

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL**

MEYRIELLE BELOTTI

**ENCONTROS DE MATRICIAMENTO: CARTOGRAFANDO SEUS
EFEITOS NA REDE DE CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL**

**VITÓRIA
2012**

MEYRIELLE BELOTTI

**ENCONTROS DE MATRICIAMENTO: CARTOGRAFANDO SEUS
EFEITOS NA REDE DE CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo para obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Cristina Campello Lavrador.

**VITÓRIA
2012**

MEYRIELLE BELOTTI

**ENCONTROS DE MATRICIAMENTO: CARTOGRAFANDO SEUS EFEITOS NA
REDE DE CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Institucional.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Campello Lavrador
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Leila Domingues Machado
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Maria Luisa Sandoval Schmidt
Universidade de São Paulo

Dedicatória

Ao meu pai,

Apesar da sua ausência, você é o maior e o melhor encontro da minha vida. Obrigado por tudo e, principalmente, por saber respeitar minhas escolhas.

AGRADECIMENTOS

À Cristina, amiga e orientadora, obrigada pela oportunidade de um sonho realizado;

Às doutoras Leila Domingues Machado e Maria Luisa Sandoval Schmidt, por terem aceitado o convite para ler esse trabalho e contribuir com ele, fazendo isso de forma brilhante e gentil;

Aos professores do mestrado, por todo conhecimento adquirido;

Aos colegas de orientação do mestrado, nossos encontros foram intensos e prazerosos. Levo muito de vocês comigo;

À Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica, mais especificamente à coordenação da Estratégia Saúde da Família, que autorizou a realização dessa pesquisa;

Aos integrantes das equipes de Saúde da Família de Cariacica, que possibilitaram a construção dessa cartografia. Sem a participação de vocês, esse trabalho não seria possível;

Aos profissionais de Saúde Mental da rede de cuidados de Cariacica, parceiros e militantes nessa caminhada. Sem vocês, não teríamos implantado o Apoio Matricial;

Aos amigos de trabalho, que cobriram minhas ausências em dias de orientações. Por ouvirem minhas angústias sobre a escrita da dissertação e outros trabalhos do mestrado;

À Marília, amiga e companheira de trabalho, com quem tenho tido encontros realmente potencializadores;

Ao Ricardo, meu companheiro, amigo, amante, amor. A intensidade do seu apoio em todas as minhas escolhas é imprescindível. Desejo tudo ao seu lado;

Ao meu filho Bernardo, você é muito mais do que eu sonhava;

À minha irmã Lorryne, por crescer ao meu lado. Obrigado por ter ficado com o Bernardo para eu estudar;

À minha mãe, sem palavras! Obrigada por tudo.

A todas as outras pessoas de quem não me lembrei do nome, mas que me afetaram e possibilitaram esse inventar-me mestre.

A todos, o meu sincero agradecimento e o meu carinho. Certamente, sem os nossos encontros, eu não teria conseguido efetivar esse sonho.

EPIGRAFE

Para que tanto pergunta se é a busca e não a resposta?

Para que tanto remédio se é sofrimento e não a dor?

Para que tanta dúvida se é a possibilidade e não a certeza?

Para que tanta individualidade se é o coletivo e não o sozinho?

Para que tanto diagnóstico se é o cuidado e não a cura?

Para que tanto padrão, se é a singularidade e não a igualdade?

Para que tanto poder, se é o afeto não o reconhecimento?

Para que tanta fala, se é a escuta e não o discurso?

Para que tanta presa se é o caminho e não o fim?

Para que tanta objetividade se é o encontro e não a norma?

Para que tanta indiferença se é o amor e não o ódio?

Busque e permita a busca!

Sofra e esteja ao lado de quem sofre!

Possibilite ao outro e a si mesma!

Seja com os outros e não sozinho!

Cuide-se e cuide!

Singularize-se e permita a diferença!

Afete-se e deixe-se afetar!

Escute e seja escutado!

Caminhe e ajude o outro a caminhar!

Encontre-se e proporcione encontros!

Ame-se, ame e seja amado!

....

Simplemente, viva e deixe viver!

Bianca Leal – Abril 2012.

RESUMO

O trabalho visa analisar os encontros de matriciamento realizados no município de Cariacica-ES, procurando conhecer os efeitos e as contribuições que a interlocução da Saúde Mental com a Atenção Básica pode proporcionar no fortalecimento da rede de cuidados e no processo de desinstitucionalização da loucura. Para tanto, realizamos uma revisão bibliográfica de alguns documentos que relatam um pouco sobre a história, as conquistas e os desafios que acompanham o Movimento da Reforma Psiquiátrica, bem como, apresentamos as diretrizes atuais, que regem a Atenção Básica e a lógica de funcionamento do Apoio Matricial. Na sequência, contextualizamos o leitor sobre a paisagem estudada e apresentamos alguns conceitos advindos do pensamento de Espinosa, que sustentaram essa pesquisa. Optou-se pela cartografia como uma postura ética para acompanhar os movimentos de transformação da paisagem psicossocial, que foi sendo desenhada através dos encontros de matriciamento. Utilizamos o diário de pesquisa como uma ferramenta metodológica, que proporcionou a atualização da linguagem desses movimentos, priorizando a análise dos afetos. Em seguida, apresentamos uma cartografia das marcas produzidas nesses encontros de matriciamentos e “concluimos” que o Apoio Matricial pode ser um dispositivo importante quando esse possibilita a criação de práticas capazes de proporcionar uma abertura para a experimentação de novos modos de viver, de trabalhar, de se relacionar, enfim, de se encontrar.

Palavras - Chave: Apoio Matricial; Saúde Mental; Atenção Básica.

ABSTRACT

The work analyzes the meetings held in the municipality of matricial Cariacica-ES, seeking to know the effects and the contributions that the dialogue with the Mental Health Primary Care can provide in strengthening the network of care and the process of deinstitutionalization. Thus, we performed a literature review of some documents that tell a little about the history, achievement and challenges that accompany the Psychiatric Reform Movement, and we present current guidelines governing the Primary and the operating logic of Support Matrix. Subsequently, we contextualize the reader about the landscape studied and present some concepts arising from Spinoza's thought, which supported this research. We opted for cartography as an ethical stance to track the movements of psychosocial transformation of the landscape, which was being drawn through the matricial meetings. We use the field diary as a methodological tool, which provided the update of the language of these movements, emphasizing the analysis of affects. Then we present a mapping of brands produced in these meetings matriciamentos and "conclude" that the Support Matrix can be an important device when that enables the creation of practical, able to provide an opening for experimenting with new ways of living, working, to relate, ultimately, to find.

Keywords: Support Matrix; Mental Health; Primary Care.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AM - Apoio Matricial

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

DST/AIDS – Doença Sexualmente Transmissível / Síndrome da ImunoDeficiência Adquirida

ESF - Equipe de Saúde da Família

HAB – Hospital Adauto Botelho

HCTP - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HEAC – Hospital Estadual de Atenção Clínica

IASES - Instituto de Atendimento Sócio-Educativo do Espírito Santo

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA – Pronto Atendimento

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PEF - Penitenciária Estadual Feminina

PFC - Penitenciária Feminina de Cariacica

PFSC - Penitenciária Feminina Semiaberta Cariacica

PMC - Prefeitura Municipal de Cariacica

PNH – Política Nacional de Humanização

PSB – Programa de Saúde Bucal

PSF - Programa de Saúde da Família

PSM - Programa Saúde Mental

PTI - Projeto Terapêutico Individual

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RT – Residência Terapêutica

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

USB – Unidade Saúde Básica

USF - Unidade de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Relação de UBS, com o número de equipe e modalidade de atenção implantada. Cariacica, 2009.....	37
Tabela 2 - Nº. de profissionais por categoria	38

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM POUCO DE HISTÓRIA, ALGUMAS CONQUISTAS, VÁRIOS DESAFIOS	17
1.1 DA DESOSPITALIZAÇÃO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA	17
1.2 ATENÇÃO BÁSICA: TERRITÓRIO ESTRATÉGICO PARA INTERVENÇÕES EM SAÚDE MENTAL	22
1.3 ENTENDENDO A LÓGICA DE FUNCIONAMENTO DO APOIO MATRICIAL	27
2 CONHECENDO A PAISAGEM: UM POUCO SOBRE CARIACICA	32
2.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	36
2.2 A REDE DE CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL	39
3 OLHANDO COM ESPINOSA.....	42
4 MERGULHANDO NA PAISAGEM: CARTOGRAFANDO OS ENCONTROS DE MATRICIAMENTO	50
4.1 ENCONTROS E DESENCONTROS DE MATRICIAMENTO	54
4.2 REENCONTRO.....	57
4.3 PAISAGEM 1: O TRABALHO VIVO	60
4.4 PAISAGEM 2: TUDO JUNTO E MISTURADO	77
4.5 PAISAGEM 3: VOU TE CONTAR UM “CAUSO”	79
4.5.1 Um “causo” que deu “pano pra manga”	79
4.5.2 Os incomodados que	81
CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXO A - ACOLHIMENTO DE SAÚDE MENTAL.....	97
ANEXO B - PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)	100
ANEXO C - CONTRATO TERAPÊUTICO COMPARTILHADO	101

APRESENTAÇÃO

*Não fosse isso
e era menos
não fosse tanto
e era quase*

Paulo Leminski (1980).

A temática do trabalho gira em torno dos encontros de matriciamento no município de Cariacica - ES, buscando avaliar quais os efeitos e as contribuições que a interlocução da Saúde Mental com a Atenção Básica pode proporcionar no fortalecimento da rede de cuidados e, conseqüentemente, no processo de desinstitucionalização da loucura.

No decorrer da história, a forma de se pensar a loucura sofreu várias transformações que favoreceram mudanças nas políticas públicas de saúde mental, produzidas através do movimento da Reforma Psiquiátrica que, inicialmente, buscava a desospitalização da loucura, por meio da criação de serviços substitutivos ao modelo asilar. Atualmente, podemos dizer que o movimento da reforma enfrenta o desafio da desinstitucionalização das práticas manicomiais ainda existentes no cotidiano desses novos serviços, oriundos do “desejo de manicômio¹” que se encontra enraizado nos processos de subjetividades.

Nesse contexto, o Apoio Matricial (AM) tem se apresentado como um dos dispositivos importantes para desconstrução desses “desejos de manicômio”, pois tem se constituído como um arranjo organizacional que visa a oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes da Estratégia Saúde da Família, tendo como objetivo reorientar as ações da Saúde Mental na Atenção Básica. Ou seja, sua ideia central é compartilhar as situações encontradas no território, através de discussões conjuntas, tanto para favorecer a construção de uma clínica ampliada - que busca compreender a totalidade da vida do sujeito -, quanto para instituir uma postura de corresponsabilidade pelos casos, facilitando, assim, a inserção do sujeito com sofrimento mental no seu território.

O interesse por esta pesquisa nasceu fundado neste contexto, vislumbrado com a minha prática profissional. Desde a minha formação acadêmica, venho mostrando

¹ Terminologia usada por Machado e Lavrador (2001) que afirmam que esses desejos são expressão de marcas, de linhas duras.

interesse pela saúde coletiva, mais especificamente, pela temática da saúde mental e de seus esforços para a implantação de políticas públicas que contribuam para a criação de práticas que fortaleçam a rede de cuidados e promovam a desinstitucionalização da loucura.

Concluí minha graduação de Terapia Ocupacional em 2004, sendo, naquele mesmo ano, contratada para trabalhar na Prefeitura Municipal de Cariacica (PMC), no Programa de Saúde Mental do Município (PSM), na Unidade de Saúde de Jardim América, onde desenvolvia o meu trabalho junto a uma equipe multidisciplinar (dois psicólogos, um psiquiatra, uma assistente social e uma enfermeira). Éramos a única equipe ambulatorial de saúde mental para todo o município, que possuía uma população de, aproximadamente, trezentos e sessenta e cinco mil habitantes. Era, literalmente, uma “loucura”. Fazíamos o possível e, muitas vezes, o impossível dentro daquela realidade: terapias de grupo, oficinas terapêuticas e de geração de renda, atendimentos individuais, grupo para familiares, etc.

Em 2006, assumi o cargo de Coordenadora Municipal do Programa de Saúde Mental desse mesmo município. Um grande desafio. Naquela época, Cariacica possuía, em seu território, sob gestão municipal, dois ambulatórios de referência em saúde mental (Jardim América e Bela Aurora) e, sob gestão estadual, um Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS II – Moxuara), um Hospital Psiquiátrico (Hospital Aduino Botelho) e cinco Residências Terapêuticas (RT).

As confrontações e dilemas vivenciados por essa nova realidade profissional possibilitaram uma diversidade de experiências e reflexões. Dentre essas, destaco as discussões sobre articulação da saúde mental com a Atenção Básica que alimentaram o desejo de que eu viesse a me aprofundar nesse debate, que hoje é, em parte, objeto de estudo. Sendo assim, esta pesquisa é marcada por inquietações e indagações vivenciadas em discussões e práticas do Apoio Matricial realizadas no município de Cariacica.

Ressalto que o interesse em discutir essa temática ocorre, também, por considerar de suma importância que esses movimentos realizados pelos profissionais de saúde mental sejam problematizados, sobretudo por haver diversos movimentos, encontros e vivências, exitosas ou não, acontecendo em diferentes lugares, que não são

suficientemente registradas e divulgadas. Sinto-me à vontade para realizar essa discussão, pois o que pretendi não foi escrever sobre os êxitos desses encontros, mas, sim, colocar em análise o que esses encontros estão potencializando. Seus efeitos produzidos têm contribuído para o surgimento de novos modos de acolher a loucura nos serviços de saúde?

Visando conhecer esses efeitos, elegemos o pensamento de Espinosa² para ser nosso companheiro nesse percurso. Nesse contexto, utilizamos essa filosofia para discutirmos como esses encontros têm afetado³ os corpos envolvidos no matriciamento e, se esses afetamentos têm contribuído para o fortalecimento da rede de cuidados de saúde mental e, conseqüentemente, para o movimento da Reforma Psiquiátrica, ou, ainda, se esses encontros têm produzido os endurecimentos das práticas e o fortalecimento da lógica manicomial.

Realizar essa pesquisa com o olhar espinosista foi um desafio, pois nos propusemos a utilizar a cartografia para acompanhar, pensar e sentir as afecções e os movimentos que ocorrem durante os encontros de matriciamento. Dessa forma, busco, neste trabalho, realizar um mapeamento dos encontros de matriciamento, acompanhando os movimentos e os efeitos de transformação que ocorrem nessa paisagem psicossocial, permitindo afetar e ser afetada pelos sentidos e pelos *non senses*, visíveis e invisíveis, procurando criar estratégias que contribuam para uma nova forma de fazer saúde e acolher a loucura.

Estruturamos a pesquisa em quatro capítulos. No primeiro capítulo, abordamos um pouco da história, algumas conquistas e os desafios no movimento da Reforma Psiquiátrica. Para tanto, realizamos um levantamento bibliográfico sobre: o processo de desinstitucionalização da loucura, as novas políticas de saúde mental e os serviços substitutivos do manicômio; o papel da atenção básica nesse cenário, destacando as mudanças de modelo assistencial como a implantação da Estratégia

² Baruch de Espinosa foi um dos maiores pensadores racionalistas do século XVII, no interior da Filosofia Moderna. Abordaremos um pouco da história e sua filosofia no capítulo quatro desta pesquisa.

³ Encontramos em Espinosa que o afeto é o aumento e a diminuição da potência de agir de um corpo. Algo que seria apenas sentido, que ocorre no plano sensível, não sendo possível ser visto, no entanto afeta fortemente os corpos na sua potência de agir. “Os afetos estão relacionados ao desejo. Desejo entendido como força pulsante, capaz de transformar e produzir devires. Sendo projetado no campo do social, liga-se a fluxos e acontecimentos, através dos afetamentos, buscando a ruptura de sentido para produzir o novo” (CAMPOS, A.P., 2007, p.48).

da Saúde da Família (ESF); por fim, contextualizamos o leitor sobre a lógica de funcionamento do Apoio Matricial.

Com o objetivo de aproximar o leitor da paisagem estudada, utilizamos o segundo capítulo para falarmos um pouco sobre o município de Cariacica, sua rede de cuidados e serviços de saúde, dando ênfase à Estratégia Saúde da Família e o Programa de Saúde Mental.

No terceiro capítulo, discutimos alguns conceitos apresentados por Espinosa, que sustentaram a análise dos dados coletados. Esses conceitos nortearam a nossa forma de pensar, os encontros e os efeitos que eles podem ter no fortalecimento da rede de cuidados de saúde mental e nos processos de desinstitucionalização da loucura.

No último capítulo, descrevemos o percurso metodológico. Optamos pela cartografia como uma postura ética para acompanhar e analisar os movimentos e efeitos produzidos nos encontros de matriciamento que realizamos. Utilizamos o diário de pesquisa como uma ferramenta, a qual proporcionou a atualização da linguagem desses movimentos, por intermédio do registro de falas, conversas, observações, devaneios, sentimentos e percepções ocorridos nesses encontros. Tecemos uma cartografia dos encontros de matriciamento realizados analisando suas marcas produzidas. Compartilhamos com o leitor os movimentos e afecções que ocorreram na paisagem estudada. Encontros, desencontros, reencontros e alguns “causos” que deixaram marcas no meu corpo durante os encontros de matriciamento. Todas essas experiências serão descritas nesse capítulo.

Por fim, apresentamos algumas considerações finais, sem o intuito de esgotar esta temática, mas apresentando ao leitor algumas reflexões e levantando outras questões a serem aprofundadas em um próximo estudo.

1 O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM POUCO DE HISTÓRIA, ALGUMAS CONQUISTAS, VÁRIOS DESAFIOS

Haja hoje para tanto ontem.

Paulo Leminski (1995).

1.1 DA DESOSPITALIZAÇÃO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA

Historicamente, a forma de pensar e de tratar a loucura sofreu várias transformações durante o desenvolvimento da sociedade. O louco já foi considerado um ser iluminado, dotado de poderes divinos; já foi visto como um ser possuído pelo demônio, bem como preguiçoso, desqualificado e improdutivo.

De acordo com Foucault (2005), a inscrição da loucura no campo da medicina ocorreu no século XVIII com o surgimento da psiquiatria como uma especialidade médica, que se encarregou da tarefa de conjugar a noção de doente mental à exclusão e à tutela dos doentes mentais. Desde então, os loucos foram considerados incapazes e definidos como alienados mentais, destinados ao asilamento em instituições. Essas instituições tinham como objetivo a moralização do espaço social, apresentavam um caráter semi-jurídico, com poder sobre o louco e sobre todos os sujeitos marcados pelo signo da desrazão. Neste contexto, o hospital assumiu um lugar privilegiado na abordagem à doença, com a função de tratamento e exclusão social.

O louco e a loucura ficaram alienados nos manicômios até o século XX, mais especificamente, após a segunda guerra mundial, quando a questão da loucura passou a se constituir como uma questão social e a demandar preocupações por parte dos governantes e técnicos.

Segundo Rosa (2003), nesse momento histórico do pós- segunda guerra, as práticas psiquiátricas começam a ser discutidas e a sofrer diversas mudanças no cenário mundial. Dentre esses questionamentos, a autora destaca: a mudança do paradigma

da doença mental para o paradigma da saúde mental; a visão do manicômio como cronificador de doenças e as tentativas de humanizá-lo; a análise da doença mental como um problema social; e a psiquiatria como uma modalidade de controle social.

De acordo com Birman e Costa (1994), a crise da psiquiatria no pós-guerra se evidenciou por dois motivos: por um lado a preocupação dos próprios psiquiatras com relação à eficácia das condutas terapêuticas; por outro, as preocupações do governo com o alto índice de incapacidade social gerado pela cronicidade da doença mental.

No Brasil, o Movimento da Reforma Psiquiátrica surge no interior do processo da Reforma Sanitária, que lutava em favor das mudanças do modelo da atenção, em defesa da saúde coletiva, da equidade na oferta de serviços e do protagonismo dos trabalhadores e dos usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e de produção de cuidado.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira apesar de ter sua própria história, fundada no final da década de 70, com o envolvimento de diversos atores e posicionamentos, possui uma relação íntima com a Reforma Sanitária. Neste processo, destacamos como importante marco histórico a VIII Conferência Nacional de Saúde, que deu fôlego ao Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Amarante (1995) destaca o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), por ser o ator a partir do qual emergem as propostas para a “reforma” do modelo assistencial. O MTSM denunciava a falta de recurso e a precariedade das condições de trabalho, bem como realizava uma crítica aos cuidados destinados aos “loucos”; à tutela e à segregação social que eram realizadas nos manicômios.

[...] assim nasce o MTSM, cujo objetivo é constituir-se um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento das propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores de saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. (AMARANTE, 1995, p. 52)

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), o Movimento da Reforma Psiquiátrica se caracterizou como um processo político e social complexo, composto por diferentes atores, instituições e forças – associações de usuários com sofrimento mental e seus familiares, universidades, serviços de saúde, conselhos profissionais, movimentos sociais, dentre outros – sendo compreendido como um conjunto de transformações de práticas, de saberes, de valores culturais e sociais.

Esse cenário favoreceu a criação de novas políticas e de serviços substitutivos do hospital psiquiátrico. Em 2001, com a promulgação da lei 10.216⁴, também conhecida como Lei Paulo Delgado, o Ministério da Saúde criou várias portarias que vieram anunciar modificações nas políticas de saúde mental. Entre essas mudanças, podemos destacar: a Portaria GM/MS nº. 336 de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece os parâmetros de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ⁵; o Programa de Volta para Casa que institui o pagamento de auxílio-reabilitação para possibilitar, juntamente com outras estratégias, a permanência fora de hospital psiquiátrico e a reinserção social de pessoas com sofrimento mental, que possuem uma história de longa internação psiquiátrica.

Dentro desse contexto, vale ressaltar os Serviços Residenciais Terapêuticos (Portaria nº 106/GM em 11 de fevereiro de 2000) que não constituem, precisamente,

⁴ A lei 10.216 foi sancionada no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional. Ela propõe a regulamentação dos direitos dos sujeitos com sofrimento mental e a extinção progressiva dos manicômios no país, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

⁵ Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde mental abertos, destinados a prestar atenção diária a sujeitos com sofrimento mental severo e persistente. Existem cinco diferentes tipos de CAPS, cada um com uma clientela diferenciada (adultos, crianças/adolescentes e usuários de álcool e drogas) a depender do contingente populacional a ser coberto (pequeno, médio e grande porte) e do período de funcionamento (diurno ou 24h): CAPS I - são serviços para cidades de pequeno porte, que devem dar cobertura para toda clientela com transtornos mentais severos durante o dia (adultos, crianças, adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas); CAPS II - são serviços para cidades de médio porte que atendem durante o dia clientela adulta; CAPS III – são serviços 24h, geralmente disponíveis em grandes cidades, que atendem clientela adulta; CAPSi – são serviços para crianças e adolescentes, em cidades de médio porte, que funcionam durante o dia; CAPS ad – são serviços para pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas, geralmente disponíveis em cidades de médio porte. Funcionam durante o dia. Todos os tipos de CAPS são compostos por equipes multiprofissionais, com presença obrigatória de psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, aos quais se somam outros profissionais do campo da saúde. A estrutura física dos CAPS deve ser compatível com o acolhimento, desenvolvimento de atividades coletivas e individuais, realização de oficinas de reabilitação e outras atividades necessárias a cada caso em particular (BRASIL, 2004).

serviços de saúde mental, mas casas localizadas em espaço urbano, para moradia de pessoas com sofrimento mental, egressos de internações de longa permanência em Hospitais Psiquiátricos que perderam os vínculos sociais e/ou familiares (BRASIL, 2005).

Vários dispositivos foram criados rumo à desinstitucionalização e à construção de uma rede de cuidados integrados em saúde mental. Percebemos, nesses últimos anos, os esforços realizados para a consolidação da Política Nacional de Saúde Mental, sendo esse percurso marcado por tensões, diversos embates, enfrentamentos e discussões que auxiliaram o fortalecimento da Política.

Se, por um lado, a criação dessas políticas propõe mudanças no modelo de atenção, por outro, ela se mostra insuficiente para a efetivação da desinstitucionalização. A formalização da esfera legal não significa garantir a concretização da Reforma Psiquiátrica no cotidiano dos serviços chamados de substitutivos. É necessário que ocorra uma mudança de paradigma no cotidiano dos espaços/serviços. Para tanto, é necessária uma nova postura perante a vida: há que se ter uma abertura para o novo, para o inesperado, para o incontrolável, para que se possam construir ferramentas coerentes com essa nova forma de pensar a loucura.

Concordamos com Amarante (1995, p.85):

Os novos serviços, apesar de serem externos, não garantem sua natureza não manicomial. Participação, por si só, não é garantia de democratização ou de opção pelos caminhos mais corretos e melhores para os sujeitos portadores de sofrimento psíquico (...).

É preciso colocar a desinstitucionalização em nossas práticas, visto que a desospitalização foi apenas o primeiro passo proposto pela reforma. Destarte, a desinstitucionalização deve ser entendida como uma mudança nas formas de pensar, de agir e de acolher a loucura, e não apenas como sinônimo de desospitalização. Caso contrário, a lógica da exclusão sempre estará presente (CAMPOS, A.P., 2007).

Em outras palavras, será que, realmente, conseguimos derrubar os “muros dos hospitais psiquiátricos” que existem dentro de nós? Ou será que só mudamos as estruturas físicas e as formas de tutelar? Se pegarmos como exemplo o eletrochoque, que durante muito tempo foi utilizado como uma ferramenta de punição e controle e compararmos com o uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos que são utilizados no cotidiano dos serviços de saúde mental, observamos que as formas de controlar e punir ainda estão presentes. No entanto, estão sendo realizadas através de “ferramentas socialmente aceitáveis”.

Esse é apenas um exemplo que mostra como ainda permanecem vivos em nós os “desejos de manicômio”, terminologia usada por Machado e Lavrador (2001) que afirmam serem esses desejos expressões de marcas, de linhas duras – movimento de conservação, estratificado, cristalizado - que imprimem em nós a vontade de subjugar, mantendo a lógica manicomial presente na rotina dos serviços. Sendo assim, o processo de desinstitucionalização não está pautado somente em mudanças nas estruturas físicas e funcionais dos serviços de saúde, mas, principalmente, na necessidade de transformação desse desejo, que exige mudanças subjetivas e na forma de pensar e sentir com a loucura, suas causas e consequências, bem como as relações com o mundo e a vida.

Desinstitucionalizar não tem fim, não tem modelo ideal, precisa ser inventado incessantemente. Trata-se de um exercício cotidiano de reflexão e crítica sobre os valores estabelecidos como naturais ou verdadeiros, que diminuem a vida e reproduzem a sociedade excludente na qual estamos inseridos. É uma discussão permanente que deve estar presente, alicerçando as diversas propostas de políticas e práticas de saúde. Esse é o desafio que enfrentamos: resistir a tudo aquilo que mutila a vida, que nos torna subjetividades anestesiadas, sem liberdade de criação, destituídas de singularidade. Desinstitucionalizar é [...] cartografar as linhas de fuga que desenham novos modelos de “cidadania” baseados na liberdade de desejar e inventar zonas de afetos e intensidades, puro devir (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2005, p. 63).

Um dos esforços atuais da Reforma Psiquiátrica em direção a essa transformação é o incentivo às ações de intersectorialidade, isto é, a construção de uma rede de cuidados articulados, composta por diferentes atores existentes no território. A IV Conferência de Saúde Mental realizada em junho de 2010 deu um passo importante nesse sentido, pelo fato de ter sido a primeira conferência com convocação

intersetorial, atendendo às exigências reais e concretas que a mudança do modelo de atenção trouxe, reafirmando o campo da saúde mental como:

Multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral. Trata-se de um campo que se insere no campo da saúde e, ao mesmo tempo, o transcende, com interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele e os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc (2010a, p.09).

Dessa forma, a rede de cuidados de saúde mental possibilita o desenvolvimento e a articulação de diversas relações, capazes de estimular a criação de espaços coletivos dialogados e promover a integração entre diversos atores sociais.

Outra proposta da IV Conferência de Saúde Mental, que busca superar a lógica manicomial, é o fortalecimento e ampliação das ações da Estratégia Saúde da Família (ESF), objetivando garantir o atendimento e acompanhamento do sujeito com sofrimento mental em seu próprio território⁶, sugerindo a articulação das equipes de Saúde Mental com a Atenção Básica, reafirmando a estratégia do matriciamento e a articulação dos serviços em rede como uma das ferramentas importantes para a inserção dos usuários nos serviços, na perspectiva da integralidade.

1.2 ATENÇÃO BÁSICA: TERRITÓRIO ESTRATÉGICO PARA INTERVENÇÕES EM SAÚDE MENTAL

Atualmente estamos diante de um amplo processo de transformação no campo da saúde mental, que tem se esforçado para desconstruir a “lógica manicomial”, bem como as relações de tutela e controle social do louco. Para tanto, observamos uma valorização das práticas de base territoriais com o envolvimento de diversos atores sociais articulados em uma rede de cuidados.

⁶ Território, nesse contexto, deve ser entendido num sentido mais amplo, sentido este que ultrapassa os limites dos espaços físicos, trazendo uma noção de espaços subjetivos, afetivos, culturais, artísticos, promotores de “territórios existenciais”.

É importante esclarecer que a Atenção Básica tem se mostrado como um lugar privilegiado para a construção de uma nova lógica de acolher a loucura, por estarem seus princípios pautados na integralidade do cuidado, no acolhimento, no compromisso com a comunidade, no estabelecimento de vínculo e na articulação de rede.

De acordo com Silva (2010), a atual política nacional de saúde prevê a inclusão da saúde mental na atenção básica através de serviços que acolham e reconheçam as suas diferenças e limitações, favorecendo, assim, a clínica ampliada. “A partir dessa proposta, busca-se propor estratégias singulares de atenção e cuidado, resgatando vínculos, comprometendo as equipes de saúde, potencializando o cuidado familiar e o acompanhamento ao longo do tempo” (p.17).

De acordo com Merhy (2006), a Atenção Básica deve ser entendida como ponto estratégico de intervenção ao se discutirem as mudanças dos modelos de atendimento. Ressaltando que esse nível de atenção é um lugar de redefinição das práticas, visando a uma mudança de direção de um sistema “hospitalocêntrico” para um “redebasicocêntrico”, [...] “podendo abrir-se, portanto, às mais distintas alternativas de constituição de novos formatos de produção das ações de saúde” (p.199).

O Ministério da Saúde (2006a), de acordo com a Portaria nº 648/ GM de 28 de Abril de 2006, caracteriza a Atenção Básica 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. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (p.12).

No Brasil, atualmente, não há como falar de Atenção Básica sem nos reportarmos à importante dimensão que assumiu a Estratégia Saúde da Família, como uma nova política pública de atenção comunitária, posicionada como organizadora desse nível de atenção, que busca romper com o modelo de saúde hegemônico.

De acordo com Schmidt & Neves (2010) no ideário da proposta da ESF, a família passa a ser, em tese, o núcleo básico do atendimento, “sendo contexto e objeto de ações tanto de assistência, quanto educativas” (p.229). E assim, a ESF destaca-se por conceber o sujeito como um ser integral. Suas práticas de saúde são orientadas com esse foco, concebendo a família como lócus privilegiado de ação. A relação médico-paciente é substituída pela relação usuário-equipe, beneficiando os vínculos com a comunidade e a participação de seus diversos atores, propondo realizar ações de acordo com a demanda da comunidade.

Ainda de acordo com as autoras citadas acima, nessa nova proposta, o agente comunitário de saúde “é a “novidade” na qual são depositadas as esperanças de transposição, no plano prático, de um modelo centrado no conhecimento e na ação médicos e no atendimento individual fundamentado na cura de doenças” (2010, p.229).

[...] o agente comunitário deve ser recrutado no próprio bairro em que irá atuar. O argumento para esse tipo de recrutamento é, justamente, o interesse de trazer para o sistema público de saúde alguém cujos conhecimentos, familiaridade e inserção locais possam produzir uma leitura mais representativa das necessidades das demandas de seu bairro ou de sua comunidade, constituindo-se, ao mesmo tempo, como mobilizador da participação popular nos planos político e educativo. Além dessas tarefas de representação e organização popular, há, por outro lado, a atribuição de funções de vigilância e de controle sanitários, em que o agente comunitário é requerido não mais como representante da população, mas, sim, como porta-voz do sistema de saúde. Idealmente, trata-se de imaginar um profissional capaz de estabelecer pontes e vias de comunicação entre os modos de vida e saberes populares e as formas de cuidado e controle informadas pelos saberes científicos especializados (SCHMIDT & NEVES, 2010, p.229).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2003), aproximadamente 20% da população do país necessitaria de algum cuidado na área de saúde mental. Os transtornos mentais severos e persistentes correspondem a 3% da população e necessitariam de cuidados contínuos; os transtornos menos graves correspondem a

9% da população e demandariam cuidados eventuais; 8% da população apresenta transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, necessitando de atendimento regular. Ainda, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (2001) estimam que 80% dos sujeitos com sofrimento mental encaminhados aos serviços de saúde mental não apresentam, a priori, uma demanda específica que justifique a necessidade de um cuidado especializado, ou seja, esses casos poderiam ser acolhidos pela Atenção Básica.

Figueiredo (2006) exemplifica essas situações com o caso da mulher 'poli-queixosa', que frequentemente aparece nas Unidades Básica de Saúde. A autora ressalta a importância de ser ampliada a escuta nesses serviços, pois, na maioria dessas demandas, é possível observar um vazio existencial que ocorre pela ausência de espaços de convivência, de lazer, de trabalho; pela relação desgastada com o marido; ou, até mesmo, pelo fato da isenção da função materna, devido ao crescimento dos filhos.

Nesses casos, concordamos com Campos & Nascimento (2003) que a prescrição de psicoterápicos e a administração de antidepressivos em longo tempo e de uso contínuo são insuficientes como únicas respostas, sendo preciso mobilizar outros dispositivos de cuidado, disparadores de produção de vida, de fortalecimento da auto-estima e de sociabilidade.

Diante desses apontamentos, é notório que, cotidianamente, as equipes da Atenção Básica se deparam com demandas de saúde mental e, por não saberem como acolher essas situações, acabam utilizando a medicação como único recurso disponível ou realizam encaminhamentos aos serviços especializados sem nenhum tipo de critério. Dessa forma, torna-se necessário refletirmos a respeito de como os serviços de saúde têm se organizado para lidar com essa realidade.

Sendo assim, a inserção da saúde mental nesse nível de atenção:

É estratégia importante para a reorganização da atenção à saúde que se faz urgente em nossa realidade, na medida em que rompe dicotomias tais como saúde/saúde mental, exigindo a produção de práticas dentro do princípio da integralidade. A inclusão das questões de saúde mental na política de implantação do PSF mostra-se como uma efetiva forma de inibir a fragmentação, a parcialização do cuidado, pois há uma proposta de

atuação baseada na integralidade das ações, concebendo o indivíduo de forma sistêmica e elegendo a família como locus privilegiado de intervenção (DIMENSTEIN, et al, 2005, p.26).

Apesar de os princípios norteadores de Atenção Básica e da Saúde Mental caminharem na mesma direção, devemos nos atentar para algumas questões: como os serviços estão lidando com essa nova realidade? As equipes da ESF estão prontas para lidar com a demanda de saúde mental? Como acolher pessoas com essa demanda e como cuidar da saúde em espaços historicamente dominados pelos saberes especializados, alheios às subjetividades?

Efetivar o princípio da integralidade torna-se uma tarefa difícil para profissionais de saúde que estão habituados a enxergar somente a doença e os sintomas, e não a olhar para o sujeito na sua totalidade; profissionais que estabelecem sua relação com o usuário por meio de procedimentos guiados por protocolos e fluxogramas.

É importante ressaltar que os modelos atuais de formação de profissionais de saúde têm apresentado diversas lacunas referentes ao aprendizado do cuidado em saúde mental, gerando deficiência de ordens assistenciais, políticas e de gestão dos serviços. Essa realidade associada à falta de uma educação permanente tem prejudicado o desenvolvimento de ações integrais. Além disso, atender usuários com algum tipo de sofrimento mental é, de fato, um tarefa complexa (BRASIL, 2003).

Esse apontamento indica a necessidade da ampliação das ações de saúde mental na Atenção Primária e, sobretudo, a importância da qualificação das equipes da ESF sobre essa temática, para que se possa construir e realizar práticas transformadoras, capazes de reformular esta lógica instituída:

A lógica dos 'especialismos', ainda muito arraigada à cultura médico-hospitalocêntrica, encontrada entre os técnicos e mesmo entre a população usuária, dificulta a implementação de novas formas de cuidado. Tal lógica pressupõe relações hierarquizadas de saberes e poderes entre os diferentes membros da equipe e desta com os usuários. Isso quer dizer que é preciso pôr em curso alterações na forma de organização dos serviços, pautadas por mudanças nos saberes instituídos que delimitam quem é competente e quem tem autoridade para lidar com a loucura. Tal perspectiva conduz inevitavelmente a uma discussão a respeito do caráter ideológico do mandato social das profissões envolvidas no campo da saúde e da "vaidade" que atravessa o mundo "psi", que sedimenta a saúde mental

como espaço privativo dos profissionais que nele atuam (DIMENSTEIN, *et al*, 2005, p.27)".

Assim, concordamos com Schmidt & Neves (2010), que colocam que as ações da Atenção Básica “dependem do trabalho integrado de diferentes profissionais, incluindo o papel estratégico dos Agentes Comunitários de Saúde” (p.230). Essa interação “requer a elaboração de lugares de poder-saber deslocados ou modificados em relação ao modelo médico-assistencial (...)” (idem.). O trabalho em equipe passa, necessariamente, por novos arranjos de lugares de saber e de poder, exigindo abertura para uma participação intelectual e afetiva na construção de trabalho em equipe.

1.3 ENTENDENDO A LÓGICA DE FUNCIONAMENTO DO APOIO MATRICIAL

O Apoio Matricial (AM) visa oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico a equipes de referências da Atenção Básica (CAMPOS & DOMITT, 2007). Entendemos por retaguarda assistencial, aquela que vai produzir ação clínica com os usuários, e o suporte técnico-pedagógico aquele que vai produzir ação educativa. Assim, a ideia central do AM é compartilhar as situações encontradas no território, numa atitude de corresponsabilização pelos casos, que se realiza através de supervisões clínicas e intervenções conjuntas. Dessa forma, busca-se superar a lógica do encaminhamento/fragmentação, por meio da ampliação da capacidade resolutiva da equipe local.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005, p.34), o AM consiste em:

Um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de Atenção Básica. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação.

O termo Apoio Matricial é composto de dois conceitos: apoio e matricial. O primeiro conceito – apoio - sugere:

Uma maneira para operar-se essa relação horizontal mediante a construção de várias linhas de transversalidade, ou seja, sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos. O termo foi retirado do método Paidéia, que cria a figura do apoiador institucional e sugere que tanto na gestão do trabalho em equipe quanto na clínica, na saúde pública ou nos processos pedagógicos, a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos pode ocorrer de maneira dialógica. No caso, o apoiador procura construir de maneira compartilhada com os outros interlocutores projetos de intervenção, valendo-se tanto de ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo quanto incorporando demandas trazidas pelo outro também em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo (CAMPOS & DOMITTI, 2007, p.402).

Já o conceito matriciamento, carrega vários significados; por um lado, vem derivada do prefixo matrix, sendo compreendido como “lugar onde se gera e se cria”; por outro, “foi utilizado para indicar um conjunto de números que guardam relação entre si quer os analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas transversais” (CAMPOS & DOMITTI, 2007, p.402). Esse termo está relacionado a essa noção, a de sugerir que profissionais da Atenção Básica e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical como proposto no antigo modelo de saúde.

Assim, a utilização dessa ferramenta implica uma mudança no funcionamento e na organização dos serviços de saúde, de modo que procura deslocar o poder dos especialistas, por meio da criação de um espaço de comunicação ativa, com o compartilhamento de conhecimento entre profissionais da Atenção Básica e apoiadores, buscando diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho, decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento, bem como, criar um jeito novo de acolher a loucura.

Em outras palavras, essa interlocução entre diversos campos de conhecimento, acaba provocando um desmanche de hierarquias na configuração organizacional

por intermédio da construção de espaços dialogados que estimulam a atenção compromissada com os sujeitos e a efetivação da clínica ampliada, cuja função, de acordo com Dimenstein (2009), seria “acompanhar movimentos, metamorfoses subjetivas, paisagens que vão se processando cotidianamente na vida, proporcionando um meio criador para encontros e composições. Uma clínica como prática política que tem a ver com afeto e com a fabricação de modos de existência” (p.66).

Dessa forma, podemos dizer que a metodologia do Apoio Matricial nos coloca a repensar a lógica do processo saúde/doença. Haja vista que busca contribuir com a clínica que pensa a doença não como ocupante do espaço principal na vida do sujeito e, sim, como aquilo que faz parte da mesma, sendo esse sujeito capaz de produzir outros arranjos, ou seja, outras normatividades (CANGUILHEM, 1978).

Assim,

Clínica ampliada seria aquela que incorporasse nos seus saberes e incumbências a avaliação de risco, não somente epidemiológico, mas também social e subjetivo do usuário ou grupo em questão. Responsabilizando-se, não somente pelo que a epidemiologia tem definido como necessidades, mas também pelas demandas concretas dos usuários. (ONOCKO, 2001, p.5)

Ainda, com o objetivo de avançar na discussão sobre o matriciamento, recorreremos aos comentários de Figueiredo e Campos (2009), que ressaltam que o AM:

Provoca uma reformulação nos organogramas dos serviços, de forma que as áreas especializadas (outrora verticais) passam a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares de atenção básica. A relação terapêutica, portanto, passaria a ser a linha reguladora do processo de trabalho, no qual as equipes de referência são as responsáveis por realizar o acompanhamento longitudinal do processo saúde/ doença/ intervenção de cada paciente (p.130).

Para Vasconcelos e Morshel (2009), o objetivo principal do Apoio Matricial articula-se ao do analista institucional que busca “fomentar análises sobre a dinâmica de relações, de poderes, de práticas, de significações, de afetos que permeiam o

estabelecimento de saúde, colocando-as a serviço de todas as pessoas aí situadas, conferindo-lhes, assim, meios para pensarem sobre sua função e funcionamento” (p.730).

As autoras ressaltam também que o matriciamento é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. É uma lógica, uma metodologia, por meio da qual se pretende desconstruir a ideia da supervisão, em que uma “cabeça pensante”, sem envolvimento com o espaço-tempo institucional, dispõe de respostas apuradas. Ao contrário, o apoio institucional tem como proposta construir espaços de análise e interferência no cotidiano, potencializando análises coletivas de valores, saberes e fazeres e, desse modo, implementar e mudar práticas.

Para Eduardo Passos (2006), Apoio Matricial,

É uma nova lógica de produção do processo de trabalho em que um profissional atuando em determinado setor oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres, já que ao mesmo tempo o profissional cria pertencimento à sua equipe, setor, mas também funciona como apoio, referência para outras equipes (p.24).

Partindo da premissa que o Apoio Matricial pode ser utilizado com uma ferramenta capaz de promover uma interlocução entre os serviços de Saúde Mental e a Atenção Básica, numa tentativa de organizar os processos de trabalho, de modo a tornar horizontal as especialidades, Campos G.W.S. (1999) ressalta que:

O estilo de governo e a estrutura de poder das organizações condicionam e determinam comportamentos e posturas. Um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, tende a estimular descompromisso e alienação entre a maioria dos trabalhadores. Um processo de trabalho centrado em procedimentos e não na produção de saúde tende a diluir o envolvimento das equipes de saúde com os usuários (p.395).

Na prática, o AM acontece a partir de reuniões, com discussões a respeito dos casos de saúde mental identificados no território pela equipe da Estratégia Saúde da

Família. Em algumas ocasiões específicas, poderão ocorrer intervenções em conjunto (visitas domiciliares, atendimentos, entre outros) para melhor “resolutividade” do caso. Dessa forma, pretende-se qualificar as equipes da ESF para uma atenção ampliada, que contemple a totalidade da vida dos sujeitos, bem como a distinção dos casos que podem ser acolhidos nas Unidades de Saúde da Família (USF) e/ou pelos recursos sociais existentes na comunidade, das reais situações que necessitam de um cuidado especializado em saúde mental.

O Ministério da Saúde (2003) propõe que as ações do Apoio Matricial sejam realizadas pelos CAPS ou por outros equipamentos de Saúde Mental. Esses profissionais que compõem esses serviços devem organizar os encontros de matriciamento com as equipes da Estratégia Saúde da Família, bem como estabelecer formas de contatos para as intercorrências. Os municípios nos quais não há serviços de Saúde Mental se propõem à criação de uma equipe de Apoio para realizar o matriciamento. Outra possibilidade ainda é o planejamento da expansão do número de CAPS, a fim de garantir o AM a todas as equipes da Atenção Básica.

Nessa metodologia de trabalho, não podemos ignorar o saber do Agente Comunitário de Saúde. Como já dito anteriormente, esse profissional se torna uma espécie de “ponte”, por ser o elo integrador entre a comunidade e a USF, sendo um elemento importante na composição da rede de cuidados de saúde mental. É ele que tem uma convivência mais direta com os usuários. Ao realizar a visita domiciliar, ouve suas queixas e angústia, presencia conflitos, atuando como porta-voz dessas famílias com os diversos equipamentos de saúde. Por meio das suas atribuições, o ACS tem a possibilidade de fortalecer o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde. Como sabemos, a construção de um bom vínculo pode influenciar na implicação do usuário em seu tratamento, como também da sua família e, ainda, da própria equipe da Estratégia Saúde da Família. Assim sendo, o reconhecimento do ACS como elemento essencial da ESF é indispensável para que a função do Apoio Matricial realmente se efetive.

2 CONHECENDO A PAISAGEM: UM POUCO SOBRE CARIACICA

Disfarça, tem gente olhando.
 Uns olham para o alto,
 cometas, luas, galáxias.
 Outros, olham de banda,
 lunetas, luares, sintaxes.
 De frente ou de lado,
 sempre tem gente olhando,
 olhando ou sendo olhado.

Outros olham para baixo,
 procurando algum vestígio
 do tempo que a gente acha,
 em busca do espaço perdido.
 Raros olham para dentro,
 já que dentro não tem nada.
 Apenas um peso imenso,
 a alma, esse conto de fada.

Paulo Leminski (2000)

Cariacica é um município da região central do estado do Espírito Santo, faz parte da Grande Vitória. Sua localização fica a 15 km da capital do Estado. Em população é o terceiro município do Estado, com aproximadamente 365.859 habitantes, segundo estimativas do IBGE para o ano de 2009. É um dos maiores municípios da Grande Vitória e do Estado, com uma área territorial de 279,98 km², deste total, 151 km² correspondem à área rural, 124,05 km² à área urbana e 4,92 km² à área de limites costeiros, estabelece limites com os municípios de Santa Leopoldina, Viana, Vila Velha, Serra, Vitória e Domingos Martins. Apesar de ocupar a quinta posição entre as maiores receitas do Espírito Santo, o município possui a menor receita per capita do Estado, devido a seu número de habitantes.

Uma cidade que apresenta característica rural, com uma economia bem diversificada, com destaque no setor de comércio e serviços, que são responsáveis por quase 70% do total do valor agregado de todas as atividades econômicas. Abriga uma das áreas comerciais de grande valor econômico para o estado, o bairro Campo Grande, pois possui um grande potencial para a atração de investimentos.

Ao longo dos anos, as questões políticas do município foram palco de violência e desmandos administrativos, tornando tumultuada e complexa a situação do município. Essa situação resultou em décadas de não investimento em serviços públicos, esses fatos mantiveram a cidade à margem dos outros municípios vizinhos,

além de gerar uma cultura na população da Grande Vitória de que os moradores de Cariacica seriam pessoas com baixo poder aquisitivo e sem “valores”.

O interessante nessa história é perceber que os próprios munícipes, em alguns momentos, também se sentiam inferiorizados. Recordo-me de estar na reinauguração do Pronto Atendimento Itacibá (PA), momento em que o Prefeito de Cariacica, em seu discurso, relatou que os moradores do município, até pouco tempo atrás, tinham vergonha de falar que residiam em Cariacica. O mesmo exemplificou essa situação, relatando que vários munícipes compravam os seus carros e emplacavam em municípios próximos, para que os outros não os identificassem como moradores de Cariacica.

Outro dado interessante, que confirma esse estigma, diz respeito ao significado do nome do município. Segundo o dito popular, Cariacica é um nome de origem indígena Tupi-Guarani, que significa “bosta seca”. Na verdade, o Município foi originalmente ocupado por índios goitacazes. Os jesuítas foram os primeiros brancos a se fixarem na região. Em 1890, o município foi desmembrado da cidade de Vitória, recebendo o nome de Cariacica. O nome Cariacica provém da palavra cariajacica, de origem tupi, que significa “chegada do branco”. Cariajacica era o nome de um rio descoberto pelos indígenas que descia do monte Moxuara. Os índios que habitavam essa região utilizavam o termo “bosta seca” para se referirem aos homens brancos que ali se instalaram (SOUZA, 2005).

Não podemos também deixar de ressaltar que Cariacica, durante um bom tempo, serviu como um depósito de serviços Estaduais e tinha como principal função a exclusão dos indivíduos não adaptáveis à ordem social, essa situação ocorria, pois, no passado, a localização do município era considerada distante dos grandes centros urbanos da Grande Vitória. Assim, Cariacica abrigou em seu território, até o ano de 2011, o único Hospital Psiquiátrico de rede pública existente no Espírito Santo, conhecido com Hospital Aduino Botelho (HAB). Atualmente, ainda existem no seu território diversos serviços vinculados à Secretaria de Justiça, tais como: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), Penitenciária Estadual Feminina (PEF), Penitenciária Feminina de Cariacica (PFC), Penitenciária Feminina Semiaberta Cariacica (PFSC) e o Instituto de Atendimento Sócio-Educativo do Espírito Santo (IASSES).

Apesar de todas essas questões citadas acima e das inúmeras dificuldades vivenciadas pelos serviços, tais como: infraestrutura inadequada; escassez de material de consumo; vínculo empregatício precário, dentre outras, é notório que os serviços existentes no município têm se esforçado para prestar uma assistência de qualidade. Atribuo esse fato à “garra” dos profissionais que ali trabalham. Sinto-me à vontade para falar sobre isso, pois tenho uma história de vida profissional de oito anos neste município. Nesse meu percurso, surgiram vários encontros com diversos profissionais de categorias e áreas diferentes. Em quase todos esses encontros, ficaram claras a disponibilidade e a vontade de “fazer acontecer” desses profissionais.

Como já dito anteriormente, o município vem de um processo histórico de descompromisso dos governos anteriores na formulação e execução de políticas públicas. Esse cenário culminou no sucateamento dos equipamentos públicos de saúde, além de reforçar a prevalência do modelo tecnoassistencial hegemônico, baseado no atendimento individual, centrado no médico, ou seja, a organização dos serviços de saúde, nas décadas anteriores, foi marcada pelas práticas clientelistas, em que o usuário era encarado como mero depositário de problemas de saúde.

As dificuldades herdadas e acumuladas ao longo do tempo são muitas:

- Infraestrutura das UBS - completamente inadequada para seu funcionamento;
- Precarização do vínculo empregatício dos trabalhadores de saúde;
- Baixos salários para o conjunto dos trabalhadores do setor saúde;
- Desabastecimento de insumos (medicamentos, imunobiológicos, material médico e de enfermagem, administrativo etc.);
- Falta de manutenção dos equipamentos;
- Falta de qualificação dos trabalhadores para atenção à saúde nos vários tipos de serviços.

Até 1996, o município possuía 16 unidades estaduais de saúde e 08 municipais. Com a Municipalidade, ocorrida em 1997, as unidades estaduais passaram a pertencer ao município. Algumas, por sua precariedade ou pouca demanda, foram desativadas.

De acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), Cariacica possui atualmente 137 estabelecimentos de saúde. Desses, cerca de 63% são privados, 33% municipais e 4% estaduais. Do total, 80% são clínicas especializadas, unidades básicas ou consultórios isolados, sendo que o município possui ao todo quatro hospitais e cinco policlínicas.

No que se refere à rede pública de saúde, o município possui em seu território 32 UBS, 02 são Pronto Atendimentos (PA), sendo 01 infantil. O único hospital público do município é a Maternidade de Cariacica que realiza atendimento tanto das gestantes residentes em Cariacica, quanto de municípios vizinhos. Além desses serviços, existe, em seu território, 01 Centro de Referência em DST/AIDS, 01 Centro de Controle de Zoonoses e 02 Farmácias Populares.

O município também conta com uma Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada como condição de gestão do Sistema Único de Saúde e, em 2009, aderiu ao Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde, sendo responsável por realizar o controle da tuberculose, hipertensão e diabetes mellitus, a eliminação da hanseníase, ações de saúde bucal, de saúde da criança e de saúde da mulher.

A atual gestão municipal tem como proposta a implantação de um projeto político que ofereça ao município um novo perfil de governo, baseado nos princípios de participação popular, democratizando os espaços públicos de gestão e atenção. No campo da saúde, a equipe de gestão tem como horizonte a construção da atenção à saúde integral, humanizada e de qualidade, com ênfase na implantação e ampliação da Estratégia Saúde da Família.

Dessa forma, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) tem buscado planejar as ações, conciliando as especificidades do trabalho com a necessidade de promover mudanças no quadro de saúde da população. Na organização dos processos de trabalho, tem sido priorizado a implementação de ações que visem à efetivação do SUS, como a Política de Acolhimento, Política Nacional de Humanização (PNH),

bem como a integração entre as áreas técnicas da SEMUS (principalmente Estratégia Saúde da Família) e a articulação com movimentos sociais.

2.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Com o objetivo de reorganizar a prática da atenção à saúde no seu território, e de promover a substituição do modelo tradicional, o município de Cariacica implantou, no ano de 2002, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Suas ações visam levar saúde para mais perto da família e elevar a qualidade de vida da população, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua.

Das 32 Unidades Básicas de Saúde existentes no seu território, algumas ainda prestam assistência dentro do modelo tradicional e outras funcionam com Unidades de Saúde da Família (USF): sete USF, uma Unidade de Saúde com Programa Saúde Bucal (PSB) e dez Unidades de Saúde com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Distribuídas nessas USF, o município conta com quinze equipes de ESF, uma equipe de PSB e dezesseis equipes de PACS, totalizando trinta e uma equipes, composta por trezentos e três profissionais, que são responsáveis por 23,75% de área de cobertura de PACS e 19,60% de ESF (Tabela 1).

De acordo com o Relatório de Gestão de 2010, o número da população atendida pelo PACS/PSF nas áreas de cobertura foi de 151.940 mil habitantes, sendo 73.665 pessoas do sexo masculino e 78.275 pessoas do sexo feminino, totalizando 42.829 famílias, que receberam algum tipo de assistência: consultas domiciliares, atendimentos nas USF, eventos comunitários, trabalhos de grupos, campanhas educativas, dentre outras ações.

Cada Equipe de Saúde da Família acompanha de 2.400 a 4.500 pessoas. Os Agentes Comunitários de Saúde são responsáveis pelo acompanhamento de uma microárea onde residem de 400 a 750 pessoas. Vale destacar que esses valores

oscilam dentro dos limites estabelecidos pelo Ministério da Saúde e sua definição depende de características do território onde a USF está implantada.

Tabela 1: Relação de UBS, com o número de equipe e modalidade de atenção implantada. Cariacica, 2009.

UBS	Nº. DE EQUIPES	MODALIDADES
Santa Luzia	01	PACS
Vila Graúna	01	PACS
Sotelândia	01	PACS
Itapemirim	01	PACS
Oriente	01	PACS
Operário	01	PACS
Jardim Botânico	01	PACS
Novo Brasil	01	PACS
Bela Vista	01	PACS
Mucuri	01	PACS
Padre Gabriel	02	ESF / PSB
Jardim Campo Grande	01	ESF
Nova Rosa da Penha II	02	ESF
Campo Verde	03	ESF
Cariacica Sede	02	ESF
Porto de Santana	03	ESF
Nova Canaã	02	ESF

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica

As equipes de PACS/ESF, atualmente, estão compostas pelos seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, auxiliares de odontologia, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde, dentre outros (Tabela 2).

O regime utilizado para a admissão desses profissionais é de Contratação Temporária, com jornada de trabalho de 40 horas semanais. Devido à precariedade do vínculo empregatício, observamos uma alta rotatividade de profissionais,

principalmente em relação à categoria médica e de agente de saúde, decorrente, principalmente, da carga horária e questão salarial.

Tal fato é uma das principais dificuldades encontradas para a realização de um trabalho com boa qualidade, bem como: dificuldade na oferta do profissional médico e no seu cumprimento da carga horária; demandas surgidas das áreas onde não há cobertura do programa; número insuficiente de profissionais de serviço social; agendamento de especialidades.

Tabela 2 - Nº. de profissionais por categoria

CARGO	Nº.
Coordenador de Programa	01
Médico	12
Enfermeiro	32
Técnico de Enfermagem	14
Assistente Social	03
Odontólogo	01
Auxiliar de Consultório Dentário	01
Agente Comunitário de Saúde	230
Auxiliar Administrativo	04
Auxiliar de Serviços Gerais	01
Recepcionista	04
Motorista	01

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica

No que se refere às ações desenvolvidas por essas equipes, podemos destacar as atividades que estão relacionadas às seguintes temáticas: Saúde da Criança, Saúde da Mulher (Pré-Natal, Planejamento Familiar), Controle da Hipertensão Arterial, Controle da Diabete Melittus, Controle da Tuberculose, Controle da Hanseníase e Saúde Bucal.

No que diz respeito à ampliação dos serviços, de acordo com o Plano de Saúde Municipal, a meta proposta é de chegar a 2013 com 60% de cobertura de ESF. Em

um primeiro momento, se propõe converter as dezesseis equipes de PACS que estão instaladas em UBS em ESF e expandir o PACS para as outras UBS onde não há o programa, visando à cobertura de 100%.

2.2 A REDE DE CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL

O programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica está alicerçado nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira e tem seus eixos baseados na Assistência, Inserção Social e Controle Social.

Seu objetivo é tratar, integralmente, os munícipes com sofrimento mental em serviços abertos, substitutivos ao hospital psiquiátrico, dentro do princípio de territorialidade, resguardando a descentralização do atendimento, garantindo o acesso e construindo uma abordagem intersetorial.

No que se refere à rede de serviços de saúde mental existentes no município, Cariacica apresenta uma complexidade própria, pois possui em seu território serviços que são de gestão municipal e outros que são de gestão estadual. Sob gestão municipal existem três ambulatórios de Saúde Mental que funcionam nas Unidades Básicas de Saúde. Sob gestão estadual, existem dois CAPS II - Cidade⁷ e Moxuara, sete Residências Terapêuticas (RT) e um Hospital Estadual de Atenção Clínica⁸ (HEAC), sendo que este último é referência para toda a Grande Vitória em Urgência e Emergência de Psiquiatria.

Como já dito anteriormente, essa realidade se faz presente, pois apesar do município atualmente compor a região da Grande Vitória, nas décadas passadas,

⁷ O CAPS Cidade é um serviço de gestão estadual, que já estava em funcionamento no município de Vitória-ES, sendo transferido para Cariacica em 2007, com a inauguração do Centro de Referência de Especialidade (CRE) Metropolitano.

⁸ O HEAC é um hospital de Atenção Clínica e Psiquiátrica. A Unidade de Atenção Clínica é voltada para pacientes crônicos que precisam de cuidados especiais e disponibiliza 40 leitos de retaguarda para os demais hospitais da rede. Na atenção psiquiátrica, são ofertados 50 leitos de curta permanência, 13 leitos de urgência.

sua localização era considerada afastada dos grandes centros metropolitanos, principalmente da capital, enquadrando-se no perfil das propostas iniciais dos serviços de saúde mental, que tinham como objetivo manter longe e isolado da sociedade o “louco”.

No que se refere aos dois CAPS situados no território do município, esses oferecem à população acolhimento a toda demanda, bem como, atendimento psicológico e psiquiátrico, oficinas terapêuticas, grupos de geração de renda, permanência-dia e projetos de inserção social do usuário na comunidade. O perfil dos usuários é constituído por psicóticos, neuróticos graves e egressos de hospitais psiquiátricos, todos adultos. Como esses CAPS são serviços de gestão Estadual, existe uma população de usuários que não é moradora de Cariacica. As equipes vêm tentando referenciar esses usuários para os serviços de saúde mental de referência do seu território, no entanto, esse trabalho requer um “cuidado” devido ao vínculo existente entre os CAPS e seus usuários.

Em relação ao HEAC, cabe ressaltar que, até o início de 2010, esse era um Hospital Psiquiátrico, conhecido por Hospital Aduato Botelho (HAB), o maior hospital público do Estado, que abrigava uma população constituída por cerca de 80% de usuários moradores e/ ou de longa permanência. Em 2004, com a implantação de duas Residências Terapêuticas e, em 2006, com a inauguração de mais três, todas essas localizadas em Cariacica e sob gestão Estadual, houve uma redução desse número, com a distribuição de alguns morados para as casas, ficando ainda uma população de aproximadamente setenta moradores no Hospital. Diante dessa realidade, no início do ano de 2012, a Secretaria Estadual de Saúde, contratou uma OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público) para implantar e administrar mais dez RT, visando acabar com os morados ainda existentes no HEAC e inseri-los na sociedade. Duas dessas foram implantadas em Cariacica.

Nesse cenário, os CAPS são dispositivos de maior complexidade. Responsáveis pelo acompanhamento dos casos de maior vulnerabilidade social, casos com comprometimento importante da autonomia e com pouca possibilidade de adesão ao tratamento ambulatorial.

As Equipes de Saúde Mental dos Ambulatórios, que estão situadas nas UBS de Jardim América, Bela Aurora, Cariacica Sede são referências no acompanhamento de usuários com sofrimento mental leve e que estejam, clinicamente, em condições de ser atendidos na UBS.

No que diz respeito ao fluxograma de atendimento das equipes ambulatoriais, todo usuário que chega, passa pelo acolhimento. Esse procedimento é a porta de entrada para o Programa de Saúde Mental (PSM). Seu objetivo é a intervenção resolutiva e a humanização do atendimento, por meio da escuta qualificada, buscando estabelecer o vínculo inicial entre o serviço e o usuário.

Durante o acolhimento, se for identificado que o usuário apresenta uma demanda de saúde mental, com perfil para tratamento ambulatorial, esse já é inserido no PSM. As equipes ambulatoriais desenvolvem as seguintes ações: atendimento individual (Clínico Geral, Psiquiatria, Terapia Ocupacional, Psicologia e Serviço Social), terapia de grupo, oficinas terapêuticas e de geração de renda, orientação familiar, assistência farmacêutica e visita domiciliar.

Se no ato do acolhimento for verificada a necessidade de uma atenção diária, devido à complexidade do caso, o usuário será encaminhado ao CAPS de referência do seu território. Em situações que não forem identificadas demandas de saúde mental, o usuário será encaminhado para o serviço que melhor irá atender suas necessidades.

O PSM também conta com uma Equipe Volante composta por um médico e uma assistente social que atende aos munícipes que, por motivos justificados, estão impossibilitados de comparecer à UBS de referência. Tal equipe realiza o primeiro contato para possibilitar o vínculo com a rede de cuidados.

3 OLHANDO COM ESPINOSA

Contranarciso
 em mim
 eu vejo o outro
 e outro
 e outro
 enfim dezenas
 trens passando
 vagões cheios de gente
 centenas
 o outro
 que há em mim
 é você
 você
 e você
 assim como
 eu estou em você
 eu estou nele
 em nós
 e só quando
 estamos em nós
 estamos em paz
 mesmo que estejamos a sós

Paulo Leminski (1985).

Como já dito anteriormente, para acompanhar-nos nessa cartografia, elegemos como referencial teórico as contribuições de Espinosa. Desta forma, neste capítulo, iremos contextualizar o leitor a respeito de alguns conceitos e ideias apresentadas por esse filósofo.

Baruch de Espinosa tornou-se um dos maiores pensadores racionalistas do século XVII, no interior da Filosofia Moderna. Nasceu em 1632, na cidade de Amsterdã, na Holanda. Gerado no âmbito de uma família de judeus, de origem portuguesa, filho de comerciante. Espinosa, com sua extraordinária inteligência, mergulhou fundo no estudo da Bíblia e das tradições judaicas. À medida que se aprofundava nas leituras e discussões com outros filósofos, foi construindo sua própria visão de mundo, o que provocou um conflito entre seu pensamento e os dogmas do judaísmo. O jovem filósofo tornou-se um incômodo e uma ameaça à comunidade judaica. Em 1654, com a morte de seu pai, a situação de Espinosa na comunidade ficou tão complicada que um fanático tentou esfaqueá-lo. Espinosa saiu ileso, mas, logo em seguida, em 27 de julho de 1656, aos 24 anos, foi excomungado da Sinagoga Portuguesa de Amsterdã por ateísmo (ANDRADE, 2007).

Os rabinos da comunidade judia de Amsterdã se reuniram em assembleia e, enquanto uma trompa se pôs a arrastar uma nota agônica, começou a ser lida a sentença de excomunhão do pensador: "Com o julgamento dos anjos e a sentença dos santos, anatematizamos, execramos, amaldiçoamos e expulsamos Baruch de Espinosa, estando de acordo toda a sagrada comunidade, reunida diante dos livros sagrados".

As luzes iam-se apagando, uma a uma, simbolizando Deus que se afastava, e todas as maldições do Antigo Testamento foram recaindo sobre ele, com o peso milenar das profecias: "Que ele seja execrado durante o dia e execrado à noite; seja execrado ao deitar-se e execrado ao levantar-se; execrado ao sair e execrado ao entrar. Que o Senhor nunca mais o perdoe ou o aceite; que a ira e o desfavor do Senhor, de agora em diante, recaiam sobre esse homem, carreguem-no com todas as maldições escritas no Livro do Senhor e apaguem seu nome de sob o firmamento".

E a todos os judeus foi ordenado que se afastassem de Espinosa: "Por meio deste documento ficai, portanto, avisados de que ninguém poderá manter conversação com ele pela palavra oral, ter comunicação com ele por escrito; de que ninguém poderá prestar-lhe nenhum serviço, habitar sob o mesmo teto que ele, aproximar-se dele a uma distância de menos de quatro cúbitos e de que ninguém possa ler qualquer papel ditado por ele ou escrito por sua mão". A trompa se calou e a última luz foi apagada – a escuridão selou a maldição de Baruch de Espinosa (CHAUÍ, 2012).

De acordo com Chauí (1995), a expulsão de Espinosa ocorreu, pois sua filosofia colocava que: 1) "Deus e a natureza são uma substância só" (p.9); 2) "Deus não é um super-homem, não possui características antropomórficas" (idem.); 3) "O homem é livre" (p.10), não por ter livre arbítrio para escolher entre as alternativas possíveis, mas por ser uma parte da Natureza Divina, capaz de pensar e agir por si mesmo; 4) "A verdadeira religião é uma relação espiritual entre a consciência individual e a divindade" (idem.); 5) O poder político nasce espontaneamente da decisão coletiva de uma massa reunida, e "que esse poder é civil, não devendo jamais subordinar-se ao poderio religioso - teológico" (idem.); 6) Teologia, política e filosofia diferem entre si, e a "teologia é a ausência do saber verdadeiro que pretende conseguir a obediência e a submissão a dogmas indemostráveis, sendo por isso mesmo um poder tirânico e não um conhecimento" (idem). Assim, com o pensamento de que Deus e a Natureza são uma coisa só e a mesma coisa, e a ideia de que o homem toma parte da Natureza divina e, por isso, é livre, Espinosa contraria os saberes e poderes instituídos de sua época, tornando-se insustentável sua permanência na comunidade judaica.

Após ser excomungado, abandona os negócios do pai e passa a viver em uma aldeia perto de Amsterdã, onde começa a trabalhar como polidor de lentes,

tornando-se, então, um filósofo-artesão. Isolado da comunidade judaica, mantinha um vida modesta e sóbria. Em 1677, foi convidado para ser professor da Universidade de Heidelberg, na Alemanha, porém recusou o cargo, pois preferiu a independência para escrever suas obras. Em 1677, aos 44 anos, Espinosa morreu vítima de tuberculose, deixando uma brilhante obra de considerável importância (ANDRADE, 2007).

Para Espinosa, a essência das coisas está na existência delas. Diferente da visão cartesiana de Descartes⁹, que acreditava em duas substâncias diferentes, a do corpo e a da mente. Na concepção espinosiana, todas as coisas são constituídas por uma só substância e tomam formas diferentes em seus modos de existência (CARVALHO & MARTINS, 2004). Nesse pensamento, não existe binarismo entre corpo e alma, vivemos de corpo e alma, no mais adequado equilíbrio entre as duas partes: por conseguinte, não existe um dado evento que venha a afetar apenas a alma ou o corpo: um encontro entre corpos produz uma impressão no seu corpo e na sua alma simultaneamente. Não havendo uma relação hierárquica entre o corpo e a alma, nem um predomínio do corpo sobre a alma, nem da alma sobre o corpo.

Mas, afinal, de que corpo estamos falando? Com base no pensamento de Espinosa, Deleuze (2002) aponta duas maneiras simultâneas para definir um corpo. Na primeira definição, “um corpo, por menor que seja sempre comporta uma infinidade de partículas: são as relações de repouso e movimento, de velocidade e de lentidões entre partículas que definem um corpo, a individualidade de um corpo” (p.128). A segunda definição se refere ao poder de afetar e ser afetado de um corpo: “um corpo afeta os outros corpos, ou é afetado por outros corpos: é este poder de afetar e ser afetado que também define a individualidade de um corpo” (Idem.).

⁹ René Descartes é conhecido como "o pai da filosofia moderna". Descartes tentou direcionar o estudo da filosofia para uma nova direção, recusando-se a aceitar os pensamentos que predominavam na época. Suas contribuições foram um marco histórico do dualismo, no século XVII, onde introduz um novo paradigma na ciência, criando a dualidade corpo-alma. Corpo e alma seriam substâncias diferentes, uma extensa, outra pensante.

Assim, o corpo se define por meio da composição complexa de movimentos e repouso, de velocidades e lentidões, que forma uma individualidade. Individualidade essa que se define por um certo poder de afetar e ser afetada. Nessa lógica, o corpo não se define por forma ou por funções. Os desenvolvimentos da forma global e das funções orgânicas estão vinculados às relações de velocidade e de lentidão. “O importante é conceber a vida, cada individualidade de vida, não como um forma, ou o desenvolvimento de uma forma, mas como uma relação complexa entre velocidades diferenciais, entre abrandamento e aceleração de partículas” (Deleuze, 2002, p. 128).

Deleuze, ainda através do pensamento de Espinosa, ressalta que um corpo é definido pelos afetos de que ele é capaz.

Em suma: se somos espinosistas, não definiremos algo nem por sua forma, nem por seus órgãos e suas funções, nem como substância ou como sujeito. Tomando emprestados termos da Idade Média, ou então da geografia, nós o definiremos por longitude e latitude. Um corpo pode ser qualquer coisa, pode ser um animal, pode ser um corpo sonoro, pode ser uma alma ou uma ideia, pode ser um corpus linguístico, pode ser um corpo social, uma coletividade. Entendemos por longitude de um corpo qualquer conjunto das relações de velocidade e de lentidão, de repouso e de movimento, entre partículas que o compõem desse ponto de vista, isto é, entre elementos não formados. Entendemos por latitude o conjunto dos afetos que preenchem um corpo a cada momento, isto é, os estados intensivos de uma força anônima (força de existir, poder de ser afetado). Estabelecemos assim a cartografia de um corpo. O conjunto das longitudes e das latitudes constitui a Natureza, o plano de imanência ou de consistência, sempre variável, e que não cessa de ser remanejado, composto, recomposto, pelos indivíduos e pelas coletividades (DELEUZE, 2002, p. 132).

Também inspirada em Espinosa, Chauí, em seu livro *Espinosa uma filosofia da liberdade*, afirma que o corpo é relacional, sendo constituído por relações internas entre seus órgãos, por relações externas com outros corpos e por afecções, isto é, pela capacidade de afetar outros corpos e ser por eles afetado sem se destruir, regenerando-se com eles e os regenerando.

O corpo humano... é uma unidade estruturada: não é um agregado de partes, mas unidade de conjunto e equilíbrio de ações internas interligadas de órgãos, portanto, é um *indivíduo*. Sobretudo, é um indivíduo dinâmico, pois o equilíbrio interno é obtido por mudanças internas contínuas e por

relações externas contínuas, formando um sistema de ações e reações centrípeta e centrífuga, de sorte que, por essência, o corpo é relacional: é constituído por relações internas entre seus órgãos, por relações externas com outros corpos e por afecções, isto é, pela capacidade de afetar outros corpos e ser por eles afetado sem se destruir, regenerando-se com eles e os regenerando. O corpo, sistema complexo de movimentos internos e externos, pressupõe e põe a intercorporeidade como originária (CHAUÍ, 1995, p.54).

Nesse contexto, entendemos por afecções a ação que um corpo sofre de outro corpo, ou seja, elas são entendidas como o efeito que a ação de um corpo produz sobre outro. Essa ação ocorre através das misturas dos corpos, que implica sempre em um contato, em um encontro, não podendo se dar à distância. Assim, as afecções seriam, portanto, a forma de conhecer o efeito de um corpo sobre o outro.

Os corpos ao serem afetados por forças provenientes de um encontro sofrem incidência das afecções ativas, quando provenientes das ações do próprio corpo sobre os outros corpos, e por afecção passiva quando provenientes da ação de outros corpos.

Segundo Deleuze (2002), teríamos duas espécies de afecções: uma intitulada ações “que se explicam pela natureza do indivíduo afetado e derivam da sua essência” (p.33), e outra intitulada paixões “que se explicam por outras coisas e derivam do exterior” (idem.), ou seja, da influência do exterior sobre o corpo afetado. As paixões podem ser tristes ou alegres e estão relacionadas à potência de agir. Nas paixões tristes, nossa potência de agir é diminuída. Nas paixões alegres, nossa potência de agir é ampliada. “Sentimos alegria quando um corpo se encontra com o nosso e com ele se compõe, quando uma ideia se encontra com a nossa alma e com ela se compõe; inversamente, sentimos tristeza quando um corpo ou ideia ameaçam nossa própria existência” (idem.). O autor ainda ressalta que o indivíduo é, antes de mais nada, um grau de potência. Esse grau de potência corresponde a um certo poder de afetar e ser afetado.

Então somos um grau de potência, definido por nosso poder de afetar e de ser afetado, e não sabemos o quanto podemos afetar e ser afetados, é sempre uma questão de experimentação. Não sabemos ainda o que pode o corpo, diz Espinosa. Vamos aprendendo a selecionar o que convém com o nosso corpo, o que não convém, o que com ele se compõe, o que tende a decompô-lo, o que aumenta sua força de existir, o que a diminui, o que

aumenta sua potência de agir, o que a diminui, e, por conseguinte, o que resulta em alegria, ou tristeza. Vamos aprendendo a selecionar nossos encontros, e a compor, é uma grande arte (PELBART, 2012, p.01).

Assim, podemos dizer que o corpo é feito de relações, de misturas, e que, dependendo de como essas relações ocorrem, pode constituir um ser ativo, potente, alegre ou triste. Considerando que são nos encontros entre os corpos que acontecem as misturas e as afecções. Torna-se importante pensarmos o papel desses encontros, visto que é através do agenciamento com outras forças que se torna possível a criação de novas formas de expressão e de possibilidades de vida. As afecções e os afetos que percorrem os encontros reforçam sua potência, tornando-os capazes de trilhar novos caminhos, de produzir desvios de rotas pré estabelecidas, que não tenham gerado bons encontros.

Nessa concepção, consideramos um bom encontro aquele em que existe uma boa relação entre dois corpos. Aquele em que há uma mistura com o outro corpo, em que existe uma composição. Um corpo combina com o outro. Um encontro que produz aumento de potência de agir, alegria. Já o mau encontro é quando dois corpos se relacionam, entretanto, um dos corpos decompõe o outro, ou seja, um corpo não combina com o outro, são incompatíveis naquela circunstância. Um encontro que produz diminuição de potência de agir, tristeza.

De acordo com Espinosa, não existe bem e mal, o que existe é o bom e o mau. O bom está relacionado aos bons encontros e o mau está atrelado aos maus encontros. Deleuze, sobre a existência de bons e maus encontros como sinônimos daqueles que aumentam ou diminuem a nossa potência de existir, coloca que:

O bom e o mau encontro são duplamente relativos, e exprimem-se um em relação ao outro, e ambos em relação a um modo existente. São os dois sentidos da variação da potência de agir: a diminuição desta potência (tristeza) é má, seu aumento (alegria) é bom. [...] Como a potência de agir é o que abre o poder de ser afetado ao maior número de coisas, é bom “aquilo que dispõe o corpo de tal maneira que possa ser afetado pelo maior número de modos”. [...] em todos os sentidos, o bom é o útil, o mau é o nocivo. Mas o importante é a originalidade dessa concepção espinosista do útil e do nocivo (DELEUZE, 2002, p.60).

Assim, podemos dizer que ao longo de nossas vidas ocorrem diversos encontros e misturas com outros corpos. Tais encontros produzem afetamentos que podem ampliar ou diminuir a nossa capacidade de agir. Se nesses encontros as misturas dos corpos são compatíveis, ou seja, pautados em afetos que ampliem a nossa capacidade de agir, adquirimos uma potência intrínseca, tal como ocorre no caso da alegria. Numa situação oposta, em que a mistura dos corpos são incompatíveis, sofreremos uma diminuição de nossa potência. Esses encontros motivam o surgimento de afetos tristes, em que ocorre o enfraquecimento da nossa capacidade de agir.

Assim, vamo-nos fazendo e refazendo durante esses encontros que ora potencializam e ora enfraquecem a nossa vida, através das afecções sofridas que produzem efeitos diversos. Efeitos que podem ser considerados ruins ou benéficos. Não há como prever a maneira de como cada corpo irá reagir ao afetamento produzido a partir desses encontros.

Efeitos esses que nos colocariam diante da micropolítica, compreendida aqui como capaz de criar novos agenciamentos para estabelecer linhas de fuga e poder gerar o “novo”. Nesse sentido, a vida que está encapsulada e fixada no plano de organização, com uma identidade preestabelecida, “é liberada através dos afetamentos promovidos nos encontros, conectando-se com o diferente, com o estranho, para exercer sua potencialidade transformadora, seu devir” (CAMPOS, A.P., 2007, p.48).

Sendo assim, considerando que os encontros se dão entre os corpos e que neles ocorrem ações de um corpo sobre outro, naquilo que Espinosa chamou de afecção, pretendemos conhecer o que esses afetamentos produziram e potencializaram. Seus efeitos estão produzindo ‘novos’ agenciamentos? Esses agenciamentos são capazes de criar linhas de fuga para poderem gerar o ‘novo’?

É isso o que nos interessa nessa forma de pensar: qual é o poder de ser afetado de um corpo? Qual a capacidade de afetar outros corpos e ser afetado sem se destruir, regenerando-se com eles e os regenerando? Como esses encontros de matriciamento são capazes de alterar o grau de nossas potências de agir e pensar

sobre a loucura? Esses afetamentos têm potencializado a rede de cuidados de saúde mental e o processo de desinstitucionalização?

Na tentativa de responder a essas questões, realizamos uma cartografia desses encontros de matriciamento. Presenciamos movimentos que provocaram efeitos diversos, capazes de promover rupturas de sentidos e, conseqüentemente, disparar novos devires. É essa paisagem, desenhada pelos encontros de matriciamento, que buscamos cartografar, através do olhar espinosista.

4 MERGULHANDO NA PAISAGEM: CARTOGRAFANDO OS ENCONTROS DE MATRICIAMENTO

Nunca cometo o mesmo erro
duas vezes
já cometo duas três
quatro cinco seis
até esse erro aprender
que só o erro tem vez

Paulo Leminski (2000)

Neste capítulo, iremos cartografar o cotidiano dos encontros de matriciamento, bem como acompanhar e analisar seus efeitos e contribuições na rede de cuidados e no processo de desinstitucionalização da loucura. Iremos privilegiar os afetos que percorrem esses encontros sob a ótica da filosofia de Espinosa. Para tanto, optamos por utilizar a cartografia como uma postura ética do pesquisador, na medida em que se busca mostrar o que é visível tão somente ao sensível.

Assim, utilizamos a cartografia proposta por Deleuze e Guattari (1995), que vai atrás de novos encontros, buscando ponderá-los, pensar sobre eles, sentir suas afecções, caminhando e produzindo pensamentos guiados pelos sentidos do cartógrafo.

Aqui a processualidade interessa muito mais do que o produto final. O pesquisador se envolve junto à paisagem estudada, desloca-se de sua inscrição original, enquanto trabalhador de saúde e movimenta-se por esse cenário, atento aos ecos que os autores que ele encontra lhe produzem, aos assuntos que provocam e as inquietações que a prática e/ou a teoria ficam reverberando dentro de si (FISCHER, 2000).

Rolnik (2011) diz que, “para os geógrafos, a cartografia (...) é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que ocorrem movimentos de transformação da paisagem” (p.15).

Nesse sentido, cabe ao cartógrafo:

Dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias (ROLNIK, 2011, p.23).

As referências teóricas utilizadas na prática do cartógrafo pouco importam. O que ele quer é entrar no movimento, “detectar paisagens, acidentes, mutações e, ao mesmo tempo, criar vias de passagem através deles” (ANDRADE, MORATO & SCHMIDT, 2007, p.202).

Assim, o cartógrafo participa dos movimentos da paisagem em que deseja mergulhar e os compõe, na tentativa de descobrir e absorver o que emerge dos encontros que pretende estudar, não apresentando preferências de linguagem ou estilo. O importante é buscar afetos e novas descobertas, implicar-se nos sentidos e nos sem sentidos, permitindo se afetar ou ser afetado pelo visível e invisível, pelas intensidades e multiplicidades que compõem cada encontro, produzindo assim novas paisagens.

Este é o critério de suas escolhas: descobrir que matérias de expressão, misturadas a quais outras, que composições de linguagem favorecem a passagem das intensidades que percorrem seu corpo no encontro com os corpos que pretende entender (ROLNIK, 2011, p.65).

A partir dessa proposta, foram cartografados os movimentos de transformação da paisagem psicossocial que vão sendo desenhados em concomitância aos encontros de matriciamento, tentando acompanhar as linhas que se formam e se desmancham. A intenção não foi falar sobre a forma como se estabeleceu a dinâmica de organização e funcionamento do Apoio Matricial, ou melhor, dos diversos serviços e corpos envolvidos nesse processo. O foco dessa pesquisa foi o de analisar os encontros desses corpos, seus modos de serem afetados e de afetar. Modos esses que produzem movimentos visíveis e invisíveis na paisagem estudada e que permitem desenhar algo novo. O desejo foi o de cartografar, mergulhar na paisagem, nos seus movimentos de mutação, ficar atento aos afetos que circulavam e, ao mesmo tempo, criar pontes de passagem.

Cabe ressaltar também que a paisagem estudada não era estranha às sensações da pesquisadora, havia um envolvimento com ela. Neste contexto, Merhy (2004) coloca que os sujeitos que investigam suas próprias práticas:

Estão tão implicados com a situação, que ao interrogar o sentido das situações em foco, interrogam a si mesmos e a sua própria significação enquanto sujeitos de todos estes processos, ou seja, os sujeitos que interrogam são ao mesmo tempo os que produzem o fenómeno em análise e, mais ainda, são os que interrogam o sentido do fenómeno, partindo do lugar de quem dá sentido ao mesmo, e neste processo criam a própria significação de si e do fenómeno (p. 306-307).

Para tanto, utilizamos o diário de pesquisa como recurso metodológico para atualizar a linguagem a esses movimentos, proporcionando, assim, o registro de algumas falas e impressões que percorreram os encontros, bem como, permitindo conhecer os vários afetamentos que compuseram essa pesquisa.

A escrita em diário é costume antigo que se preserva ao longo do tempo. No meio acadêmico, encontramos diversas pesquisas que usam o diário como ferramenta do trabalho de campo, podendo esse estar vinculado a diferentes abordagens metodológicas.

Lourau (1993) em seu livro *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa* relata que:

Há muito se publicam diários de viajantes, missionários, escritores... Isso faz parte de um gênero literário encontrável em qualquer livraria. Mas, os diários de pesquisa, embora soubéssemos de sua existência – e a soubéssemos, frequentemente de modo clandestino e confuso -, não obtinha uma aceitação científica ou editorial. Ainda que produzidos por pessoas com *status* de cientista (p.71).

Segundo o autor citado acima, a escrita no diário de pesquisa é “violadorada da neutralidade”, nomeando-a de “fora do texto”. “Fora de texto no sentido literal e etimológico do termo: aquilo que está fora da cena; fora da cena oficial da escritura” (1993. p.71).

Assim, o diário de pesquisa trata-se de uma técnica capaz de restituir, na linguagem escrita, o trabalho de campo, possibilitando “produzir um conhecimento sobre a temporalidade da pesquisa”, aproximando o leitor do vivido no campo, evitando, dessa maneira, interpretações “ilusórias”, “fantasiosas”. “Tal técnica não se refere especificamente à pesquisa, mas ao processo do pesquisar”. (LOURAU, 1993, p. 51).

Nesse estudo, o diário de pesquisa foi uma ferramenta metodológica que possibilitou um momento de reflexão do vivido através do ato da escrita, além de permitir revelar o não dito e de proporcionar ao pesquisador se incluir e implicar-se com a paisagem estudada. Nele, foram registrados falas, conversas, observações, devaneios, sentimentos e percepções ocorridos nesses encontros de matriciamento, priorizando a análise dos afetos. A escrita permitiu vivenciar, lembrar e reconstruir por meio das memórias dos afetos os encontros produzidos com seus diversos atores e suas vozes, reafirmando as relações de implicações produzidas no momento da pesquisa e favorecendo as análises das mesmas.

Várias anotações, muitas folhas rabiscadas durante todo esse percurso, com pensamentos, dúvidas e questionamentos. Tudo o que meu corpo sentiu. Treino de atenção e alerta de todos os sentidos. A escrita acontecia muitas das vezes no dia a dia, algumas fragmentadas, outras mais elaboradas; muitas ao final dos encontros, momento em que eu ainda estava afetada pelos sentimentos que percorriam o meu corpo. Começava, então, a produzir outro momento do diário, aquele no qual o pensamento é provocado, expressava-me novamente no papel e, aí, misturava-se passado, presente e futuro, não havia mais uma sequência cronológica.

Dessa forma, buscamos acompanhar e participar dos movimentos de transformação da paisagem escolhida, ou seja, cartografar os encontros de matriciamento realizados no município de Cariacica – ES. Cabe ressaltar que a escolha por essa paisagem para a realização de uma cartografia não ocorreu por acaso, mas sim, influenciada pelas implicações da pesquisadora, pois trabalho no Programa de Saúde Mental desse município há oito anos, sendo uma das integrantes da equipe técnica responsável por implantar o Apoio Matricial. Estou totalmente mergulhada nessa paisagem, ou melhor, dizendo, também componho essa paisagem, sendo afetada e afetando, descobrindo-me como pesquisadora, acompanhando os movimentos numa composição e decomposição, mostrando-me.

Muitas vezes me via presa às regras e às referências teóricas existentes em uma pesquisa. Vivi o dilema: Onde estou? Quem sou? Pesquisadora ou profissional da rede? Como dar língua as marcas produzidas? Aos poucos, fui me misturando, e os limites entre pesquisadora e profissional da rede de cuidados de saúde mental municipal não existiam mais. Os dilemas passaram a ser outros: Será que daremos

conta? Somos especialistas? Somos, de fato, os detentores de saberes? Quanta onipotência! Medo? Vaidade? Todo esse processo deu corpo a uma pesquisa “colorida”, com vida.

Nesse contexto, foram realizados e acompanhados dezoito encontros de matriciamento com quatro equipes da Estratégia Saúde da Família. Todos esses encontros eram compostos por dois apoiadores; a pesquisadora e mais um profissional da rede de cuidados de saúde mental do município em questão.

Com o objetivo de ampliar a discussão e enriquecer o estudo, também foram cartografados outros encontros que ocorreram em momentos e lugares diversos: reuniões realizadas com a equipe técnica responsável por implantar o Apoio Matricial; encontros para avaliação da atividade de matriciamento, conversas do cotidiano, observações, dentre outros.

No decorrer da análise dos dados, observamos que priorizar somente as falas registradas iria empobrecer a discussão desses encontros, compostos por várias intensidades de forças que ocorreram no campo do sensível e que não poderiam ser contidas apenas nas palavras. Buscamos realizar um mapeamento das conexões e das linhas que estavam presentes nesses encontros e que foram identificadas, não só através das falas dos sujeitos envolvidos nessa paisagem, mais também das impressões da pesquisadora. Essa foi a maneira que nos propusemos para descrever e analisar a complexidade dos encontros.

Gostaríamos de ressaltar que nossa trajetória não foi linear, houve muitas idas e vindas, encontros e desencontros, recuos e recomeços, várias afetações ocorreram, percebíamos que havia algo sendo tecido. Compartilhamos experiências inusitadas, dolorosas em alguns momentos; bons encontros, maus encontros vivenciados em diversas situações.

4.1 ENCONTROS E DESENCONTROS DE MATRICIAMENTO

Encontros anteriores vivenciados com os profissionais envolvidos com a implantação e realização do Apoio Matricial no Município de Cariacica, de alguma forma se

fizeram presentes nessa pesquisa, através dos afetos que circularam e dos vínculos que se atualizaram e que, de certa forma, ajudaram a compor essa paisagem. Emoções variadas, recordações, velhos e novos afetos. Neste item, iremos falar um pouco desses encontros e desencontros que ocorreram antes de iniciarmos esse estudo.

Com o objetivo de estruturar a rede municipal de saúde mental, em 2008, os serviços de saúde mental começaram a realizar reuniões periódicas. Desses encontros, surgiram algumas propostas de trabalhos, dentre essas, a realização de Capacitação em Saúde Mental para a ESF, que tinha como objetivo: promover uma escuta qualificada para auxiliar as equipes de atenção básica no manejo com os usuários do seu território que apresentam algum tipo de sofrimento mental, bem como, capacitá-las na resolução das demandas de saúde mental.

O curso de capacitação foi realizado nesse mesmo ano. Sua carga horária foi de 40h semanais e teve como público alvo todos os profissionais das 26 equipes da ESF do município de Cariacica – Enfermeiros, Médicos, Dentistas, Auxiliares de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.

Durante a capacitação, constatou-se que ações executadas por essas equipes estavam configuradas dentro do modelo médico hegemônico. Tal situação ocorria devido à precariedade de serviços de média e alta complexidade na rede de saúde, o que provoca a sobrecarga de trabalho com surgimento de demandas que, não deveriam ser atendidas nesse nível de atenção; a inexistência de uma rede de Atenção Básica eficaz; número insuficiente de profissionais; falta de infraestrutura e de equipamentos nas USF; despreparo de alguns profissionais para atuar na ESF.

Observamos que essa realidade vivenciada pelas equipes da ESF gerava um sentimento de angústia nesses profissionais, que sentiram a necessidade de utilizar esse espaço para problematizar a situação. Dessa forma, as discussões realizadas durante a capacitação sempre se desdobravam em particularidades e dificuldades encontradas no cotidiano dos serviços.

No que se refere às ações de saúde mental, observamos que as equipes não realizavam nenhum tipo de atendimento a essa demanda. Diante desse cenário, foi

proposta a realização de encontros mensais entre os serviços de saúde mental e a ESF, visando realizar uma conversa mais afinada, capaz de promover a sensibilização para a implantação de novas estratégias de atendimento em saúde mental na Atenção Básica, bem como, o desenvolvimento integral das equipes, uma vez que se constatou que era necessário desenvolver seu potencial criativo, bem como compreender que a saúde é um campo de atuação que exige uma interface com outros campos: cultura, educação, economia, trabalho, lazer, religiosidade, dentre outras.

No decorrer desses encontros mensais, começamos a perceber que a saúde mental precisava estar mais próxima da realidade local de cada equipe da ESF, devido à diversidade de situações vivenciadas em cada território. Dessa forma, surge a primeira proposta de realizarmos o Apoio Matricial. As equipes da Atenção Básica foram agrupadas de acordo com a proximidade territorial, sendo que cada um desses grupos tinha uma dupla de profissionais da saúde mental de referência para a realização do matriciamento.

Durante esse processo foram identificadas algumas dificuldades, que provocaram alguns desencontros na implantação do matriciamento, tais como: alta rotatividade de profissionais, devido às precariedades dos vínculos empregatícios; falta de infraestrutura nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); Atenção Básica e serviços de Saúde Mental desestruturados.

No que se refere à equipe de saúde mental, percebemos, através desses encontros e desencontros, que passávamos por um momento “delicado”. Atropelávamo-nos nas falas, nas reuniões de equipe, nas condutas. Atuávamos em alguns momentos em direção oposta. Campo de disputa e competição. Nessas circunstâncias, nós, como equipe responsável pela implantação do Apoio Matricial, não conseguimos contribuir para o funcionamento da proposta do matriciamento.

Vivemos momentos de fusão, misturamo-nos, aumentamos e diminuimos potência. Em alguns encontros, acertamos o passo e fomos capazes de ser coerentes com a proposta. Fomos e voltamos diversas vezes. Caímos, levantamos, rodopiamos, empacamos, afetamos e fomos afetados. No entanto, esses encontros e

desencontros deixaram “marcas à flor da pele” que produziram “estados inéditos” que nos culminam, “tornamos outro” (ROLNIK, 1933, p. 244).

4.2 REENCONTRO

Nosso reencontro ocorreu em meados de 2010, quando os serviços de Saúde Mental existentes no território, juntamente com a coordenação da ESF voltaram a conversar sobre o Apoio Matricial, visando à implantação e organização do funcionamento do matriciamento de forma “cuidadosa”, visto que, num passado próximo, tal proposta não obteve muito êxito, devido às situações citadas anteriormente.

Nesse reencontro, percebemos que, apesar da ideia central ser a mesma, implantar o Apoio Matricial, havia uma mudança na paisagem. Outros tempos, outros serviços foram acrescentados nessa rede de cuidados de saúde mental, outros profissionais estavam chegando de outros locais, com novas experiências. Novas demandas. Novo jeito de acolher. Algumas coisas, antes essenciais, deixaram de fazer sentido, surgindo outras necessidades.

Um reencontro alegre, que afetou o meu corpo e aumentou minha potência de agir. No entanto, no decorrer desse processo, surgiu uma contradição. Mudou, mas não mudou tanto. Em alguns momentos fomos capturados pela força do instituído que, aos poucos, foi se fazendo presente através dos modos de funcionamento. Foi preciso resistir, reinventar e se descapturar para não cometermos os erros anteriores.

Dessa forma, os encontros iniciais foram de suma importância para o fortalecimento e comprometimento dos profissionais envolvidos no processo. Foi preciso provocar estranhamentos em relação ao que havia sido feito anteriormente, aos modos de organização, como foi realizado, para quê, por quem e quando. Conflitos e satisfações foram expostos. Houve momentos de trocas de experiências. Alguns profissionais relatavam suas experiências anteriores com o Apoio Matricial, outros exploravam suas dúvidas sobre a proposta, procurando entender e esclarecer suas

questões acerca do assunto que, para alguns, era visto como algo novo, tornando indispensáveis maiores explicações. Sendo assim, foram realizados diversos encontros entre os serviços de saúde mental, que se constituíram em espaços dialogados, tendo como foco aprimorar o conhecimento sobre o matriciamento.

Após esse período, esses encontros se caracterizaram como espaços para propormos ações e pensarmos a prática do Apoio Matricial. A primeira ação consistiu em agrupar, de acordo com a proximidade do território, as trinta e uma equipes de ESF existentes no município para receber o matriciamento, uma vez que não daríamos conta de realizá-lo com cada equipe isoladamente, devido à limitação do número de profissionais de saúde mental para serem apoiadores.

Assim, através desses encontros que geraram muitas discussões e explicações, um pouco a contra gosto e outras com muito gosto, as equipes da ESF foram então divididas em sete territórios, sendo que cada um desses possuía uma dupla de profissionais de saúde mental de referência para realizar o AM. Éramos dezesseis profissionais da rede de saúde mental “cedidos” pelos serviços, para realizarem o matriciamento. Nessa composição, tínhamos uma equipe de apoiadores multiprofissional: assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e psiquiatras.

No que se refere à frequência para realizar o matriciamento, foi estipulado um intervalo de quinze dias entre um encontro e outro, salvo nas situações emergenciais. Todos os profissionais que compunham as equipes da ESF – Enfermeiros, Médicos, Assistentes Sociais, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Técnicos de Enfermagem - deveriam participar e receber o AM, sendo enfatizada a importância do ACS nesse processo, devido ao seu vínculo estabelecido com a comunidade.

Finalizada a fase de estruturação do funcionamento do AM, em fevereiro de 2011, foi realizado um encontro para a apresentação da proposta do matriciamento para todos os profissionais da ESF.

Durante a apresentação, foi notório o incômodo por parte de alguns profissionais de aderirem ao Apoio Matricial: “(...) *mas já tentamos fazer o matriciamento outras vezes e não deu certo*”. “(...) *não temos nem medicamentos disponíveis na rede*

municipal, como vamos fazer isso”. “(...) eu tenho outras demandas que são urgentes para dar conta”. “(...) quando chega demanda de saúde mental, eu não atendo, até porque não sei o que fazer, encaminho logo para o serviço de referência”.

Percebemos que o incômodo apresentado nesse primeiro contato com a ESF é fruto de vários encontros e desencontros realizados no passado para a implantação do AM no município de Cariacica. Encontros que não tiveram uma continuidade, devido a alguns entraves, como os já citados anteriormente.

Cabe, também, destacarmos, conforme identificado pelos próprios profissionais da ESF, o despreparo desse para lidar com a problemática do sujeito com sofrimento mental. Tal fato ocorre devido à ausência de qualificação desses profissionais, especialmente durante a sua formação profissional.

Observamos que, apesar da ESF ser um projeto que tem como proposta um novo fazer saúde – produzir vida – ainda permanece enraizado em alguns profissionais, o desejo de manutenção de um fazer hegemônico, que vai se mostrando como reprodutor de nosso velho e tradicional modo de fazer saúde, capturado por uma formatação instituída, pela lógica de produção de procedimentos, pela formação técnica e, principalmente, pela dificuldade de enfrentar algo novo e diferente. Esse fato afasta tais profissionais do desenvolvimento de um trabalho em saúde mental comprometido com as proposições do movimento da reforma psiquiátrica e com a clínica ampliada, configurada com clínica do sujeito, e não com clínica da doença.

Metaestabilizado esse momento de tensionamento, cada dupla de apoiadores se apresentou para as equipes que iriam realizar o matriciamento. Nos primeiros encontros tive como dupla um psiquiatra. Prosseguimos os nossos encontros com uma nova parceira, uma psicóloga que compõe a rede de cuidados de saúde mental municipal. Somos referência para quatro equipes da ESF. Conviver com essa parceria e compor com ela a paisagem estudada deixou “marcas” no meu corpo. Nossa parceria se mostra por meio de dilemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho, nas reflexões, nos pensamentos e na escrita. Somos duas, vivendo ora mais facilmente, ora menos, compartilhando saberes e práticas.

4.3 PAISAGEM 1: O TRABALHO VIVO

Iniciamos nosso mergulho na paisagem, destacando que, durante o nosso percurso, foi possível constatar que as ações de saúde mental realizadas pelas equipes estudadas, antes do matriciamento se restringiam em encaminhamentos aos serviços de saúde mental, sem nenhum tipo de responsabilização, escuta e acolhimento do sujeito com sofrimento mental. Tal fato é reflexo da junção de vários fatores: falta de entrosamento com os serviços de saúde mental que funcionam como retaguarda e permitem a referência rápida em caso de necessidade; desconhecimento acerca do movimento da Reforma Psiquiátrica; inexistência de capacitação em saúde mental dos profissionais e técnicos da ESF; condições precárias para o atendimento desses casos na Atenção Básica, o que inclui infraestrutura inadequada, escassez de material de consumo e equipamentos; inexistência de uma rede em saúde mental articulada, dentre outras.

Começamos nosso primeiro encontro discutindo junto com a equipe da atenção básica sobre a proposta de trabalho. Percebermos uma dificuldade de aceitação da dinâmica do funcionamento do Apoio Matricial por parte de alguns profissionais, principalmente, ao colocarmos o matriciamento com uma postura mais pedagógica do que assistencial, em que os apoiadores priorizam as ações de supervisão e capacitação junto à equipe da ESF, sendo os atendimentos realizados somente de forma conjunto e, em casos específicos, se identificada à necessidade.

Tal situação gerou tensionamento no grupo. Um profissional da ESF relatou que seria um “desperdício” a utilização do médico psiquiatra para discutir casos, enquanto existe uma lista de espera enorme de usuários que precisam de atendimento psiquiátrico.

É interessante notar como o poder da psiquiatria permanece imprimindo suas marcas até hoje no cotidiano dos serviços e ações em saúde mental, traduzidos nos desejos de enquadramento dos sujeitos em uma doença, em que o saber médico é possuidor da “arte de curar”, pela medicalização do sofrimento.

Dessa maneira, é importante que fiquemos atentos à forma como o Apoio Matricial vem sendo utilizado, para não sermos capturados por essa lógica instituída.

Tenório (2009) ressalta em seu texto produzido para 2º Seminário Nacional de Humanização - "Trocando experiências. Aprimorando o SUS" que o matriciamento é uma ferramenta que também pode fazer o contrário do que se deseja, ou seja, aumentar o poder do especialista, medicalizando a população através de uma instrumentalização das equipes "menos sabidas":

...Na verdade, como regra geral, toda vez que um especialista está falando de problemas muito prevalentes ou de "não-doenças" (menopausa e gravidez, por exemplo), deve-se ficar com as barbas de molho: lá vem iatrogenia, e continua afirmando —....se os profissionais são complementares, se os serviços são complementares, se existe a necessidade de aumentar a transversalidade, a comunicação entre os diferentes, esta comunicação tem que se dar em um processo crítico em relação ao suposto poder/saber. Este é um grande obstáculo, inclusive cultural. Porque que existe um forte desejo de soluções mágicas, simplistas e sem efeito colateral. Como se nossas intervenções pudessem todas elas ter a potência de uma vacina contra pólio ou uma terapia de reidratação oral. Condutas quase mágicas de tão potentes e indiferentes a outras forças do mundo. Como não é assim, então as conversas de "apoio" tem que supor sabedoria, mas também a ignorância do especialista, por causa deste contexto mítico em que vivemos. A falsa segurança de protocolos e médias não invalida estas médias e estes protocolos, nem os estudos baseados em evidências, nem aqueles que neles se baseiam. Têm potência, muita potência. Só não tem onipotência. A proposta de apoio matricial também tem potência, mas não tem onipotência. E tem riscos como qualquer proposta. É necessário que o apoio matricial seja parte de um processo de re-invenção de novas organizações e relações, e não uma ferramenta isolada num contexto extremamente hierarquizado.

Como já dito anteriormente, é através dos encontros que os corpos vão se compondo, onde os afetos ocorrem de uma forma quase imperceptível, proporcionando novas possibilidades de vida. Nesse emaranhado, os profissionais de saúde também vão se constituir, afetando e sendo afetados pelos diversos encontros que ocorrem no dia-a-dia dos serviços. Encontros com outros trabalhadores, com usuários e seus familiares, encontros de matriciamento, dentre outros. Encontros que aumentam a potência, ou despotencializam. Podemos vivenciar uma diversidade de encontros, com movimentos de atração e repulsa, que irão compor novos territórios. Dentro desse contexto, como cita o autor acima, os encontros de matriciamento têm potência e têm riscos também. Sendo assim, esses devem afinar os laços com a atenção básica, através de encontros que sejam capazes de proporcionar trocas de saberes/afetos, promovendo uma abertura

institucional e novos agenciamentos, isto é, conexões entre as mais variadas matérias de expressão.

A ideia central do AM em saúde mental é a responsabilização compartilhada dos casos, visando à resolutividade e à exclusão da lógica dos encaminhamentos. Suas discussões estão pautadas em dimensões que não sejam somente as biológicas e sintomáticas, possibilitando a interdisciplinaridade e a construção de uma clínica ampliada. Por meio do matriciamento as equipes da atenção básica irão identificar as situações que podem ser acolhidas pela ESF e por outros recursos sociais existentes no território, evitando assim práticas que levam à “psiquiatrização” e à “medicalização” do sofrimento. (FIGUEIREDO, 2005).

Gostaríamos de ressaltar que, em nossos encontros de matriciamento, buscamos possibilitar aos profissionais envolvidos a criação de práticas que permitissem que seus afetos circulassem, inventando novos processos de trabalho, questionando os processos cristalizados. Quando pensamos na potência do Apoio Matricial não estamos buscando grandes mudanças estruturais, mas, sim, na criação de novos fluxos capazes de promover uma descaptura do instituído.

Nossos encontros não foram desenhados presos a uma fôrma, a um único modo cristalizado de cuidado. Buscamos funcionar de um modo molecular¹⁰, rompendo com o determinismo. As discussões dos casos aconteciam através do poder dos encontros. Sem protocolos, normas e regras para seguir. Os encontros eram heterogêneos, novos e inacabados. O que proporcionava um movimento, uma liberdade criativa. Encontros que se desdobravam em outros encontros entre os profissionais de saúde e os usuários com sofrimento mental. Movimentos que demandavam reflexões.

Estávamos atuando em um território com uma população extremamente carente. Os casos levados para a discussão no matriciamento, na sua grande maioria, eram demandas encaminhadas dos Conselhos Tutelares, das escolas (“hiperatividade”, dificuldades de aprendizagem, agressividade, irritabilidade), demandas neurológicas

¹⁰ Estamos nos referindo aos conceitos de molar e molecular, onde o molar seria a ideia organizada, pré – formada, em que a verdade surge a partir de um modelo determinado e se cristaliza ao longo do tempo. Já a ideia de molecular diz respeito às práticas que desfazem as funções cristalizadas pelo molar. O molecular está relacionado ao movimento.

(devido à ausência do profissional na rede de saúde), solicitação de laudo para INSS ou para passe livre, sofrimento mental moderado ou leve e alguns casos de psicose.

Ficou claro no nosso percurso que muitos dos usuários que são encaminhados aos serviços de saúde mental não apresentam uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada, sendo que esses usuários poderiam ser acompanhados pelas equipes da atenção básica.

Nos encontros iniciais sentimos que as equipes da ESF nos enxergavam como mágicos com suas cartolas cheias de truques de mágicas que iam solucionar rapidamente todos os “problemas” de saúde mental existentes no território. Essas mágicas, por sua vez eram vislumbradas com cura, internações ou em algum outro procedimento que promovesse o afastamento do “louco” do território.

Ao poucos, com o passar dos nossos encontros, alguns profissionais da ESF começaram a desmistificar a imagem do mágico. Outros permaneceram enraizados com a ideia do mágico. Esses demonstravam frustração diante das discussões e encaminhamentos dados aos casos. *“Essa proposta de Apoio matricial demora para ver os resultados Enquanto isso o usuário fica do mesmo jeito” (ACS). “Acho essas reuniões uma perda de tempo, seria mais proveitoso se vocês atendessem logo todo mundo” (ACS).*

De acordo com o Ministério da Saúde (2010b, p.9):

Apoiar equipes é intervir com elas em processos de trabalho, não transmitindo supostos saberes prontos, mas em uma relação de solidariedade e cumplicidade com os agentes das práticas. Apoiar é produzir analisadores sociais e modos de lidar com a emergência de situações problemáticas das equipes para sair da culpa e da impotência frente à complexidade dos desafios do cotidiano da saúde. Apoiar é construir rodas para o exercício da análise, cujo efeito primeiro é a ampliação da grupalidade entre aqueles que estão em situação de trabalho.

Entretanto, essa forma de oferecer apoio, em muitos momentos, não foi “bem vista” por alguns trabalhadores. Éramos sempre questionados sobre os encaminhamentos dados e a “resolutividade” dos casos. Percebemos que já era uma prática rotineira os encaminhamentos sem responsabilidade, em que o ato de encaminhar tinha

como significado o não retorno do usuário ao serviço. Buscávamos com as nossas discussões criar práticas que possibilitassem uma responsabilidade compartilhada no cuidado do sujeito com sofrimento mental, em que o ato de encaminhar significasse identificar junto com o usuário o serviço mais adequado às suas demandas, quando essas não fossem supridas pela Atenção Básica.

Durante os nossos encontros ficamos surpresos com o grande número de visitas domiciliares solicitadas principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Percebemos que essa situação é fruto de uma insegurança desses profissionais para lidar com o sujeito com sofrimento mental, sendo esse sentimento gerado pela ausência de uma formação em saúde mental, somado ao estigma existente da loucura. “.....*eu tenho muito medo desses casos de saúde mental, tudo é muito assustador, e eu não sei o que fazer (ACS).*”

Godoy & Bosi (2007) ressaltam que a reclusão imposta ao louco foi o instrumento fundamental para as mudanças culturais do modo de lidar com a loucura e para a construção social do “estigma”. “Sobre o louco é exercida uma ação de violência, de múltiplas segregações: da reclusão ao abandono nu e imundo no pátio do manicômio, construindo-se a concepção do louco enquanto ser perigoso, nefasto, incapaz, um “não ser”, legitimando-se a condição de “não cidadão”, “não sujeito”” (p. 294).

Nas falas apresentadas nos encontros de matriciamento ficou claro que boa parte do estigma relacionado aos sujeitos com sofrimento mental vem justificada pela questão da “violência associada à loucura”, ou seja, pela sua pressuposta periculosidade. “*Eu não faço visita na casa dele, pois tenho medo de apanhar. Quando eu ia lá, ele ficava me encarando. Ninguém da comunidade vai lá, pois todo mundo tem medo do que ele pode fazer (ACS).*”

Diante dessa realidade, fica claro que na atualidade o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira continua com o desafio de desconstruir a exclusão e a lógica manicomial concreta e simbólica, que se fazem presentes não somente nos dispositivos psiquiátricos, mas também nas relações sociais e culturais.

No decorrer dos nossos encontros foi discutida a importância de utilizar os recursos existentes no próprio território, como proposta de intervenção terapêutica. Para tal,

foi solicitado a cada equipe que fizesse um mapeamento dos equipamentos existentes na comunidade, no intuito de integrá-los como recurso terapêutico.

Através dessa ação, verificamos a existência de uma desvalorização e o desconhecimento de práticas não medicalizantes que tenham seu foco na inserção do sujeito na comunidade, como: Centros de Convivência; parcerias com as escolas; espaços de lazer e de esporte; ONGs; movimentos sociais, dentre outras. Embora seja a territorialização um dos pressupostos da ESF, sendo essa compreendida como um espaço geográfico que possui dimensões sociais e que produz vida, poucas são as parcerias realizadas entre a atenção básica e os atores sociais existentes na comunidade.

No que se refere ao mapeamento desses espaços sociais existentes no território, a princípio, obtivemos como resposta que não existia nenhum recurso na comunidade onde os usuários com sofrimento mental pudessem circular. *“No nosso território existem dois projetos sociais, mas não são para pessoas com transtorno mental (Enfermeira da ESF)”. “Nossa comunidade é muito pobre, não tem nada para as pessoas normais, quanto menos para os com problema mental (ACS)”*.

Com essas falas, constatamos que os muros dos manicômios foram derrubados, no entanto, novas formas de exclusão foram impressas. O louco não se encaixa nos segmentos da sociedade. A loucura foi patologizada pela psiquiatria e legada à marginalização social. O louco não se adapta à norma, não se enquadra dentro dos padrões estabelecidos, torna-se um não cidadão: incapaz de integrar-se, de produzir, ou seja, de exercer sua cidadania.

O asilamento da loucura gerou o rótulo de alienado ao sujeito com sofrimento mental, que foi remetido à condição de não-cidadão, uma vez que não gozava de nenhum dos direitos que compunham a cidadania. Desde então, a forma de tratar o louco é carregada de preconceito, ele traz em si a marca da loucura, está destinado à estigmatização e à invalidação social.

E não é apenas o louco manicomializado que tem destino miserável. A categoria “louco”, “doido”, “maluco” é negativamente estigmatizada e, nesse processo, a psiquiatria tem muita responsabilidade. Ao definir o estatuto jurídico da doença mental (os loucos de todo gênero), ela legitima a condição de não-cidadão, de não-sujeito do doente. Internado ou não em

um manicômio, o louco é despossuído de seus direitos, não apenas sociais, civis e políticos, mas de ser uma pessoa, de ter seus desejos e projetos (AMARANTE, 1996, p. 113/114).

Explicamos à equipe da ESF que a ideia de fazer um mapeamento dos recursos sociais existentes na comunidade não tinha como foco identificar atores sociais que trabalham com a demanda específica da saúde mental. Pelo contrário, o objetivo era buscar espaços sociais onde os sujeitos com sofrimento mental pudessem circular junto a outros, com o intuito de “promover a cidadania” e de desmitificar a loucura e suas práticas de caráter manicomial e excludente.

Percebemos que as equipes, inicialmente, não se mostraram empenhadas nessa tarefa. Tal fato se justifica, pois verificamos através das falas apresentadas uma supervalorização de tecnologias-duras.

De acordo com Merhy (2002), são consideradas tecnologias–duras as ações de saúde que fazem uso de equipamentos/instrumentos, normas e estruturas organizacionais. As tecnologias leve-duras são identificadas como os saberes estruturados; a Clínica, a Epidemiologia, a Psiquiatria, dentre outros. Já as tecnologias leves possuem o caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre os trabalhadores de saúde e os usuários, implicados com a produção do cuidado. O autor ainda ressalta que os profissionais de saúde, carregam em sua caixa de ferramentas principalmente tecnologias duras e leve-duras, sem saber que as tecnologias leves estão virtualmente presentes, e que serão postas em ação de algum modo, mesmo que inconsciente.

No encontro com o usuário, o trabalhador de saúde pensa que está utilizando todas as suas ferramentas possíveis. No entanto, não percebe que pode ser produtor e mantenedor de uma lógica instituída, pois suas ações, na maioria das vezes, são guiadas por normas, regras e protocolos, dando pouca ou nenhuma ênfase às relações e às necessidades dos usuários, ou seja, valorizando o uso das tecnologias duras e leve-duras. Com a loucura, tal situação se agrava, pois “louco não tem voz e nem vez”, não é cidadão, não precisa circular.

Contudo, sabemos da importância do uso das tecnologias leves nesses encontros entre os profissionais de saúde e o sujeito com sofrimento mental, visto que essas

são constituídas no ato do trabalho vivo¹¹ através dos processos relacionais. Assim, a utilização das tecnologias leves seria uma forma de constituir e fortalecer o vínculo para a realização do cuidado em saúde mental.

Foi preciso a realização de vários encontros para que as equipes da ESF compreendessem a importância da utilização de recursos sociais como uma tecnologia leve capaz de incluir o sujeito com sofrimento mental e de possibilitar outras formas de vida. Nas nossas conversas, foi necessário que cada profissional envolvido realizasse uma autoanálise, sobre suas práticas desenvolvidas, para que houvesse uma tomada de consciência e uma sensibilização para uma atuação mais implicada.

Após essa sensibilização, as equipes começaram a identificar os recursos territoriais que poderiam atuar como parceiros no projeto terapêutico: escola aberta com diversos cursos profissionalizantes; um projeto social que confecciona artesanato com material reciclado; e outro, que trabalhava com atividades esportivas.

Essa situação chama a atenção também para a inexistência de ações de promoção de saúde e de práticas coletivas no âmbito da atenção básica para o cuidado com a saúde mental.

“Os serviços que oferecemos para o usuário com transtorno mental são os atendimentos individuais em consultórios e os encaminhamentos, quando não está no nosso nível de competência (...). os casos mais leves como depressão e ansiedade, da para ser acompanhado pela equipe... (médico da ESF)”.

Notamos que o usuário com sofrimento mental leve, de uma forma geral, possui uma maior “abertura” para realizar seu acompanhamento junto à equipe da ESF. Essa situação ocorre porque alguns profissionais de saúde afirmam se sentir mais seguros e à vontade com os sofrimentos mentais leves. A depressão, por exemplo, parece surgir como uma doença mais cotidiana e talvez mais próxima do vivido. Enquanto a loucura provoca um maior desconforto, pela construção imaginária

¹¹ O trabalho vivo em ato se caracteriza como aquele que demonstra o momento único do trabalho em si. Momento esse que proporciona ao trabalhador uma liberdade criativa de ação (Leal, 2010).

social que a envolve e que atinge não apenas a população geral, mas também os profissionais de saúde.

No entanto, constatamos que ações desenvolvidas para atender e acompanhar as demandas classificadas como sofrimento leve restringia-se em renovação/reprodução do receituário médico. O médico da ESF, nos casos de saúde mental, é apenas um mero “copiador de receita” do psiquiatra. Tal situação foi justificada pelo médico da equipe, que alegou não se sentir preparado para alterar ou suspender a medicação prescrita pelo psiquiatra, além de não possuir tempo para realizar um atendimento integral em saúde mental, visto que possui uma diversidade de demandas oriundas de outros programas (Saúde da Mulher, Hipertensão, Saúde da Criança, dentre outros), que são de sua responsabilidade. Esse profissional também ressalta que existe um grande número de usuários de saúde mental que chegam para o atendimento pedindo “só mais uma receitinha”, pois não conseguem ter acesso ao psiquiatra: *“Durante as consultas observo que alguns usuários poderiam não mais fazer o uso dos medicamentos prescritos, não retiro a medicação, não me sinto seguro e capaz para atuar frente a essa questão” (médico do ESF).*

Essa realidade sustenta um modelo de atenção que privilegia a medicação como única forma de cuidado em saúde mental. Tal situação se agrava, essa medicação passa a se eternizar na vida dos usuários com sofrimento mental, tornando-os dependentes, ou seja, produzindo uma cronificação da demanda através do consumo excessivo de psicotrópicos.

A prescrição e o consumo excessivo de medicamentos psicotrópicos é, pois, fenômeno presente no cotidiano dos serviços públicos de saúde, mas não só em nossa realidade. Tal consumo está relacionado ao papel preponderante exercido pela indústria farmacêutica na atenção à saúde, à força do modelo biomédico ancorado na biologização do processo saúde/doença, às concepções e às práticas de saúde, bem como às demandas de felicidade características da modernidade, “concretizáveis” por meio dos medicamentos, especialmente os psicotrópicos (DIMENSTEIN, et al, 2005, p.33).

Outra discussão importante que essa situação nos remete, diz respeito ao tipo de escuta que vem sendo realizada, na Atenção Básica, com os sujeitos que

apresentam algum tipo de sofrimento mental, bem como a fragmentação desses sujeitos. Observamos que essa escuta segue a racionalidade médica, em sua tradição cartesiana: problema-solução e doença-cura. Sendo baseado na escuta da doença e não do sujeito.

No primeiro capítulo, destacamos a Atenção Básica como um lugar privilegiado para a construção de uma nova lógica de acolher a loucura, por estarem seus princípios pautados na integralidade do cuidado. No entanto, por meio dos nossos encontros, verificamos a existência de uma desarticulação entre a rede de Atenção Básica e a rede de cuidados de saúde mental. Tal realidade tem gerado práticas fragmentadas que reforçam as dicotomias existentes e que ferem o princípio da integralidade proposto pelo SUS. Percebemos que no cotidiano dos serviços de saúde essa desarticulação afeta os usuários por propiciar encontros que despotencializam, pois suas condutas são baseadas em critérios dualistas e rígidos que imobilizam e determinam os sujeitos em caracteres opostos, tais como potente/impotente, capaz/incapaz, ativo/passivo, reduzindo os fluxos e a expansão da vida.

Verificamos que muitos profissionais de saúde se fixam em protocolos, regras e normas, que, por sua vez, determinam os comportamentos e condutas adotados por esses. Protocolos, regras e normas são instrumentos criados para padronizar a assistência, mas que, ao mesmo tempo, capturam o trabalho vivo e retiram a liberdade do trabalhador. Aprisionam seus atos de cuidado com o usuário em um padrão previamente estabelecido. Vive-se então uma tensão. De um lado, liberdade de agir que resulta em processos de trabalho, às vezes, mais criativos e livres. Do outro, formas de captura do trabalho vivo, com formas mais rígidas de controle. Liberdade e captura atuam simultaneamente formando a subjetividade do profissional de saúde. A subjetividade capturada vai proporcionar as práticas serializadas, de forma burocrática, considerando o usuário como mais um de um conjunto padronizado. Ela se fixa em um pólo conceitual, previamente determinado, e institui verdades, não considerando a potência do outro. A relação é de controle e o cuidado que aí se produz é fixo, protocolar. Já a liberdade possibilita a produção do cuidado da melhor forma que lhe convém. Sendo assim, ela é a palavra mágica, que permite ao trabalhador, em momentos diferentes, fazer uma coisa e outra. Não há, a priori, um modelo de cuidado em saúde a ser seguido, as práticas andam conforme anda o próprio trabalhador, ou seja, sua subjetividade, que é dinâmica,

opera produzindo o cuidado também com as variações que este sujeito sofre na sua relação com o mundo do trabalho (FRANCO, 2012).

Há, portanto, uma produção subjetiva que atua com base no trabalho, que pode trazer, em si, uma potência criativa ou pode se deixar capturar pela diversidade existente de equipamentos, instrumentos, normas, regras e protocolos, que cercam todo o cuidado em saúde.

Esta produção subjetiva opera em primeiro lugar, deslizando sobre o trabalho vivo, ela funciona como uma plataforma na qual os sujeitos-trabalhadores vão produzindo cuidado nas relações com outros profissionais e os usuários. Mas esse movimento não se dá por inércia, o trabalhador sofre a força de uma energia propulsora que vem de si, a qual denominamos desejo. Este age como força, mas é uma força com leveza, pois faz o trabalhador deslizar no seu trabalho de cuidado como um surfista desliza e maneja seus instrumentos e saberes para desenhar trajetórias, curvas sobre uma onda. O trabalhador atua, assim, ele vai desenhando o cuidado, como trabalho artesanal, e operando seus processos de escuta, os atos de fala, a clínica analítica, ou peripatética, ou na dos afetos, impulsionado pelo desejo de fazer o cuidado, e dando-lhe características próprias, singulares, onde se inscreve sempre seu manejo de situações, que é singular (FRANCO, 2012).

O autor ainda ressalta que são nos encontros necessários para a produção do cuidado que esses movimentos vão acontecendo. Encontros estes com outros trabalhadores e com os usuários. Encontros com outros equipamentos de cuidado, as normas, os protocolos e os saberes estruturados. “O cuidado em saúde ocorre por trabalho que se dá em fluxos de conexões, este é o aspecto fundamental. Estes fluxos são desenvolvidos pelo próprio trabalho, dependente do trabalho vivo e do protagonismo destes sujeitos nos cenários de cuidado”. As subjetividades que estão presentes nesses encontros mostram que há uma dimensão subjetiva na produção do cuidado e é necessário considerá-la sempre que se estiver discutindo o trabalho em saúde.

Através dos encontros, também identificamos a sensação de impotência que muitos dos profissionais da ESF sentem quando se deparam com algum caso que não está previsto nos protocolos. Essa situação gera um sentimento de angústia e ansiedade nesse trabalhador, que busca dar resolutividade através da “lógica do encaminhamento”.

Outra situação verificada se refere aos casos levados para a discussão pela equipe da Atenção Básica, que, muitas vezes, chega para o encontro de matriciamento sem as informações precisas. Concordamos com Gomes (2006) que relata que essa situação é reflexo de uma escuta desqualificada, visto que se torna angustiante ouvir a história de vida do sujeito com sofrimento mental e não saber como intervir, gerando um sentimento de impotência por parte do profissional de saúde da Atenção Básica.

Descristalizar a lógica da especialização e dos encaminhamentos é o maior desafio da AM. O matriciamento tem que oferecer suporte técnico e pedagógico para que todos os profissionais da Atenção Básica se sintam qualificados e à vontade para realizar uma escuta ampliada, sem que tal situação seja geradora de angústia e de sofrimento e para que esses profissionais não assumam a postura de somente encaminhar as demandas de saúde mental por se sentirem impotentes diante da situação.

Oliveira (2009) coloca que o Apoio Matricial tem que proporcionar a desconstrução do "especialismo". O autor ressalta que, no cotidiano dos serviços de saúde, deparamo-nos com dificuldades tomadas por nós como problemas/desafios. Esses problemas/desafios demandam saberes e novas práticas capazes de ampliar a capacidade de análise e intervenção. Esses saberes se tornam necessários, pois aumentam nossa potência de agir. Nesse contexto, o Apoio Matricial pode ser utilizado como um arranjo organizacional que possibilita e autoriza que esse "saber necessário" seja agenciado pelos atores implicados para "resolver" a situação".

A dificuldade em realizar uma escuta qualificada e os sentimentos de impotência gerados diante de uma demanda de saúde mental foram problematizados durante um encontro de matriciamento pela equipe da ESF. Utilizamos esse espaço para pensar em uma estratégia de intervenção que facilitasse esse cuidado com o sujeito com sofrimento mental. Assim, foi construído, conjuntamente, um roteiro para ser utilizado no acolhimento (Anexo A) dos usuários de saúde mental. As perguntas foram elaboradas e pensadas para dar suporte na elaboração do PTS (Anexo B).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006b), o Projeto Terapêutico Singular (PTS) nada mais é do que uma nova forma de realizar a discussão de "caso clínico" capaz

de proporcionar uma atuação integrada da equipe, incorporando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento dos sujeitos. Portanto, sua elaboração ocorre em espaços de discussões, em que todas as opiniões são importantes e contribuem para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde. A substituição do nome Projeto Terapêutico Individual (PTI), como era antes denominado, para Projeto Terapêutico Singular nos parece mais adequada, “porque destaca que ele pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação” (p.40), uma vez que, os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças.

De acordo com Campos G.W.S. (2007), o Projeto Terapêutico Singular deverá contemplar o saber de toda a equipe e do usuário. O mesmo autor propõe a cogestão desses projetos como uma maneira de aumentar a capacidade de análise e de intervenção das equipes e da comunidade, diminuindo o sentimento de impotência diante de desafios considerados impossíveis, de descobrir alternativas antes impensadas.

A formulação dos Projetos Terapêuticos Singulares permitiu a discussão coletiva de cada caso e a formulação de projetos de caráter estratégicos sensíveis às necessidades peculiares de cada sujeito. Cada ação do projeto possuía prazo de realização e responsáveis para a execução. Cabe ressaltar que o usuário e seu(s) cuidador(es) também possuíam responsabilidades na execução do PTS.

Todas as ações eram acompanhadas por um profissional que assumia o papel do articulador e potencializador do processo, estabelecendo uma relação de parceria com as redes de apoio. Esse profissional se tornava referência para a equipe e para o usuário e o(s) cuidador(es) envolvido(s), mantendo o grupo sempre informado sobre o caso e demandando novas discussões, se preciso fosse, visto que as ações dos projetos eram flexíveis e passíveis de mudanças. A escolha do profissional de referência era realizada levando em consideração a qualidade do vínculo com o usuário.

Começamos a implantar o PTS em situações que podemos chamar de “missão quase impossível”, ou seja, em casos mais graves e difíceis, eleitos pela equipe.

Durante as discussões, foi colocada a necessidade de as ações contemplarem os recursos existentes no território, sejam eles do campo da saúde ou não, pois as possibilidades de vida são infinitamente maiores e mais potentes, extrapolando os serviços de saúde. As articulações com o contexto social, as redes sócio-relacionais, os espaços sociais da comunidade e a sociedade civil, de forma geral, são fundamentais para o bom desenvolvimento do projeto.

No decorrer desse processo, observamos um maior entrosamento por parte de alguns profissionais das equipes da ESF com a dinâmica de funcionamento do matriciamento e, principalmente, com uma melhor compreensão do processo saúde/doença mental/cuidado. *“Quanto mais possibilidade este usuário tiver de se relacionar com outras pessoas em diferentes lugares, maior será sua autonomia (...) ele estará mentalmente mais saudável” (Enfermeira ESF).*

Todavia, outros profissionais ainda permanecem capturados pelo uso de tecnologias leve-duras. *“Ele precisa primeiro passar por uma consulta com o psiquiatra, para sabermos o seu diagnóstico, e depois elaborar o projeto” (Enfermeiro ESF).*

Os encontros de matriciamento realizados nesse período de elaboração e implantação do PTS contribuíram, sobretudo, para uma maior integração entre os profissionais apoiadores e as equipes da ESF, bem como, para a melhoria do acesso dos usuários, tanto nos serviços de Saúde Mental, quanto na Atenção Básica.

Nossos principais desafios na elaboração dos PTS foram considerar a singularidade do sujeito com sofrimento mental e utilizar os equipamentos sociais existentes no território como um recurso terapêutico, ampliando-se, dessa maneira, as possibilidades de cuidado, colocando a abordagem medicamentosa como uma dessas possibilidades, não sendo a exclusiva, com é feita habitualmente.

Além desses desafios, inicialmente observamos algumas dificuldades encontradas pela equipe da ESF durante a elaboração e implantação dos Projetos Terapêuticos Singulares, tais como: busca de respostas imediatas e prontas que visem à cura e que remetam ao modelo biomédico; divisão de responsabilidade e papéis na execução das ações propostas; dificuldade de estabelecer vínculo de confiança com

os usuários e cuidadores envolvidos; respeito às escolhas e ao tempo dos usuários, bem como, suas limitações e possibilidades; escuta qualificada comprometida.

Pensar em uma situação específica significa englobar toda a complexidade que está em torno dessa vida. Implica em pensar nos aspectos para além do biológico, como condições de moradia, de vida, de relações familiares e de rede social, desejos, sonhos, perspectivas, atividades cotidianas, dentre outras. Reduzir toda essa complexidade numa dada classificação diagnóstica não resolve, nem produz vida para os sujeitos com sofrimento mental (OLIVEIRA, 2007).

Vários PTS foram construídos. Com a sua prática, as equipes da ESF conseguiram aprimorar o olhar e o pensar sobre o cuidado em saúde mental. O PTS foi capaz de promover rupturas e mudanças de paradigmas. Esse se mostrou útil para mediar relações e estabelecer um diálogo entre a equipe de saúde, os usuários e os cuidadores, proporcionando a construção de decisões e tarefas definidas de modo compartilhado, favorecendo o envolvimento e a responsabilização de todos no cuidado do sujeito com sofrimento mental.

Gostaríamos também de destacarmos a importância do Agente Comunitário de Saúde durante os nossos encontros. Percebemos que a equipe da ESF compreende o papel do ACS como o “elo”, uma “ponte” com o usuário. O próprio Ministério da Saúde (1994) inclui no elenco das ações do agente comunitário o fortalecimento do vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde. *“Um Agente Comunitário de Saúde sabia que ele gostava de jogar baralho e, através dessa informação, conseguimos estabelecer uma conversa inicial com ele” (Enfermeira da ESF).*

Lancetti (2008) coloca que a relação entre o ACS e os outros profissionais é uma “parceria singular” é como “arma fundamental para fazer funcionar essa máquina de produzir saúde...” (p.93).

Eles levam ações e paixões coletivas, solidárias, e tecem fio a fio redes microssociais de alto poder terapêutico. Eles e elas estão articulados com a clínica praticada pelos médicos e enfermeiros, que busca defender a vida e, pela clínica de saúde mental, que busca reduzir internações psiquiátricas, o suicídio e o homicídio, e gerar uma subjetividade cidadã e livre. (LANCETTI, 2008 p. 94).

Contudo, concordamos com Tomaz (2002) que ressalta que:

Não se pode colocar nas costas do ACS o árduo e complexo papel de ser a “mola propulsora da consolidação do SUS”. Na prática, a consolidação do SUS depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e o envolvimento de diferentes atores, incluindo os próprios ACS, que, sem dúvida, têm um papel fundamental. Na realidade, o ACS precisa incorporar-se, de fato, ao sistema de saúde, fazer parte efetivamente das equipes de saúde da família, deve participar das diferentes ações, na dimensão técnicoassistencial ou político-social (p.84-85).

Outro ponto de análise, com relação ao Agente Comunitário de Saúde, que observamos no nosso percurso, foi a necessidade desse profissional se sentir cuidado. Na grande maioria dos nossos encontros éramos procurados, ao final, por algum agente de saúde que relatava e solicitava orientação para uma situação particular.

“Eu fiquei estressado por causa da quantidade de trabalho. A situação se agravou depois que eu perdi um membro da minha família. Deu depressão. Conversei com a médica, ela me passou uns remédios. Que não adiantou muito. [...] Ninguém perguntou como eu estava, se eu tinha melhorado. Eu esperava atenção” (ACS).

Nas relações de trabalho, como em qualquer outra relação, as tensões se fazem presentes. O Agente Comunitário de Saúde é um corpo em relação, se afetando e sendo afetado. Um corpo com marcas produzidas pelo trabalho, pelas misturas, pelas relações. Marcas de afetos tristes, que diminuem a potência de agir. Nos nossos encontros, percebemos que o sentimento de exclusão do processo de trabalho e a distância existente entre o que é de competência desse profissional e a realidade da prática, são os principais motivos geradores de sofrimento. Nesse cenário, ficou claro que a fragmentação e a burocratização contribuíram para a circulação desses afetos. Afetos que criaram barreiras e fortaleceram o instituído a ponto do ACS se sentir, em alguns momentos, esquecido e engolido pela lógica do trabalho.

A burocratização se encontra tão enraizada na dinâmica dos serviços, que as falas abaixo demonstram o conflito existente entre as diretrizes da ESF com o modelo de atenção vigente, que ainda permanece fixado nos padrões antigos. *“Eu tenho uma produção mensal a cumprir, por isso às vezes não consigo dar a atenção necessária à família que estou visitando” (ACS). “São muitas fichas para preencher” (ACS).*

O processo de trabalho burocratizante despotencializa o processo de trabalho criativo e prazeroso. O ACS que é comparado à “ponte” e ao “elo”, fazendo uma alusão à figura que uni lados, que tem o papel de ligar duas partes, ou seja, aquela personagem que deve promover a interação entre os profissionais de saúde e a comunidade, acaba por realizar de forma massificada o papel de um mero entrevistador, com suas diversas fichas, contendo inúmeras perguntas, assumindo a postura de um mensageiro que leva e traz as informações.

A produção massificada do trabalho na contemporaneidade afeta os serviços de saúde, colocando como prioridade e valorizando as quantidades numéricas, deixando em segundo plano o cuidado. O trabalho passa a ter como base o capitalismo desenfreado. Dentro dessa lógica, o que importa não é a complexidade do caso, nem a subjetividade das ações, mas, sim, as ações que podem ser quantificadas.

Franco e Merhy (2003) colocam que ocorre com a ESF algo parecido com o enigma da esfinge.

Conta a mitologia grega que a Esfinge tinha sido enviada por uma divindade para vingar, entre os tebanos, um crime impune do rei Laio. A Esfinge se fixou nos arredores de Tebas, detendo e devorando os que passavam, quando não conseguiam decifrar seus enigmas. Édipo foi o primeiro a resolver o que lhe foi proposto: “Qual o animal que anda de quatro pés pela manhã, dois ao meio – dia e três à tarde?” Édipo respondeu: “O homem que engatinha na infância, caminha ereto na idade adulta e se apoia em um bastão na velhice”. Após a resposta, a Esfinge matou-se, libertando a população da punição que lhe foi imposta (p.29).

Na ESF acontece a mesma coisa, a equipe consegue enxergar que é no processo de trabalho que se encontra o atual problema do modelo assistencial, porém, não consegue decifrá-lo, e, assim como acontece com a imagem da Esfinge, “é engolido

pela feroz dinâmica medicocentrada”, atuando com base na produção de procedimentos e não na produção do cuidado (FRANCO & MERHY, 2003, p.29).

Essa discussão em nossos encontros deixou claro que a mudança do modelo medicocêntrico para a Estratégia Saúde da Família, por si só, não garante uma nova forma de cuidar. É necessário criar novos agenciamentos, bem como outra micropolítica para poder gerar o “novo” e surgir, assim, uma nova ética. Ética pautada na solidariedade e no cuidado humanizado, capaz de proporcionar aos profissionais de saúde a construção de uma postura diferenciada nos encontros com os usuários.

4.4 PAISAGEM 2: TUDO JUNTO E MISTURADO

Após um ano de implantação e funcionamento do Apoio Matricial, foi realizada uma reunião com todos os profissionais que estavam envolvidos - Profissionais apoiadores e equipes da Estratégia Saúde da Família - com o objetivo de avaliar as ações de matriciamento que ocorreram no ano de 2011, bem como planejar as atividades para 2012. Dessa forma, busco, neste item, acompanhar e analisar os movimentos que ocorreram nessa paisagem.

Durante esse encontro, percebemos que a implantação do AM vem ocorrendo de forma heterogênea nas diversas equipes da ESF. Nesse movimento, observamos avanços e dificuldades, o que é compreensível por ser uma proposta nova, com pouco tempo de funcionamento.

Nos relatos dos profissionais da ESF, fica nítido que ainda existem diferenças na concepção e no envolvimento desses acerca do AM. As equipes que possuem maior clareza sobre o que é matriciamento, mostram-se mais abertas à realização dessa atividade, ficando claros os avanços alcançados: maior autonomia e responsabilização na condução dos casos, sendo levadas para discussão de matriciamento somente as situações que apresentam uma maior complexidade; utilização dos diversos equipamentos existentes no território como um recurso

terapêutico; desenvolvimento e realização de escuta qualificada com os sujeitos que apresentam sofrimento mental.

Os profissionais com maiores dificuldades no entendimento da proposta relatam uma deficiência em sua formação para lidar com as demandas de saúde mental. Essa situação não foi colocada como um entrave para a realização do matriciamento. No entanto, se observa que há uma expectativa com relação ao AM para que este possa suprir essa lacuna. Notamos isso nos depoimentos: *“Não é que a gente não tenha interesse em fazer, a gente quer fazer esse apoio, mas nós não temos preparação para atender essa demanda, com o suporte de vocês, podemos aprender a lidar com essas situações” (Enfermeira da ESF).*

Concordamos com Medeiros (et. al, 2007) ao relatar que apesar do matriciamento ter como proposta o compartilhamento de saberes e a co-responsabilização, ele precisa ser realizado de tal forma a não cair na mesma lógica de um discurso de saberes especializados, que seriam repassados por aqueles que o detêm (apoiadores) para aqueles que não o detêm (profissionais de ESF). A autora ressalta ainda que, para a efetivação do AM, é preciso que ocorra a valorização dos diversos saberes de todos os atores sociais envolvidos, de modo a potencializar uma ação coerente com a realidade local, para que se possam superar as práticas tradicionais de renovação de receitas, encaminhamentos sem critérios, saberes e atuações fragmentadas, uma vez que, o matriciamento, por si só, não esgota todas as possibilidades de promover a reversão do modelo tradicional e de efetivar a construção ou fortalecimento de uma rede de cuidados em saúde mental articulada.

Outra situação observada que dificulta a efetivação do Apoio Matricial e acentua essa diferença de compreensão da proposta entre as equipes é a alta rotatividade dos profissionais da ESF que ainda se faz presente, estando esta condicionada tanto a motivos concretos: instabilidade dos vínculos empregatícios e as condições de trabalho inadequadas; quanto a questões subjetivas: realização profissional e as relações de trabalho. *“Daí, a equipe está toda completa e integrada, está boa, está sabendo fazer e de repente muda o médico ou o enfermeiro, vem um novo, que, até pegar o ritmo da coisa, entender como funciona, leva um tempo (...)” (ACS).*

Também foram expostos pelas equipes da ESF alguns obstáculos encontrados para a realização do trabalho. Primeiramente foi questionada a escassez de profissionais apoiadores para dar conta da demanda, assim como a conciliação das diferentes agendas dos profissionais envolvidos, a dificuldade de transporte para a realização do matriciamento e a grande quantidade de atribuições da ESF. Essas situações prejudicam a periodicidade dos encontros. Algumas equipes têm buscado amenizar essa realidade através do contato telefônico, que tem sido usado para o esclarecimento de dúvidas. Entretanto, nota-se que essa estratégia prejudica e interfere na potencialidade de discutir os casos.

4.5 PAISAGEM 3: VOU TE CONTAR UM “CAUSO”

A palavra “causo” carrega consigo vários significados. Segundo Aurélio, essa palavra pode ser entendida como uma história inventada ou verdadeira, que pode ser contada de uma forma maior, engraçada ou com objetivos lúdicos. Muitas vezes, apresenta-se com rimas, trabalhando a sonoridade das palavras. Os causos podem ser conhecidos também como populares, aqueles que já fazem parte do folclore brasileiro.

Utilizo a palavra “causo” para me liberar das questões metodológicas existentes nos estudos de casos e para poder relatar de uma forma mais leve e solta algumas discussões de caso que me afetaram e produziram marcas no meu corpo durante a realização desse estudo. Dessa forma, escolhemos contar esses “causos” para compartilhar algumas experiências e itinerários vivenciados através desses encontros de matriciamento. Ressaltamos que os nomes utilizados nas descrições dos “causos” são fictícios, preservando, assim, a identidade dos sujeitos, bem como respeitando as questões éticas.

4.5.1 Um “causo” que deu “pano pra manga”

Uma manga que precisaria de bastante pano, uma vez que teria que aquecer três pessoas, uma mulher e seus dois filhos. Joana foi um “causo” trazido para o matriciamento, e sua discussão, de fato, deu pano pra manga. Foram envolvidos vários atores nesse “causo”, a equipe da ESF, o Conselho Tutelar, a equipe do matriciamento e a comunidade. Enfim, vários aparelhos e instrumentos foram requisitados. E reverberou? Ainda não sabemos. Mas estamos acompanhando essa etapa da vida de Joana.

Importa ressaltarmos que o primeiro contato de Joana com o serviço de saúde foi para solicitar atendimento psiquiátrico para seu filho mais velho. Na época, Joana encontrava-se lúcida e realizava as atividades cotidianas com desenvoltura, inclusive falou de seu sofrimento mental.

Mais tarde seu quadro se complicou, e a equipe da ESF trouxe o “causo” para discussão no matriciamento. Dentre as ações acordadas no PTS, uma delas foi a realização de visita domiciliar que tinha o objetivo de conhecer melhor a realidade vivida por Joana. Essa visita foi realizada conjuntamente com a equipe da atenção básica responsável pelo “causo”, para que se apropriasse das discussões. Durante a visita, foi identificado, pelos profissionais, que Joana estava em surto e precisava de internação imediata. Nesse caso, e ainda para socializar a situação e potencializar os demais envolvidos, o chamado para o SAMU foi realizado pelo Conselho Tutelar, diretamente dos apoiadores. Contudo, seria necessário que alguém ficasse na residência de Joana para aguardar tal equipe. No entanto, nenhum profissional se disponibilizou a aguardar a chegada do SAMU que, ao localizar a residência, não teve acesso a Joana, pois a mesma se recusou a abrir a porta.

A não disponibilidade dos profissionais pode ser dada por um acúmulo de tarefas, mas, também, por um desconhecimento acerca do sofrimento mental, podendo gerar algum tipo de receio no contato com esses sujeitos.

Entre idas e vindas, Joana foi internada na emergência psiquiátrica, onde permaneceu por, aproximadamente, três dias. Retornou à residência e houve denúncias ao Conselho que Joana estaria agredindo seu filho mais velho. Diante dessa realidade, o Conselho Tutelar abrigou os dois filhos em instituição de Assistência Social. O filho mais novo, que parece consciente do problema da mãe,

fugiu do abrigo para acionar o SAMU e seguiu-se nova internação. Dessa vez Joana permaneceu por mais tempo na internação e, no período da alta, foi encaminhada para um CAPS a fim de dar continuidade ao seu tratamento.

A princípio, o “causo” de Joana parecia ser mais uma “missão quase impossível”, várias visitas domiciliares, vários profissionais envolvidos, vários serviços disponibilizados (saúde, assistência, justiça, conselho tutelar), filhos abrigados, comunidade incomodada. E, ainda assim, alguns achavam que nada estava sendo feito, uma sensação de impotência, ou de improdutividade acometia a equipe de apoiadores que se empenhava todos os dias para que Joana fosse assistida de maneira efetiva e de modo a causar menos danos aos seus dois filhos, que não queriam ficar no abrigo. Enfim, foram dedicados vários dias e várias “mangas” para dar ‘resolutividade’ ao “causo”, que hoje parece estar sendo acompanhado de forma devida. Joana foi inserida no CAPS II, que é referência para o seu território. Seus filhos voltaram a residir com ela. A equipe da ESF está realizando visitas domiciliares semanais com o objetivo de acompanhar a família e dar orientações sobre o seu tratamento.

Para tanto, precisamos realizar um trabalho em rede, rede essa que foi difícil tecer, ou percorrer, algumas vezes nos enredamos e paralisamos, em outras, nos desenrolamos e seguimos construindo novos modos e novas tentativas, que só foram possíveis através de discussões incansáveis, telefonemas intermináveis, críticas e elogios que se misturaram ao longo desse “causo”.

4.5.2 Os incomodados que ...

Cléria é um “causo” que estava presente em todos os nossos encontros através das discussões. Também classificado pela equipe da ESF com um “causo” de “missão impossível”, pois, de acordo com o relato do ACS responsável pela área que a usuária reside, vários equipamentos e serviços já tinham tentado “resolver o problema, mas Cléria continuava lá, firme e forte, do mesmo jeito”.

O “causo” é o seguinte: Cléria é uma mulher casada e tem um filho de cinco anos, pelo qual demonstra um grande carinho. Reside com o marido e esse filho. Ela também tem um filho de 14 anos, fruto de outro relacionamento, que atualmente encontra-se abrigado. Já fez acompanhamento em um CAPS II. No entanto, recentemente, recebeu alta, sendo encaminhada para realizar seu tratamento em um ambulatório de Saúde Mental.

O sonho de Cléria é poder engravidar de uma menina. Ela sempre aparece na UBS, relatando que está grávida de uma menina e que precisa fazer seu pré-natal. Em todas essas situações, a enfermeira responsável solicita o exame para confirmar a gestação, no entanto, o resultado sempre é negativo.

O interessante nesse “causo” é o incômodo que ele provoca na equipe, principalmente no ACS, responsável por acompanhar a família de Cléria:

“A casa dela é muito suja, uma pessoa normal não consegue morar daquele jeito. Ela não quer trabalhar, e exigiu que o marido não trabalhasse também, para cuidar dela e do filho, ele fica cozinhando para ela e fazendo todas as suas vontades. No horário da creche do filho, ela leva o menino e fica esperando do lado de fora, até dar a hora de sair” (ACS).

Diversas são as situações que demonstram esse sentimento de incômodo gerado por esse “causo”. Em um dos nossos encontros, a equipe da ESF relatou que a comunidade tinha realizado um mutirão para limpar a casa de Cléria e que, na oportunidade, ela se comportou como a “organizadora do mutirão”, mostrando onde e como as pessoas tinham que limpar. *“Ela não ajudou, parecia uma patroa. Ninguém gostou da atitude dela. Ela tinha que ter colocado a mão na massa” (ACS).*

Em outro relato da equipe, um vizinho contratou os serviços do marido de Cléria para limpar e capinar um terreno vazio com o intuito de ajudar na renda da família. Cléria acompanhou o marido, levou uma toalha para estender no chão e uma sombrinha de praia para fazer sombra, sentou embaixo da sombra e começou a ler um livro. Tal situação provocou um incômodo nas pessoas da comunidade que viram essa cena, pois, de acordo com as falas apresentadas na discussão do “causo”, a usuária deveria permanecer em casa fazendo seus afazeres domésticos.

Durante os nossos encontros, era inevitável o surgimento desse “causo”. Em todas as suas discussões, sempre perguntávamos a equipe qual era a demanda apresentada por Cléria. As respostas sempre eram as mesmas: *“Ela não limpa a casa” (ACS)*. *“...tem fixação em ficar grávida de uma menina” (Enfermeira da ESF)*. *“Não faz nada o dia todo, fica só batendo perna (...). Tirou o marido do trabalho, para cuidar dela...”(ACS)*.

Repetíamos diversas vezes a mesma pergunta: Qual a demanda da Cléria?

No intuito de problematizar o “causo”, discutimos com a equipe da ESF sobre: o respeito às diferenças e às escolhas de estar na vida de cada um; a necessidade de distribuímos rótulos ao que se mostra diferente do que está instituído; as inúmeras possibilidades e formas de estar na vida; os “desejos de manicômios” que se fazem presentes no nosso corpo, dentre outras discussões que percorreram vários encontros.

O que ficou claro foi a dificuldade de alguns profissionais de saúde de se deparar com o diferente, bem como de realizar práticas transversais para lidar com o inusitado. Essa realidade leva o trabalhador a operar com linhas duras e lógicas instituídas. As discussões geradas em torno de “Cléria” buscavam o campo da transversalidade, que para ser realizado, precisava ultrapassar o instituído, romper regras e normas, criando novas possibilidades e caminhos.

Outra situação observada nesse “causo” refere-se ao fato de que “a loucura nos incomoda, porque desvia e nos mostra que é possível desviar, porque nos aponta que essa verdade sobre o mundo é uma ilusão, porque ousa a misturar numa mesma vida a multiplicidade, ou melhor, porque nos indica que “uma vida” se faz na multiplicidade” (LAVRADOR, 2006, p.42).

Olhares lançados, gestos realizados, falas soltas e provocativas revelavam a insatisfação da equipe com a condução do “causo”. Uma sensação de que “nada foi feito” pairava no ar. Ressoando em nossos ouvidos que “Cléria continuava lá, firme e forte, do mesmo jeito”. Perguntamos, então, à equipe, qual seria a solução para o “causo”. A resposta foi imediata e unânime: *“visita domiciliar com a presença do psiquiatra”*.

Apesar do “causo” não apresentar um demanda que justificasse a realização de uma visita, optamos por fazê-la, a fim de conhecermos a situação mais de perto. Cléria e seu marido nos receberam bem. Relataram o tratamento que era realizado no ambulatório de saúde mental. Verificamos que realmente a higiene de sua casa não era a ideal, no entanto, essa situação não era suficiente para tornar um “causo” complexo. Saímos da visita sem nenhum tipo de encaminhamento diferente do que já estava sendo realizado, apenas reforçamos com Cléria a importância dela dar continuidade ao seu tratamento e a orientamos sobre algumas questões relativas à higiene da casa.

Várias foram as formas de fazer a equipe entender que Cléria não era um “causo”, era apenas um incômodo nosso pelo que é diferente, inusitado, estranho. Cléria promoveu bons e maus encontros que permitiu à equipe vivenciar a experiência com o diferente. Um fogo cruzado entre lógicas distintas. Desestabilizou. Provocou desafeto. Desmanchou olhares totalitários, fechados em si mesmos. Foi preciso se despir de si, dos “desejos manicomiais”, para poder “desistir de Cléria” e deixá-la viver.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nem toda *hora*
é obra
nem toda obra
é prima
algumas são mães
outras irmãs
algumas
clima

Paulo Leminski (1985)

Entre encontros e desencontros vivenciados através do matriciamento, neste momento final do trabalho de mestrado, mas uma vez, encontro em Espinosa uma inspiração que consegue expressar e sintetizar de uma forma simples o que tenho sentido e o que significou para mim esse estudo. Assim, posso afirmar que essa experiência produziu em mim bons encontros e afecções alegres que aumentaram a minha potência para a vida.

De alguma forma, esse trabalho fala muito de mim, do meu trabalho, das várias mutações que ocorreram em mim nesse período, do meu jeito “novo” de encarar e estar na vida. Aos poucos, fui compreendendo os diversos afetos e sentidos que percorrem o meu corpo. Essas incontáveis sensações permitiram lançar-me a descobertas. Isso tudo ganhou corpo por intermédio desse estudo que proporcionou uma nova forma de produzir saúde e de acolher a loucura.

Compreendi que o Apoio Matricial, através da porosidade dos seus encontros, pode ser um dispositivo importante na criação de práticas que possibilitem um pensar e (re) inventar fora das regras, dos protocolos e do campo das certezas, abrindo assim espaço para o inusitado. Trata-se então de novos agenciamentos no cuidado em saúde, que dão espaço para a diferença.

Senti que os encontros de matriciamento, de alguma forma, afetaram os sujeitos envolvidos nessa pesquisa, provocando efeitos diversos e diferenciados. A cada encontro uma composição, novas formas de ação, uma micropolítica. Um ir e vir constante, que transitava entre o instituído e o instituinte. Esse vaivém incessante e

ilimitado é que nos possibilitou criar outras formas de acolher a loucura. A paisagem começou a se movimentar aos poucos, em um ir fazendo a produção de novos territórios pelas bordas, buscando novos sentidos. Territórios com plasticidade, escapando dos modelos e protocolos tão enraizados no cuidado.

Em nossa pesquisa, buscamos conhecer os efeitos dos encontros de matriciamento. Como esses encontros podem afetar nossa potência de agir, se os afetos que circulam nesses encontros têm potencializado a rede de cuidados e, conseqüentemente, o processo de desinstitucionalização? Tivemos bons e maus encontros. Maus encontros em que, na maioria das vezes, a força do instituído se fez presente através da padronização, da repetição de condutas e dos encaminhamentos sem responsabilidade. Bons encontros, que geraram alegria e a possibilidade da construção de novos sentidos. Encontros que proporcionaram uma abertura para a experimentação de novas formas de viver, de trabalhar, de se relacionar, enfim, de se encontrar. Assim, através desses encontros, identificamos que o Apoio Matricial pode ser capaz de proporcionar novas formas de ser e de circular pela vida, quando os seus encontros possibilitam um jeito novo de se relacionar com os sujeitos com sofrimento mental.

Identificamos, através dos nossos encontros, que as equipes da ESF, acompanhadas neste estudo, em alguns momentos se deixaram capturar pelo instituído, atuando presas a regras e a protocolos, não sabendo acolher as situações que “fogem da regra”, disparando um sentimento de impotência. Atribuímos a dificuldade de acolher a loucura à falta de uma educação permanente em Saúde Mental e, segundo relato de alguns profissionais, há uma insuficiência na formação acadêmica dos mesmos. Em nosso entendimento, essa postura não permite ao trabalhador experimentar o poder do encontro, ficando de olhos fechados para a diferença. Nesse contexto, abrir-se para a diferença implica se deixar afetar pelas forças provenientes de um encontro, forças essas capazes de criar novos agenciamentos, novos sentidos e outras possibilidades de vida.

Além dessa situação, constatamos que ainda se faz presente em nós o desejo de manter o rótulo de incapaz e de agressivo nos sujeitos com sofrimento mental. Não queremos com essa colocação fazer nenhum tipo de julgamento moral, mas, sim, apontarmos que, apesar dos avanços alcançados com a criação das políticas no

campo da saúde mental, ainda encontramos marcas da lógica manicomial no cotidiano dos serviços de saúde. Atribuímos essas marcas aos “desejos de manicômio”, que, a nosso ver, é um dos desafios a ser enfrentado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Ressaltamos que essa mudança de paradigma não nasce com a criação da normatização que regula as políticas de saúde mental, o que, em si, foi uma conquista, mas, sim, da forma como têm se dado os encontros dos profissionais de saúde com os usuários com sofrimento mental e seus familiares. Sendo assim, não basta seguir as normas, nessa ótica sustentada pelo objetivo do encontro, é preciso ser capaz de afetar e deixar-se afetar pelo inusitado. Assim, teremos a possibilidade de ter uma potência criativa, inventando novos sentidos para acolher a loucura.

Outra situação percebida nesta pesquisa diz respeito à necessidade da articulação e da consolidação das redes de cuidados de Saúde Mental e a Atenção Básica, que embora seja regulamentada pelas atuais políticas e desejada pelos profissionais de saúde, ela ainda não se sustenta no cotidiano dos serviços.

Neste momento final, podemos dizer que a cada encontro realizado, íamos percebendo um maior entrosamento das equipes da ESF com a proposta do Apoio Matricial. Nesse mergulho, o Projeto Terapêutico Singular foi um grande aliado e uma conquista importante. Foi possível mediar relações e mostrar que os saberes específicos de saúde por si só não contemplam a amplitude da vida através desse projeto.

Com essa cartografia, não pretendemos “concluir” nada, afinal, cartografar é estar em movimento. Muito mais do que oferecer respostas prontas de como devem ser realizados os encontros de matriciamento, esse estudo possibilitou a criação de um espaço para refletir e construir um cuidado em saúde mental interligado com a vida. Fica aqui uma questão: O que nós, profissionais militantes da saúde mental, estamos desejando com o Apoio Matricial? Desejamos seguir em frente? Desejamos encontros de matriciamento com produção de vida? De fato, é notório que a interlocução entre a Saúde Mental e a Atenção Básica não será equacionada através de diretrizes, devido à complexidade e à singularidade das ações que não

permitem que sejam criadas receitas para o cuidado efetivo/afetivo capaz de possibilitar novas práticas.

Trazendo para análise novamente a questão desse estudo: quais os efeitos que esses encontros de matriciamento têm produzido? Sabemos que os afetos que circularam nesses encontros produziram diversos efeitos, no entanto, é impossível mensurá-los. O que podemos dizer para quem os procura é que, nessa busca, existem alegrias, tristezas, paixões, decepções, encantamentos, idas e vindas, encontros e desencontros. Bons encontros, maus encontros, enfim, não existem e, acho que nunca existirão, pesquisas que darão magicamente um roteiro ideal a ser seguido. Mas, pelo que pudemos experimentar, um fator importante para compor esses encontros é a vida e não somente a doença e a saúde vistas como em si.

Assim sendo, nesse momento em que as palavras se calam, fica o pensamento que o cuidado em saúde mental é sempre um ato militante em defesa da vida. Nessa minha experiência como pesquisadora, o que anseio é que esses novos modos de acolher e lidar com a loucura sejam ampliados para além dos serviços de saúde. Desejo que os leitores dessa cartografia não sejam somente os profissionais de saúde. Desejo, principalmente, que essas informações tenham um potencial transformador para os leitores que estiverem abertos e dispostos a recebê-las.

Acreditamos que essa busca por novos modos de circular pela vida, guiada pela recusa de se prender a um único “jeito” é que irá, de fato, permitir e sustentar a desinstitucionalização do sujeito com sofrimento mental. Finalmente, cabe pontuar que essa pesquisa não pretendeu esgotar a temática do Apoio Matricial, mas, sim, problematizar e lançar desafio. Sem dúvida, esse é um assunto em que muito ainda se tem a explorar.

Podemos dizer, contudo, que através do mergulho nessa paisagem, foi possível experimentar diversas situações novas e inusitadas, as quais permitiram a construção de novas relações e afetos. Foi como diz Espinosa (DELEUZE, 2002), um encontro com corpos cuja natureza se compõe com a minha, corpos que me afetaram pela alegria, encontro que adicionou desejo e ampliou a potência de agir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, F.D. **Espinosa, Vida e Obra.** Disponível em: <http://fdandrade.com/evo.pdf>. Acesso em 28.08.2012 às 9h.

AMARANTE, P.D.C. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ANDRADE, N.A.; MORATO H.T.P.; SCHMIDT, M.L.S. Pesquisa interventiva em instituições: etnografia, cartografia e genealogia. In.: RODRIGUES, M.M.P.; MENANDRO, P.R.N. (Org.). **Lógicas metodológicas: trajetos de pesquisa em psicologia.** p. 193 – 206, Vitória: Editora GM, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Agente Comunitário de Saúde.** DF. MS, FUNASA, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários.** Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília, DF: 2004.

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

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Série Pactos pela Saúde v. 4. Brasília, DF, 2006a. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. Organizado por Eduardo Passos e Regina Benevides. V. 2. RJ: FIOCRUZ, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial**. Brasília, DF, 2010a, 210p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. **Caderno HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, v.1, 2010b.

BIRMAN, J.; COSTA, J. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

CAMPOS, A.P. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. **Os encontros entre os agentes comunitários de saúde e as famílias dos portadores de transtorno mental: dispositivos para a desinstitucionalização da loucura?** Belo Horizonte, 2007.

CAMPOS, F.C.B.; NASCIMENTO, S.P. **Apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica**. Campinas, 2003. (Mimeo)

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: **Agir em Saúde: Um Desafio para o Público** (MERHY, E.E.; ONOCKO, R. org.), p. 229-266, São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial. 1997.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITT, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, fev.2007.

CHAUÍ, M. **Espinosa uma filosofia para a liberdade**. São Paulo; Moderna, 1995.

CHAUÍ, M. **A Segunda excomunhão de Espinosa**. Disponível em: <http://www.olavodecarvalho.org/convidados/jmaria2.htm>. Acesso em 28.08.2012 às 9h.

CARVALHO, M.C.; MARTINS, A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva (online)**. v.9, n.4, p.1003-1012, 2004.

DELEUZE, G. **Espinosa: filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro : Ed. 34, 1995. v. 1.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998

DIMENSTEIN, M.; SANTOS, Y. F.; BRITO, M.B.; SEVERO, A.K.; MORAIS, C.M. Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família. **Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC**. Barbacena, v.3, n.5, p.24-40, novembro 2005.

DIMENSTEIN, M. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

ERVEDOSA, E.N.B.; MAERSCHNER, R.L. **Roda de Conversa (33): A prática cotidiana e a função apoiadora**. Texto referência do 2º Seminário Nacional de Humanização, realizado em Brasília nos dias 05 a 07/08/2009. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/node/7510>. Acesso em 03.09.2012.

ESPINOSA, Bento de. **Ética**. Trad. de Joaquim de Carvalho, Joaquim Ferreira Gomes e António Simões. Lisboa: Relógio D'Água, 1992.

FIGUEIREDO, M.D. **Saúde Mental na Atenção Básica: Um estudo hermenêutico – narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS - Campinas (SP)**. Dissertação de Mestrado. Campinas, 2005.

FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, R.O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc. saúde coletiva**. 2009, v.14, n.1, p. 129-138.

FISCHER, N.B. **Ação coletiva, sujeitos e educação**. Porto Alegre: PPGEDU/UFRGS, 2000.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo, Perspectiva, 2005.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial**. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-14.pdf>. Acesso em 24.07. 2012 às 11hrs.

FRANCO, T.B. **Gestão do Trabalho em Saúde Mental**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestaodotrabalho.pdf>. Acesso em: 16.07.2012 às 11h.

GANCUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro. Ed. Forense Universitária, 1978.

GODOY M.G.C.; BOSI M.L.M. A alteridade no discurso da reforma psiquiátrica brasileira face à ética radical de Lévinas. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 289 - 299, 2007.

GOMES, V.G. **Apoio Matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP.** São Paulo: Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Medicina Preventiva e Social, 2006.

HEIDRICH, A.V. **Reforma psiquiátrica a brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização.** Porto Alegre: PUC - RS, 2007.

LANCETTI, A. **A Clínica peripatética.** 3 ed Editora Hucitec. São Paulo, 2008.

LAVRADOR, M.C.C. **Loucura e vida na contemporaneidade.** 2006. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

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

MACHADO, L.D.; LAVRADOR, M.C.C. Loucura e subjetividade. In: MACHADO, L.D.; LAVRADOR; M. C. C., BARROS, & M. E. B. de. (Orgs.) **Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 45-58.

MACHADO, L.D.; LAVRADOR, M.C.C. Subjetividade e loucura: saberes e fazeres em processo. In: Subjetividade e práticas institucionais: a reforma psiquiátrica em foco. **Revista Vivência.** UFRN/CCHLA, nº 32, p. 79-95, 2007.

MACHADO, R. **Deleuze e a filosofia.** Rio de Janeiro. Edições Graal. 1990.

MEDEIROS, V.A.B.; DIMENSTEIN, M.D.; BEZERRA, E.N.R.; SEVERO, A.K.S.; BRITO, M.A.; SOARES, A.L. Tecendo redes da integralidade: a experiência do apoio matricial em Natal. In: **XIV Encontro Nacional da Abrapso,** 2007, Rio de Janeiro. Diálogos em Psicologia Social, 2007.

MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e

gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E., & ONOCKO, R. **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec / Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 113- 160.

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

MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: ONOCKO, R.(Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 197-228.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. Dissertação de mestrado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2007.

OLIVEIRA, G. N. **Apoio Matricial e a lógica do “necessário” para combater o especialismo**. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/node/7101> Acesso: 10.07.2012 às 15h.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo- Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: Biblioteca da OMS, p.173, 2001.

ONOCKO CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. In: **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p.98-111, maio/ago.2001.

PELBART, P. P. **Elementos para uma cartografia da grupalidade**. Disponível em: <http://www.itaucultural.org.br/proximoato/pdf/textos/textopeterpelbart.pdf> . Acesso em 26.06.2012.

ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir. Uma perspectiva ética/estético/político no trabalho acadêmico. **Cadernos de subjetividade**. V.01, nº 1, p. 241-251, 1993.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2011.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SCHMIDT, M. L. S. Atenção Básica e Saúde Mental em Centro de Saúde-Escola da Cidade de São Paulo. In: **VIII Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituições**, 2008.

SCHMIDT, M. L. S.; NEVES, T. F. S. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho (USP)**, v. 13, p. 225-240, 2010.

SOUZA, E. P. **Tamborizar: história e afirmação da auto-estima das crianças e adolescentes negros e negras através dos tambores de congo**. Dissertação de Mestrado. Pós-Graduação Mestrado em Educação e Contemporaneidade. Universidade do Estado da Bahia. UNEB. Bahia, 2005.

SILVA, C. S. **A saúde mental na perspectiva da atenção primária à saúde**. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de medicina. UFRGS. Porto Alegre, 2010.

TENÓRIO, G. **O apoio matricial: obstáculos e potencialidade nas práticas em construção**. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/7077-o-apoio-matricial-obstaculos-e-potencialidades-nas-praticas-em-construcao>. Acesso em: 20/07/2009 às 10hrs.

TEXEIRA, R.R. **As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público**. Disponível em: <http://www.faimi.edu.br/v8/Biblioteca/As%20redes%20de%20trabalho%20afetivo.pdf>. Acesso em 27.07.2012 às 10h 25min.

TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface**, v.6, n.10, p.75-94, fev 2002.

VASCONCELOS, M.F.F.; MORSCHEL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Interface**, vol.13, suppl.1, p. 729-738, 2009.

ANEXO A - ACOLHIMENTO DE SAÚDE MENTAL

I - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Sexo: () feminino () masculino Telefone(s): _____

Data de nascimento: ___ / ___ / ___ Naturalidade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

Dados fornecidos por (grau de parentesco): _____

II – DADOS PESSOAIS:

Estado Civil: () solteiro () casado () união consensual () divorciado
() viúvo () outros _____

Escolaridade: () analfabeto () 1º grau incompleto () 1º grau completo
() 2º grau incompleto () 2º grau completo () superior incompleto
() superior completo

Profissão: _____

Exerce alguma atividade remunerada no momento? () não () sim. Qual?

Recebe algum benefício? () não () sim. Qual?

É curatelado? () não () sim.

Curador: _____

Tel.: _____

Com quem reside? () só () pais () cônjuge () amigos () irmãos () parentes () filhos () outros: _____

III – DADOS CLÍNICOS

Já fez tratamento em saúde mental? () não () sim.

Qual (is)? () com psiquiatra () com psicólogo () com neurologista
() CAPS () hospital-dia () outros: _____

Qual foi o último tratamento? _____

Local: _____

Quando? _____

Faz uso atualmente de medicação? () não () sim.

Qual(is)? _____

Desde quando? _____ Prescrita por: _____

Internações psiquiátricas: () nenhuma () 1vez () 2 a 5 vezes
() 3 a 10 vezes () mais de 10 vezes

Relacione o(s) local(is) e o(s) período(s) das internações que o paciente lembrar:

Queixa principal:

O paciente relata ter algum dos seguintes agravos clínicos?

() não () sim.

Qual(is)? () hanseníase () tuberculose () hipertensão
() diabetes () DST Outros: _____

ANEXO B - PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

I - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Sexo: () feminino () masculino Telefone(s): _____

Data de nascimento: ___ / ___ / ___ Naturalidade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

Técnico de Referência: _____

ATIVIDADE	DIA DA SEMANA	HORÁRIO	RESPONSÁVEL

ANEXO C - CONTRATO TERAPÊUTICO COMPARTILHADO

A Equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), juntamente com a Equipe do Programa de Saúde Mental, através do Apoio Matricial, se propõem a acolher, acompanhar e reinserir, no âmbito social e familiar, pessoas com sofrimento mental que comprometa sua vida cotidiana. Para tanto, se propõem a construção do Projeto Terapêutico Singular.

Tal projeto será elaborado por profissionais, usuários e familiares, considerando aspectos para além da medicação no tratamento, envolvendo a vida como um todo, suas relações com a vizinhança e seus familiares, o cuidado com a saúde, em geral, bem como os espaços de participação dentro do serviço.

Este projeto é elaborado para cada usuário, de acordo com a indicação terapêutica, apresentando propostas que efetivem o tratamento, como: espaços de diálogo com as famílias, inserção em projetos na comunidade, atendimento e acompanhamento pela equipe de ESF, atendimento psiquiátrico e outros serviços necessários de acordo com a especificidade de cada caso.

Usuários, familiares e profissionais devem participar da construção e implantação das propostas deste projeto, que devem ser reavaliadas periodicamente por todos envolvidos. Os espaços de diálogos com as famílias devem possibilitar uma troca de experiências entre seus integrantes, no sentido de como elas se percebem e se organizam na busca de recursos individuais e sociais para o atendimento das suas necessidades no tratamento de seu familiar.

O acompanhamento da efetividade do PTS será realizado na comunidade, pelo Agente Comunitário, que devido às suas atividades e à facilidade de circulação no território consegue estabelecer um melhor contato com os usuários e suas famílias. Caso encontre alguma dificuldade ou perceba que as propostas do projeto não estão atendendo à necessidade do caso, ou, ainda, que o PTS precisa ser reavaliado, este se reportará ao enfermeiro da sua equipe de referência. A esse profissional caberá contatar novamente o usuário e sua família para, juntos, discutirem a melhor forma de realizar as atividades propostas no projeto e/ou reavaliá-las.

A reavaliação do PTS será realizada a cada três meses ou de acordo com a necessidade apontada ao longo do tratamento.

Cabe à Equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), juntamente com a Equipe do Programa de Saúde Mental, através do Apoio Matricial, oferecer acompanhamento terapêutico aos usuários com sofrimento mental e incentivar a participação dele e de sua família no cotidiano do serviço, no tratamento e nas atividades propostas pelo PTS.

Cabe ao usuário a responsabilidade com o seu tratamento, o envolvimento nas atividades propostas, cumprindo o seu PTS.

É dever da família ser parceira no tratamento do seu familiar, apoiando e contribuindo com o serviço, comparecendo quando solicitado e incentivando seu familiar a realizar as atividades propostas pelo PTS.

A efetividade do tratamento do usuário depende da responsabilidade compartilhada de todos os envolvidos.

Isso posto, declaramos estar cientes da proposta do serviço e de seu funcionamento e nos comprometemos a colaborar no cumprimento desse Contrato Terapêutico Compartilhado.

Cariacica, _____ de _____ de _____.

Assinatura do usuário

Assinatura do familiar/responsável

Assinatura do Agente Comunitário

Assinatura do Enfermeiro