN, 1998; CAMPOS, 1997). Sua representação social, por outro lado, reveste-se de conotações negativas (ineficácia, burocracia, corrupção, etc.). A qualidade está no que é privado, particular. Entende-se também por esta via o recuo, o desinvestimento na área manifestado pelos participantes, além das próprias deficiências de formação. O setor público também costuma ser muito vulnerável a ingerências políticas, descontinuidades de projetos e de filosofias de trabalho, que variam conforme interesses dos grupos que assumem determinadas esferas de poder. Um exemplo sobre esse tipo de vivência pôde ser acompanhado no desenvolvimento do grupo.

Há igualmente uma reflexão imprescindível sobre os modos de subjetivação contemporâneos, nos quais saúde mental, confundida com felicidade, é um bem de consumo. O risco nesse caso é de que os serviços de SM atuem como tamponamento, isto é que pretendam resolver conflitos, sanar lacunas e que percam a capacidade de interrogar, sejam os sujeitos, as práticas de SM, os modos de

socialização ou a própria atualidade. Embora haja toda uma herança paradigmática que determine outra direção, este aspecto é primordial dentro da perspectiva da produção social da saúde e atenção psicossocial.

2 – EIXO II – DIÁLOGO COM A UNIVERSIDADE: A INTERCESSÃO COMO PROPOSTA METODOLÓGICA

No eixo I discutimos a experiência do grupo sob o prisma das temáticas em saúde que emergiram. O eixo II a abordará na perspectiva da intercessão concretamente desenvolvida: a trajetória do grupo e o desempenho da função de coordenador. Ao final se considerarão suas especificidades enquanto recurso de produção de conhecimento.

2.1- O Percurso do grupo frente à proposta de Intercessão

O Grupo Intercessor como recurso metodológico é uma proposta que está sendo construída. A experiência de que trata a presente pesquisa é inicial. Apostou-se numa idéia, a partir de sua coerência ética e teórica e se planejou sua execução no sentido de se poder avançar nas reflexões sobre ela. Supõe-se que possa trazer elementos que ampliem a discussão sobre sua utilização como método propriamente dito.

Neste tópico se pretende refletir sobre como e até que ponto se desenvolveu a proposta de intercessão neste grupo específico.

2.1.1- Expectativas

Foi feito um convite aberto: “Participação em um grupo de discussão sobre saúde mental na atenção básica”. A partir desta oferta interessa pensar sobre

como chegaram os sujeitos para experiência. Que tipos de expectativas manifestam: O que é trazido para a reunião? Como é trazido? O que parecem demandar? Para isto será necessário considerar, sobretudo os contatos iniciais.

A primeira reunião começa com a exposição de problemas que têm sido vividos no trabalho, com uma queixa: [*“Acho que o que mais anda pegando a gente é a falta de vontade, o descompromisso das pessoas com o trabalho. Hoje falaram que o que a gente faz é conversa fiada, você acredita?”*]. É possível que houvesse um desapontamento pelo pequeno número de presentes no encontro que realizávamos e que isto tenha relação com o conteúdo manifestado. Mas, de qualquer modo, parece haver o entendimento de que aquele seria um espaço para consideração de dificuldades enfrentadas no seu contexto de atuação.

Isto também pode ser identificado no segundo encontro; nele também se manifesta uma dificuldade dentro do trabalho que acabou norteando praticamente toda a conversa: [*“Estamos trabalhando há alguns meses e estamos atendendo; ainda não conseguimos fazer prevenção. É um objetivo nosso. Espero que cheguemos lá”*]. Desenvolveu-se nesta ocasião uma discussão sobre o tema: O que é prevenção, sua importância, a quem cabe a execução e etc.

Alguns dos presentes ostentavam cadernos e canetas, como se tivessem vindo para uma aula. Esta atitude sugere que o interesse em determinada temática talvez estivesse ocorrendo dentro de um enquadre de recepção passiva de conteúdos e não necessariamente que houvesse expectativa de uma experiência de construção de saber a respeito dela.

Outros indícios de expectativas puderam ser detectados na terceira reunião. Surge uma fala que indica a espera de solução mágica e imediata que o grupo poderia oferecer para os impasses profissionais vivenciados: [*“A partir da reunião passada não houve nenhuma mudança no trabalho”*]. Já outra afirmação sugere o oposto: [*“Acho que o mais interessante do grupo é a troca de experiências”*]. Neste último caso não parece haver uma expectativa de solução mágica. Ao contrário, neste momento o participante parece se referir a um processo de construção paulatina, que parte de sujeitos ativos buscando resoluções no enfrentamento de sua realidade.

Também eram manifestadas preocupações quanto ao aspecto de pesquisa que permeava os encontros. Por várias vezes ao longo do processo fui indagada sobre a utilidade do que realizávamos para o meu estudo. Neste sentido

alguns participantes pareciam ter a expectativa de servir como fonte de informação útil.

2.1.2 - O entendimento da proposta de intercessão

A proposta do Grupo Intercessor é bastante específica. Trata-se de sustentar o desenvolvimento de uma experiência na qual os participantes avancem em sua condição de sujeitos do próprio processo de construção de conhecimentos (e sentido) de, no caso, sua vivência profissional em dado contexto. Assim, o pequeno número de participantes que topou ir em frente com a experiência – independentemente de quão longe ela foi – teve que desenvolver uma compreensão sobre o que estava implicado na proposta e se mobilizar com o desafio.

Uma das primeiras falas que denotam certa compreensão sobre o objetivo do grupo se deu na terceira reunião. A participante G se desculpava por ter se lamentado muito no encontro anterior e diz: [*“Aqui não é só para chorar, né?”*]. Com isto parece estar discriminando objetivos e percebendo que existe ali uma dimensão produtiva. Neste mesmo encontro houve a afirmação já referida (feita pela participante A) sobre o interesse pela troca de experiências; ela também pode ser considerada na perspectiva de sintonia com a proposta de intercessão.

No quarto encontro, frente a algumas questões formuladas sobre certa experiência de trabalho apresentada ao grupo, vários participantes se mostraram entusiasmados com a possibilidade de refletir sobre lacunas ou aspectos sobre os quais não se tem uma compreensão clara. Um deles comenta: [*“É, às vezes a gente faz coisas, mas fica solto”*] (sujeito J).

Na quinta reunião a participante I vislumbra uma perspectiva de atuação em sintonia com aspectos conversados no encontro anterior. [*“Esse trabalho nas escolas, com alunos e famílias, iria dentro do que discutimos sobre prevenção”*]. Mais adiante, a mesma pessoa ao abordar a questão da própria formação do grupo, afirma: [*“Acho difícil vir. Já falei o que aconteceu antes de eu chegar aqui. Mas acho que vem quem tem uma questão com a área”*]. Esta última fala reflete a compreensão da proposta de intercessão: não é curso, não é supervisão, é um espaço para considerar as próprias questões no enfrentamento de

dada realidade, avançando em direção a certos objetivos. Esta citação também reconhece a dificuldade do processo; ela está ali referida, embora talvez localizada numa dimensão concreta.

2.1.3 – A formulação de um projeto próprio

Entre aqueles que participaram da experiência, um pequeno grupo se comprometeu com ela de maneira diferenciada. Tiveram maior freqüência porque sua implicação na atividade foi peculiar. Tais pessoas (sujeitos G, I, M) formularam uma proposta de trabalho no grupo. Isto se manifestou com clareza na sexta reunião.

A formulação de um projeto próprio de trabalho é elemento fundamental da intercessão. Significa que os participantes assumem responsabilidade por um processo de avanço, de construção de algo. Este projeto funciona como organizador das atividades, conferindo-lhe uma direção e uma projeção no futuro. Este objetivo lhes é próprio, não imposto, envolvendo, portanto, aspectos significativos de sua subjetividade e desejo. Nesta freqüência particular é que as pessoas se posicionam quanto à questão e a elaboram. A intercessão desempenha papel de intermediário nesta construção, que é do próprio grupo: é uma instância que permeia, favorece a chegada ao ponto pretendido. Este ponto é a tarefa concreta (no caso, o texto do projeto). Mas o percurso trilhado até ela também é valioso. Inclui a apropriação de elementos necessários para desenvolvê-la (reconhecimento de peculiaridades do contexto, consideração sobre as próprias posturas, sobre a necessidade de adquirir certos conhecimentos, realização de estudos, etc), além de criação de alternativas.

O grupo composto pelos sujeitos desta pesquisa formulou um projeto: estruturar uma proposta de trabalho em Saúde Mental ligada ao setor de Cultura, voltado para a terceira idade e pessoas com queixas depressivas (com possibilidade de abertura para a população em geral). Concretamente tal tarefa não foi realizada dentro das reuniões descritas. Ressalte-se que o projeto elaborado no final dos encontros não foi este, tendo surgido como resposta à solicitação de terceiros. Houve, no entanto, reflexão, questionamentos ligados, por exemplo, a características importantes de sua inserção no trabalho público. Para os sujeitos-

participantes da pesquisa havia dificuldades nesta esfera, pelo menos nas circunstâncias em que se encontravam. Manifestaram diversas queixas ligadas a isso. O cansaço decorrente de carga horária sentida como elevada (40 hs semanais) e que era conciliada na maior parte das vezes com outra jornada de trabalho fora do serviço público, foi afirmado em várias ocasiões. A própria busca de outros contextos de trabalho já parece sintomática (sujeitos G, H e I). Houve também queixas gerais acerca da politicagem neste âmbito que desarticula os trabalhos e fortalece apadrinhados em cargos-chave, mesmo que despreparados para a função. Divergências com a coordenação local da SM, percebida como arbitrária, autoritária e com preocupações eminentemente quantitativas, chegaram ao longo do processo a ponto de confronto aberto. Outras queixas (problemas no fazer em equipe ou na própria convivência em ambiente de trabalho) foram mencionadas, mas não são exclusivas da Saúde Pública. No entanto, não é possível saber até que ponto havia discriminação quanto à origem de seu desconforto (se era uma questão ligada à inserção na SP ou não).

De qualquer modo, a primeira resolução concebida pelo grupo foi a de romper com este enquadre. De um projeto que claramente se ancorava na SP, partiu-se para a idealização de um desvinculado deste contexto: construção de um prédio que abrigaria várias iniciativas culturais bancadas pela iniciativa privada. Na medida em que esse planejamento é questionado em termos do que significa em relação a sua própria inserção (desânimo, frustração, impotência), encontrar outro caminho foi tarefa difícil para o grupo. Até houve a proposta de estudo como ferramenta de avanço no projeto (reunião número oito). Talvez a assimilação de certos elementos teóricos auxiliasse na formulação de um novo papel dentro do contexto da saúde. No entanto, ela não foi integralmente assumida pelos participantes no decorrer da experiência.

O que se mostrou claramente na circunstância em que os participantes “desistem” da Saúde Pública para investir num projeto privado foi uma posição subjetiva em relação ao trabalho. Pela natureza da abordagem este elemento ficou evidente e foi objeto de reflexão. Já na construção do projeto solicitado pela chefia do serviço, o que se observou foi um funcionamento mais racional e distanciado, de modo que a implicação subjetiva para com o que estava sendo proposto passou ao largo da discussão. A implicação subjetiva é, no entanto, elemento crucial no âmbito das práticas em SM. Em outras experiências esta questão talvez não seja

problemática. Mas não é aspecto que possa ser ignorado, ao custo de poder ocasionar atividades que caminhem para distorções e/ou esvaziamento.

Pode-se, portanto, afirmar que, mesmo que não se tenha apresentado uma produção concreta dentro dos limites desta experiência (o texto acabado de um projeto de saúde mental), houve um processo de intercessão. Ocorreu a congregação de pessoas em torno de um objetivo comum, em favor do qual se propunham a trabalhar. O pressuposto do projeto funcionou como um organizador que convocou a explicitação de certos aspectos que, por sua vez, foram interrogados. Houve a experiência de emergência de uma dimensão coletiva que se propôs a ser sujeito num processo de trabalho e que chegou até onde foi possível dentro das circunstâncias. Esta trajetória, por si só, é valiosa e imprescindível tanto em processos de singularização de práticas em saúde, quanto nos de emancipação de coletividades.

2.1.4 – Processos de Coordenação – O Papel do Intercessor

Já se afirmou anteriormente o caráter experimental desta proposta de Intercessão. Neste processo, o papel de coordenadora também foi sendo desenvolvido no decorrer da experiência. Fundamentou-se em conhecimentos prévios da teoria psicanalítica e em minha vivência como psicoterapeuta. Mas a apropriação de elementos teóricos que permitissem certo trânsito pelo contexto e objetivos particulares desta pesquisa foram buscados concomitantemente ao planejamento e execução do estudo.

Ao refletir sobre como foi o desempenho nesta função, entendo que sua exigência básica foi a de sustentar um processo que se propunha a articular produção e implicação subjetiva de um grupo, sem que houvesse garantias de sucesso ou de continuidade. Concretamente se podem assinalar algumas diretrizes assumidas nesta experiência como intercessora; pretende-se identificar opções encontradas no desempenho do papel nesta vivência específica.

Inicialmente se evidencia a intenção da intercessora quanto a viabilizar a realização do grupo. Neste sentido oferece uma possibilidade, convida e toma providências concretas para que os encontros aconteçam. Deve-se salientar o fato

de que esta foi uma circunstância peculiar de constituição deste grupo. Idealmente (isto é, de acordo com a teoria dos cartéis) o intercessor deveria ser convidado para compor o grupo de trabalho numa condição de mais um, ou seja, alguém que dentro de um estatuto diferenciado em relação a outros participantes, auxilia no desenvolvimento da tarefa.

Dentro das dinâmicas dos encontros, percebe-se posicionamento no sentido de favorecer a continuidade, o avanço da experiência em relação aos seus objetivos, representando com isso a abertura para o novo, a possibilidade de mudança e desenvolvimento. Buscou-se identificar e explicitar movimentos, sentidos que apontassem em direção de avanço, retrocesso ou desvio dos objetivos no processo de trabalho. Havia muitos sinais de recuo ou desvio, entre os quais, ausências, atrasos, queixas sobre cansaço (que às vezes estava estampado no rosto), descumprimento de combinados (como a leitura do texto). A quinta reunião se traduziu praticamente num ultimato para com o grupo, quando indago se existem questões que mobilizariam os participantes e proponho mais duas reuniões, após as quais se discutiria o prosseguimento. Mas, por outro lado, foi decisivo para a continuidade da experiência, a percepção e explicitação dos movimentos que as pessoas faziam no sentido de seguir em frente dentro dos propósitos do grupo: a presença de alguns, a virtualidade da presença de outros (indicada nos telefonemas de convite), a mobilização, as associações e sentidos que se formavam, o entusiasmo observado em várias ocasiões, etc.

Uma entre as vertentes de atuação se ocupou em alinhar significados que estavam sendo construídos, mesmo que não consensuais, e em apontar algumas lacunas (reunião número quatro, ao questionar aspectos das ações preventivas apresentadas pelos componentes). Observou-se ainda o procedimento de se retomar, esclarecer quando existiam vários entendimentos sobre dada questão (na segunda reunião onde ocorre uma conversa sobre as funções da atenção básica). Contradições também foram assinaladas como, por exemplo, na primeira reunião (treinamento “desumano” em humanização) e na de número sete (projeto em Saúde Pública decretando a falência da Saúde Pública).

Houve a iniciativa de transferir gradualmente responsabilidades para com a própria organização dos encontros através de solicitação de que avisassem colegas quanto ao agendamento de reunião e proposta de revezamento da coordenação e anotações sobre os encontros. A implantação desta última não foi

concretizada e acabou se perdendo. Isto talvez se relacione a dúvidas quanto à continuidade da própria experiência, alternância de presentes nas primeiras reuniões, atrasos e reduzido número de participantes.

Do ponto de vista das discussões sobre as práticas de SM e seus desdobramentos, na maior parte das vezes discuti como uma participante, expondo e questionando a partir de minhas concepções sobre os temas e funções das práticas psi. A premissa de não ocupar um lugar de mestria serviu de referencial. Este foi um objetivo perseguido já na proposta do estudo, processo de formação do grupo, postura e discurso. No entanto, é sabido que nenhum recorte é aleatório. O aspecto que se salienta numa discussão, nem que seja uma indagação aberta do tipo “o que vocês pensam sobre prevenção?”, está diretamente ligado ao arcabouço teórico-conceitual daquele que questiona. A mera escolha de um aspecto para ser deslindado não é casual. De modo geral, ou se trata de elemento recorrente para o grupo e que não parece tão claro para o coordenador ou para o próprio grupo; ou de aspecto conceitual significativo do ponto de vista do coordenador e que merece ênfase ou maior discussão. Expressar-se é, no entanto, diferente de se acreditar mestre. O fundamental é a compreensão de que esta, apesar de sua função simbólica, é uma voz entre as outras.

2.2 - Método Intercessor e produção de conhecimento

Muitas perguntas poderiam ser feitas relativas ao saber produzido através do Método Intercessor. Que conhecimentos emergem? Que processos estão envolvidos nessa produção? É um saber sobre o quê? Para quê? Para quem?

Percebe-se pela discussão em itens anteriores que, parte do que ele possibilitou nesta experiência foi acesso a conteúdos que poderiam ser obtidos por vias tradicionais de pesquisa (entrevistas, questionários, etc). É plausível supor que algumas das mesmas temáticas desenvolvidas nessas reuniões fossem também abordadas através da utilização de outras metodologias. Talvez o emprego de recursos tradicionais ocasionasse até mesmo enfoque mais aprofundado de assuntos ou sua diversificação, o que poderia levar a ampliação de dados disponíveis para análise. No entanto, se esse fosse o caso, estaríamos diante de

uma seleção de matérias feita pelo pesquisador. Não foi o que se processou aqui. Observamos na experiência do grupo que a escolha dos temas foi partilhada entre os participantes e a intercessora. No momento posterior de reflexão é que houve eleição de assuntos realizada exclusivamente pela pesquisadora. Na circunstância, ficou claro que grande parte do conteúdo examinado havia surgido incidentalmente não sendo objeto de questionamento prévio.

Vale salientar que apesar de não constituírem o objetivo predominante da pesquisa, as informações a que se teve acesso nas reuniões, ainda que em quantidade reduzida, trazem elementos relevantes para a caracterização e discussão do trabalho neste contexto. Mas, se o interesse do estudo recaísse na obtenção de dados sobre o trabalho de SM na AB, seria indubitavelmente mais fácil, prático e rápido buscá-los através de instrumentos já existentes.

Entretanto cabe nesse ponto uma observação. Já se salientou anteriormente que estudos realizados apontam, em uníssono, que os profissionais de SM na saúde pública desconhecem a vasta literatura existente sobre o trabalho neste âmbito. Sem desconsiderar o valor inestimável do conhecimento produzido, há que se indagar também sobre o sentido dessa produção que não chega a quem se destina.

Tais reflexões nos remetem ao campo das relações entre universidade e sociedade. Na pesquisa universitária típica são os investigadores que determinam os problemas científicos a serem abordados, estabelecendo conseqüentemente sua relevância. No geral, o pesquisador não se implica diretamente quanto à utilização deles na prática: os resultados que encontra podem ser aplicados ou não. O método intercessor se posiciona nessa questão de modo a favorecer que grupos sociais entrem e, em certa medida, direcionem o processo de produção. Parte do pressuposto que o conhecimento que se torna posse de especialistas e permanece restrito à esfera universitária, descontextualiza-se e perde a função social.

O Método Intercessor atrela a permanência do processo ao sentido que ele adquire para o grupo. Se perdem o interesse a Intercessão deixa de existir. De várias maneiras, ela traz para a cena o sujeito da práxis, interroga sua lógica e discrimina sua implicação. Com a operação os participantes têm possibilidade de avançar no próprio posicionamento enquanto sujeitos de seu fazer. Desse modo nos aproximamos do que foi enunciado por Santos sobre construção de saber a partir de

um novo paradigma: o conhecimento formulado não se distingue do autoconhecimento.

Se contemplar essa dimensão enriquece o processo do ponto de vista dos sujeitos participantes, traz igualmente para a universidade indagações quanto ao modo de produzir saberes. Demonstra com seu exemplo que é possível intensificar o diálogo com a sociedade e que a construção de conhecimento pode ser aprimorada enquanto ferramenta de emancipação.

Indiscutivelmente a discriminação e ampliação de sentidos das práticas que a Intercessão pode proporcionar favorecem resoluções singularizadas em detrimento de respostas formais e automáticas. A apropriação dos significados ligados ao trabalho possibilita escolhas mais criteriosas, refinamento na escuta e na identificação de alternativas. Mas o principal elemento em jogo não é proporcionar contextos de desenvolvimento para indivíduos e suas práticas pontuais, ainda que isso seja possível. A força e a relevância dessa abordagem residem, sobretudo, em suas possibilidades de permitir o surgimento de uma dimensão coletiva que se implique em certa tarefa e em constituir referência a essa construção conjunta. Ao favorecer mobilização, emancipação e construção de projetos coletivos cria perspectivas valiosas e de enormes dimensões tanto para a esfera da Saúde quanto para a ressignificação das relações entre conhecimento e sociedade.

Capítulo V – UM NOVO ENCONTRO COM O GRUPO

Quase um ano após a última reunião, por ocasião do encerramento das exigências formais do Mestrado voltei a convidar os que participaram da pesquisa para uma nova conversa. Alguns entre eles não foram localizados. A componente M lamentou a ausência, propôs novo horário, mas sua disponibilidade diferia das duas outras. Compareceram ao contato as participantes G e I.

Depois de meia hora de atraso chegam praticamente juntas. Conversamos inicialmente sobre o que se processou no trabalho delas nesse intervalo. Trazem novamente muitas queixas e um discurso de desânimo e impotência. Relatam mudanças na coordenação do serviço, sem que por isso houvesse melhora na qualidade da assistência. Referem clima de desorientação entre os profissionais da equipe, com vários membros se desligando, adoecendo, chorando frente a situações no âmbito profissional. Há o entendimento que a dimensão pública do serviço se caracteriza como um problema insolúvel, em meio a qual não é possível desenvolver um trabalho de qualidade. Identifica-se valor e significado apenas em algumas circunstâncias pontuais de atendimento.

A participante G conta que passou a realizar grupos com mães nos quais se discute o cuidado com os filhos. Mostra-se tranqüila com a atividade e planeja organizar um segundo que contemple outra faixa etária de crianças. Relembro seu receio em se incumbir da realização de grupos, ao que ela responde que na prática não está encontrando dificuldades. Conta que trabalhou em conjunto com uma pediatra por um período, conforme relatou numa das últimas reuniões. Esse trabalho, no entanto, foi encerrado por determinação da coordenação do serviço, recém empossada na ocasião e que, ao que segundo as profissionais, privilegiava o enfoque clínico individual. No momento há outra pessoa chefiando a SM no município.

I reconhece valor em alguns dos atendimentos que realiza, mencionando o caso de uma senhora psicótica e o de um rapaz usuário de álcool. Em ambos salienta a importância do vínculo como referencial que lhes possibilitou maior estabilidade e organização do cotidiano. No entanto, apesar dos resultados positivos, considera tais casos como de CAPS e não da UBS. Lamenta que o CAPS (que passou a funcionar na cidade há cerca de um ano) não tenha conseguido

manter o rapaz em tratamento. Indago se a AB não tem responsabilidade para com situações de psicose ou outros transtornos psíquicos de maior gravidade. A resposta foi a de que poderia ser se houvesse mais estrutura. Na UBS o profissional ficaria mais exposto a riscos decorrentes de possíveis crises agressivas de pacientes. A sensação é a de que na AB não existem recursos suficientes para prosseguir em tais atendimentos. Cunha (2005) discute as especificidades do acompanhamento terapêutico na AB e salienta que nesse segmento a convivência com a incerteza é maior se comparada a do ambiente hospitalar. O autor apresenta conclusões de uma pesquisa sobre encaminhamentos à psiquiatria que indica que a maior parte deles não é feita em função do sofrimento ou da gravidade do quadro, mas em função do incômodo que o paciente provoca nos profissionais. A participante admite ser este um dos fatores determinantes da interrupção do acompanhamento que realizava do caso.

I e G referem incidentalmente mobilizações da equipe no sentido de pleitear junto ao poder público melhores condições de trabalho e decisão por parte da coordenação imediata quanto a questões sentidas como urgentes por alguns profissionais. Também por pressão dos trabalhadores de SM se obteve uma capacitação, cujo conteúdo e docentes estão sendo escolhidos por eles. A coordenação havia proposto inicialmente que fosse realizada por uma instituição recusada pela equipe. Destaco a atuação dessa dimensão coletiva identificada no processo de Intercessão e ao que parece também presente no grupo da SM. Saliento que esse é um aspecto precioso, que pode abrir perspectivas, mas que não é sequer reconhecido em meio à sensação de soterramento por problemas.

Abordo nesse sentido alguns aspectos da dissertação elaborada (anteriormente haviam perguntado sobre ela de maneira geral). Retomo principalmente o que se processou quanto à formulação do projeto próprio.

Ao comparar a assistência no município com a de outras cidades que supostamente apresentam melhor organização fica claro o pressuposto de que esta seria uma circunstância dada e não construída. Da mesma forma são depositadas expectativas num “coordenador adequado” que conferiria uma direção ao trabalho que, em última instância eximiria o profissional de ter que ele próprio definir posicionamento quanto à atuação no contexto. Tais concepções foram assinaladas durante o encontro.

Ao final falam sobre a participação no processo como experiência válida. Contam que o projeto montado durante as reuniões não foi colocado em prática. Saliento que aquele não era o projeto delas. G ressalta que lá figuram elementos discutidos nas reuniões. I destaca o fato de ter podido desenvolver idéias que já possuía previamente sobre articulação com outros segmentos. G acredita que os grupos favorecem circulação de afetos e reflexões que contribuem com o desenvolvimento.

Capítulo VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

“...deixou de ter sentido criar um conhecimento novo e autônomo em confronto com o senso comum (...) se esse conhecimento não se destinar a transformar o senso comum e a transformar-se nele”. (SANTOS, 2000, p.147)

O desenvolvimento deste trabalho constituiu oportunidade de aprofundar reflexão sobre questões que me mobilizavam e permitiu que me situasse de uma nova maneira diante delas. Encontrei algumas respostas e pude vislumbrar de modo mais amplo a dimensão da complexidade presente na organização de serviços públicos de SM.

Puderam ser formuladas algumas considerações sobre as práticas de SM na AB a partir da experiência. Em linhas gerais, observou-se que a identificação predominante desse segmento é com o modelo que o fundou, ou seja, o Preventivo-Comunitário. Sua própria especificidade é entendida pelos profissionais dentro dessa perspectiva. O que caracteriza seu papel, o que o distingue em relação a outros serviços é o fato de ter entre suas funções a responsabilidade de desenvolver ações de prevenção em saúde mental.

No entanto, constatou-se também que a designação “prevenção em saúde mental” tem se apresentado como um híbrido que carrega consigo tanto elementos do MPC quanto aspectos próprios do arcabouço da Produção Social da Saúde e Atenção Psicossocial. Por um lado nomeia procedimentos de caráter informativo ou voltados ao convívio social e comunitário. Por outro, abrange a valorização de aspectos dos processos de trabalho em saúde que dão prioridade ao vínculo, escuta, acolhimento. Há também uma distinção essencial nesse aspecto no que tange aos modos como se pensa a inserção do serviço de SM: foro resolutivo ou instância de referência quanto às questões psíquicas. Ambas as vertentes foram percebidas na experiência.

A articulação entre os profissionais e entre os serviços também foi destacada por possibilitar compreensão sobre a lógica que orienta as ações. Faz-se

notar por essa via as concepções de saúde latentes e papéis atribuídos aos agentes encarregados de sua promoção. Na pesquisa ficou evidenciado que o reconhecimento predominante é o da saúde mental enquanto objeto de prática especializada. Os principais atores nessa questão ainda seriam os peritos. A ampliação do trabalho é pensada dentro desses moldes, com a Saúde da Família em atuação coadjuvante. Indícios de uma possível reorganização do modelo a partir da territorialização da assistência não foram observados.

Ainda menos relevantes nesse quesito são consideradas as iniciativas sociais. Existe uma suposição geral quanto à sua pertinência à área, mas parece não haver maior problematização e definição de papéis em ações específicas.

A relação com a dimensão pública da inserção também mereceu destaque. A desvalorização e descrédito atribuídos se manifestaram de modo acentuado. O âmbito público permanece como um contexto tolerável até certo ponto, mas não assumido integralmente. É aspecto que permeia todo o trabalho, conferindo-lhe características como descontinuidade, desmotivação, fragmentação, desinvestimento.

Em um segundo eixo, a pesquisa consistiu num exercício do Método Intercessor. A proposta da Intercessão como recurso de ação e produção de conhecimento possibilita reflexões em diversas frentes. Inicialmente em relação às práticas de saúde é importante ressaltar a particularidade de incluir no processo de produção, além de questões teórico-rationais, a consideração a características singulares (implicação) dos sujeitos participantes, bem como do contexto que os envolve. Assim, discrimina-se a compreensão e o posicionamento relativo à tarefa ao mesmo tempo em que ela é desenvolvida. Isto permite a construção de uma vinculação com a atividade de caráter diferenciado, significativo.

Sua principal contribuição, no entanto, é a de se constituir em ferramenta de avanço em relação a projetos coletivos. Sua configuração oportuniza a emergência de uma dimensão coletiva que se propõe a ser sujeito num processo de trabalho. No decorrer da experiência a Intercessão referencia essa construção, favorecendo que o sentido que ela tem para o grupo não se perca; ao contrário, o mantém como diretriz do processo produtivo.

Em confronto com o conhecimento universitário típico, o Método Intercessor aponta caminhos através dos quais se pode aprofundar o diálogo com a

sociedade, permitindo que a construção de conhecimento esteja radicalmente a serviço da emancipação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (coord). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

_____. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

AROUCA, Sergio. **O Dilema Preventivista** – Contribuição para a compreensão crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BENELLI, S. J. & COSTA-ROSA, A., 2006. Movimentos religiosos totalitários católicos: efeitos em termos de produção de subjetividade. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 23 (4), 339-358.

BION, W. R. **Experiências com Grupos**. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 de set. 1990. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/lei8080.htm>>. Acesso em: 02 dez. 2000.

_____. Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e funcionamento das Cooperativas Sociais. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5.ed.ampl. Série Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2006.

_____. Lei nº 10216, de 10 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5.ed.ampl. Série Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf> . Acesso em: 20 jul. 2006.

_____. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5.ed.ampl. Série Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf> . Acesso em: 20 jul. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. **Circular Conjunta n. 01/03**, de 13 nov. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 373/GM de 27 de fevereiro de 2002. Estabelece a Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS. NOAS-SUS 01/02. Brasília, 27 fev. 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2002/Gm-373.htm>> . Acesso em: 5 maio 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> . Acesso em: 20 jul. 2006.

_____. Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5.ed.ampl. Série Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf> . Acesso em: 20 jul. 2006.

_____. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5.ed.ampl. Série Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf> . Acesso em: 20 jul. 2006.

_____. Portaria SNAS nº 224, de 29 de Janeiro de 1992. Brasília, DF, 29 de Janeiro de 1992. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5.ed.ampl. Série Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf> . Acesso em: 20 jul. 2006.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 41-71.

CAPISTRANO FILHO, David. O Programa de Saúde da Família em São Paulo. Estudos Avançados, v.13 n.35. São Paulo, jan-abr. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2006.

CAPLAN, Gerald. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CAMPOS, Floranita Coelho Braga. O lugar da Saúde mental na Saúde. In: CAMPOS, F.C.B. (org). **Psicologia e Saúde – Repensando práticas**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A reforma da reforma**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

_____. Equipes de Referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, n.2. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em :

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812319990002000013 &lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812319990002000013&lng=pt&nrm=iso)> . Acesso em: 05 dez. 2006.

CECÍLIO, Luis Carlos (org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

_____. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n.3. Rio de Janeiro. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=pt&nrm=iso> . Acesso em: 05 jun. 2007.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArg/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2007.

CONSTANTINO, Elizabeth P. e CARUSO, Ilda (org.). **Educação e Saúde: Realidades e Utopias**. São Paulo: Arte e Ciência, 2003.

COSTA-ROSA, Abílio; STRINGHETA, Luciana von Ha de O. **O Grupo Intercessor: Saber e conhecimento da práxis “psi” na atenção básica de saúde**. 2007 (mimeo).

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org). **Ensaio – subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. **Saúde Mental Comunitária: Análise dialética de um movimento alternativo**. Tese de mestrado. Inst. De Psicologia – USP. São Paulo, 1987.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: HUCITEC, 2005.

DEVERA, Disete. **A saúde mental no interior do Estado de São Paulo – Psiquiatria reformada ou mudança paradigmática?** Tese de mestrado. UNESP. Assis, 2004.

DANTAS, Ivo. **Constituição Federal anotada**. Brasília: Brasília Jurídica, 1999.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de psicologia**, Natal, v.3. n.1, jan/jun. 1998. Disponível em: <http://.../sciel.php?script=sci_arttext&pid=&1413-294x199800100004&lng=pt&nrm=is>. Acesso em: 24/02/05.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. **Saúde Mental na atenção básica – um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas**. Tese de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Campinas, 2006.

FLEMING, Manoela. **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Nunes, 1976.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

GIL, Célia R. R. Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, jun 2006. Disponível em :

<http://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=50102-311X2006000600006&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 15 jan. 2007.

GONZALEZ-REY, F. L. **Pesquisa qualitativa em Psicologia**: Caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira, 2002.

HERRMANN, Fabio. **Andaimes do Real**: O método da Psicanálise. 3.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

IBAÑEZ, Nelson et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 2, jul-set. 2006.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 9 jan. 2007.

JIMENEZ, Stella (org.). **O Cartel**: conceito e funcionamento na Escola de Lacan. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

LANCETTI, Antonio. Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: LANCETTI, A. (org.). **Saúdeloucura** – Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo: HUCITEC, n.7, 2000.

LUZIO, Cristina Amélia. **A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes** – ressonâncias da Reforma psiquiátrica. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Campinas, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. Distritos Sanitários: Conceitos-chave. In: MENDES, E. V. et al. Uma agenda para a Saúde. 2 ed. **Saúde em debate**. São Paulo: HUCITEC, n.88, 1999.

MEZAN, Renato. **Interfaces da Psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

PINHEIRO, Odette. **A inserção do psicólogo nas equipes multiprofissionais**. In: CONFERÊNCIA DO CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (6 REGIÃO). São Paulo: 1993 (mimeo).

PRESIDENTE PRUDENTE. Lei nº 5087/98. Dispõe sobre a implantação do Programa de Saúde da Família de Pres. Prudente e dá outras providências. Presidente Prudente 01 jun. 1998. Disponível em:

<<http://www.presidenteprudente.sp.gov.br/LeisDecretos/1998/Leis/5087lo.pdf>>. Acesso em : 30 out 2007.

PRESIDENTE PRUDENTE. Lei nº 5471/99. Cria o Serviço de Atenção Primária em Saúde Mental e dá outras providências. Pres. Prudente 27 mar 2000. Disponível em: <<http://www.presidenteprudente.sp.gov.br/LeisDecretos/2000/Leis/5471lo.pdf>>. Acesso em 30 out 2007.

PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO OESTE PAULISTA.

Projeto (nov 2003). Disponível em: <<http://www.famema.br/documentos/poloepermanente.pdf>>. Acesso em 11 jan. 2005.

ROTELLI, Franco et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990.

SANTOS. Boaventura.S. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. **Introdução a uma ciência pós moderna**. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

_____. **A Universidade no século XXI** – Para uma reforma democrática e emancipatória da universidade. São Paulo: Cortez, 2004.

SÃO PAULO (Estado). Coordenadoria de Saúde Mental. Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental. **Proposta de Trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios de saúde mental**. São Paulo, 1983.

SILVA, Maria Emília Lino da (coord.). **Investigação e Psicanálise**. Campinas: Papyrus, 1993.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

ANEXO

“Projeto de Prevenção à Comunidade”

Apresentação:

O programa de Prevenção à Saúde Mental, através de suas mini-equipes percebendo a necessidade de ações preventivas à Saúde Mental, em razão de ser significativa a demanda de pessoas (crianças, adolescentes, adultos e principalmente idosos) com a doença já instalada, cria-se um Projeto de Prevenção in loco. Acreditando-se na possibilidade de novas relações através do processo de resgate e construção, melhorando a capacidade de comunicar-se, conviver e respeitar as dificuldades individuais e culturais, de amar e lutar pela cidadania.

Haja visto, a necessidade de abranger-se um número maior de pessoas beneficiadas com o atendimento em saúde mental, acredita-se em um projeto onde através da organização de possibilidades, apoio e parcerias, propiciar o amadurecimento da auto-estima em si e com o outro, do desenvolvimento emocional e psicossocial em diversas áreas da vida do indivíduo contando com recursos da comunidade.

Propostas:

- atividades sócio-educativas, culturais e lazer:

- coral
- karatê
- judô
- curso-computação
- hip-hopp
- ginástica
- dança
- terapias holísticas
- aulas de teatro
- “canto” do conto
- “canto” do cinema

- aulas de línguas

No tocante à UBS temos:

- Inovar o processo de trabalho em grupo e sua abrangência, desde à criança ao adulto.

Recursos Humanos:

- Liderança de bairro
- Pastorais
- Mini-equipes
- Voluntários (escola da família, outros)

Recursos Materiais:

- Equipamentos sociais da comunidade (estrutura física)

Equipamentos para realização das atividades:

- som
- computador
- colchonetes, macas
- tatame
- DVD, TV, telão
- lousa
- livros em geral

Parcerias:

- Secretaria da Cultura
- SEMEPP
- Biblioteca
- Thermas Águas-Quentes
- Conserv. Musical
- conserv. Dança
- Vila da Fraternidade (voluntários)
- Empresas
- comunidade e outros.