



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família:

Notas cartográficas sobre processos de trabalho em saúde.

DANILO CAMURI TEIXEIRA LOPES

Natal-Rn

2009

DANILO CAMURI TEIXEIRA LOPES

Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família:

Notas cartográficas sobre processos de trabalho em saúde.

Dissertação elaborada sob orientação da Prof^ª. Doutora Magda Diniz Bezerra Dimenstein e apresentada ao programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção de título de “Mestre em Psicologia”.

Natal-RN

2009

Catálogo da Publicação na Fonte.
Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA).

Lopes, Danilo Camuri Teixeira.

Saúde mental na estratégia saúde da família : notas cartográficas sobre processos de trabalho em saúde / Danilo Camuri Teixeira Lopes. - 2009.
144 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr^a. Magda Diniz Bezerra Dimenstein.

1. Psicologia – Dissertação. 2. Saúde mental – Família - Dissertação. 3. Transtornos mentais – Dissertação. I. Dimenstein, Magda Diniz Bezerra (Orient.). II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BSE-CCHLA

CDU 159.91

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

A dissertação “Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: notas cartográficas sobre processos de trabalho em saúde”, elaborada por “Danilo Camuri Teixeira Lopes”, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial para obtenção do título de “Mestre em Psicologia”.

Natal, RN, 13 de março de 2009

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Vlória Jamile dos Santos Jucá (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Ana Karenina de Melo Arraes Amorim (UFRN)

Prof^ª. Dr^ª. Magda Diniz Bezerra Dimenstein (UFRN)

Let's Play That

Quando eu nasci
um anjo louco muito louco
veio ler a minha mão
não era um anjo barroco
era um anjo muito louco, torto
com asas de avião
eis que esse anjo me disse
apertando a minha mão
com um sorriso entre dentes
vai bicho desafinar
o coro dos contentes
vai bicho desafinar
o coro dos contentes
let's play that

(Torquato Neto, 1944-1972)

Dedicatória

Àqueles que em suas maiores adversidades não frearam suas vidas e conseguem produzir intensos e felizes encontros.

À minha mãe, Mônica Camuri, com suas inquietantes perguntas sobre a vida que sempre me impulsionaram durante essa aventura pelas trilhas da saúde.

À minha irmã Mayara Camuri e minha amiga Maria dos Aflitos (Filita) que sempre me apoiaram e acreditaram nesse projeto, para além dos olhos marejados que me recebiam ao regressar para o Piauí.

Ao meu pai, Adoaldo Lopes, pelo seu incentivo e força que me deu garra para conduzir esse trabalho; a minha madrastra Patrícia Pádua e minhas irmãs Luma Pádua e Lunara Pádua que com muito amor, carinho e respeito acreditaram nessa minha empreitada.

À querida, linda, meiga e poetiza Vovó Elba Camuri, símbolo de amor, compreensão, e força para viver.

À minha família que conquistei durante o percurso desse trabalho: Ana Cândida Gouveia, minha companheira que com seus cafés, compreensão e incentivos me mantinha acordado pela madrugada e a minha filha Valentina Camuri, a estrela mais brilhante da constelação do meu viver, amor/ternura/carinho/risadas/alegria/cuidado. Sempre comigo na reta final desse percurso, deitada sobre meu ombro, segurando-a com apenas uma mão dormia calma e serena. Ah! A outra mão digitava a dissertação. Aproveito o momento para dedicar aos pais de Ana Cândida, o Bonifácio Gouveia e Gorete Gouveia, bem como agradeço o acolhimento e compreensão.

À Professora Magda Dimenstein, por ter apostado nessa caminhada e com sua potência para viver e produzir linhas de escape para as forças que nos aprisionam,

proporcionou o surgimento de um outro de mim, mais questionador, reflexivo, responsável e sorridente.

À minha dinda, Claudia Camuri, que tanto me apoiou com suas indicações das trilhas/autores por onde poderia me aventurar, me perder, me achar; intensas conversas e os melhores encontros que já tive pelas ruas e praias cariocas; dinda exemplo de viver, de sentir, de afetar/afetar-se, de cuidar e pensar a vida.

Agradecimentos

À minha orientadora Professora Magda Dimenstein que com maestria para o trabalho com a diferença, conduziu de modo instigante as orientações para a produção dessa pesquisa. Obrigado pela paciência e confiança, principalmente nos momentos em que tateava como um cego em terrenos áridos do pensamento humano.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de formação de pesquisador que permitiu realizar esse estudo.

À Secretária de Apoio ao Estudante da Universidade Federal do Rio Grande do Norte pela moradia e alimentação na Residência Universitária de Pós-Graduação, local onde conheci e descobri com é bom viver ao lado de pessoas tão diferentes.

Aos profissionais médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde que aceitaram participar desse estudo, bem como todos os trabalhadores da Unidade de Saúde Ozeas Sampaio que me proporcionaram bons encontros, boas conversas e bons cafés.

À professora Isabel Fernandes de Oliveira pelas reflexões, indagações e sugestões, ofertadas nos seminários de dissertação, que tanto contribuíram para o desenvolvimento desse estudo.

À professora Lucia Rosa pela sua disponibilidade para discutir sobre os movimentos que a reforma psiquiátrica tem produzido no Piauí. Agradeço os presentes-livros que me proporcionaram muitas reflexões.

À professora Maria Helena Zamora pelas sugestões de leitura e as boas conversas que tivemos em território potiguar e carioca.

Às Professoras Ana Karenina de Melo Arraes Amorim e Vlândia Jamile dos Santos Jucá por aceitarem o convite de participar da banca examinadora desse estudo.

Aos amigos João Paulo, Alex, Ana Karenina, Fred, Katita, Mariana, Vitória, Jáder, Vanessa, Kalliny, Rafael, Cintia e André, por compartilharmos intensas discussões, conversas, risos, angústias e ansiedades. Em especial, agradeço ao amigo João Paulo Macedo que tanto me incentivou e ajudou nesse percurso, desde o seu início quanto tudo era apenas rascunhos do que se tornaria um projeto de pesquisa. Agradeço o momento em que me acolheu, juntamente com Sariny Leão, quando desembarquei em Natal e por sempre me receberem em sua casa com uma boa história para gargalhamos e saborearmos a vida; Ao Alex Alverga, uma grande amizade que se construiu nesse percurso, com quem dividi muitas alegrias, piadas, músicas, ansiedades, preocupações e projetos de vida; Ao amigo Jáder Leite por toda ajuda e confiança e pelos bons momentos de risadas, sempre com sua potência para nos produzir alegria; À amiga Ana Karenina por me incentivar e acreditar neste estudo, principalmente na caminhada final desse percurso.

Aos grandes amigos/irmãos, Demétrio Félix e Victor Marchel, que em meio à saudade e distância, sempre me incentivaram e acreditaram nesse projeto.

Aos amigos Marcos Antônio (Marquinhos), Capela, Eva, Flávia e Ednara, pelo companheirismo e preocupação que tanto fortaleceram nossa amizade e nos proporcionaram um conforto afetivo, em meio à saudade da terra natal e da família.

À Cacau e Aline pelo o incentivo, leituras, risadas, lanches, passeios e discussões.

Ao corpo docente do Programa de Pós Graduação em Psicologia da UFRN, bem como agradeço à Cilene, pelo carinho e alegria com que me recebia em sua sala.

A todos os alunos da minha turma de mestrado, amigos com os quais tive momentos muito alegres em todo em esse percurso, principalmente na hora do cafezinho da tarde.

Por fim, especialmente a todos que acreditaram nesta empreitada.

Resumo

Esse estudo objetiva cartografar os processos de trabalho em saúde produzidos a partir dos encontros entre trabalhadores de equipes de Saúde da Família e usuários portadores de transtornos mentais/PTM's. O campo de pesquisa foi a Unidade de Saúde da Família (USF) Ozeas Sampaio, localizada no município de Teresina-PI. No que concerne aos procedimentos metodológicos, utilizamos um roteiro de entrevista semi-estruturado visando cartografar as práticas de cuidado, acolhimento e diagnóstico que essas equipes realizam com esses usuários. Foram entrevistados onze trabalhadores de três equipes diferentes, dentre eles um médico, um enfermeiro e dois agentes comunitários de saúde de cada equipe. Outras ferramentas utilizadas foram um diário de campo, em que registramos diálogos informais, observações e sensações ocorridas no cotidiano da unidade; e também o acompanhamento às equipes em visitas domiciliares e às reuniões semanais na unidade. Esses encontros possibilitaram a construção de dois eixos analíticos: 1) Mapeamento do estabelecimento (USF), da organização (Fundação Municipal de Saúde e a rede de serviços) e das instituições e práticas em saúde; 2) Análise dos encontros entre trabalhador e usuário PTM's. No primeiro eixo, verificou-se a repetição da lógica de trabalho hospitalocêntrico, com a manutenção de relações hierárquicas entre trabalhadores e de processos de trabalhos que dissociam gestão e atenção em saúde. Identificamos a falta de estrutura física, de capacitação e de empoderamento dos trabalhadores para o cuidado em saúde mental. No segundo eixo, observamos que os encontros, sejam na USF, sejam nas residências dos usuários, provocam nos trabalhadores incômodo, desconforto e angústia, por lidarem com questões que vão para além do que se especifica como sendo da ordem da saúde, como as histórias de vida, conflitos familiares, desemprego, fome, violência física, psicológica e sexual. Fato esse, que implica em dificuldades para criação de vínculos, acolhimento e responsabilização por essa demanda.

Palavras-Chaves: Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental, Atenção Básica, Trabalho em Saúde, Processos de Subjetivação.

Abstract

This study aims to map the working process in the health area starting from the meeting between the family and health teams and mental trouble carriers./MTC. The area of research was the Family Health Unit of Ozeas Sampaio, which is located in the county of Teresina-PI. As regard to the methodology procedure, we used a semi-structured interview timetable, aimed to detail the care practices, admittance and diagnostics that those teams realize with their users. Three teams of eleven workers each were interviewed. There was a doctor, a nurse and two health community agents in each team. The other tools we used were a camp logbook, in which we wrote down some informal dialogs, daily observations and feelings of the unit, and also the accompaniment of the staffs in house calls as well as the weekly meetings in the unit. Those meetings allowed us the construction of two analytic axes: 1) description of the establishment (Family Health Unit) of the organization, (municipal foundation of health and the service network), and the institutions and practice of health. 2) Analysis of the meetings between the worker and the user of Mental Trouble Carriers. In the first axis, we verified the repetition of the working logic focused on jobs in the hospital with the maintenance of the hierarchical relations between worker and the work processes which dissociate management and watchfulness in health care. We identified the lack of physical structure, the lack of self-confidence of the worker in the attention of the mental health care. At the second axis, we assess that the meetings, at the Family Health Unit (FHU) or at the dwelling of the users cause nuisance, discomfort and anxiety to the workers because they deal with issues that go beyond what is named as being the health order such as life stories, family conflicts, unemployment, hunger, sexual and psychological violence. As a matter of fact, they involve difficulties for having new relationships, reception and responsibility for this request.

Key Words: Psychiatric Alteration, Mental Health, Basic Attention, Work in Health, Subjectivity Process

Lista de Figuras

Figura	Página
01 Mapa do espaço geográfico em que às equipes da ESF atuam.....	59

Lista de Tabelas

Tabelas	Página
01 Estabelecimentos de saúde em Teresina.....	47
02 Faixa Etária dos Técnicos Entrevistados.....	72
03 Escolaridade dos Agentes Comunitários de Saúde.....	72
04 Instituição de Formação dos Técnicos do Ensino Superior.....	73
05 Tempo de Formação dos Técnicos do Ensino Superior.....	74
06 Vínculo Empregatício dos Técnicos Entrevistado na USF Ozeas Sampaio.....	74
07 Formação e Aperfeiçoamento dos Técnicos de Nível Superior entrevistado na USF Ozeas Sampaio.....	75
08 Tempo de Trabalho dos Técnicos Entrevistado na USF Ozeas Sampaio.....	76

Lista de abreviações

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitário de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
FMS	Fundação Municipal de Saúde de Teresina
SES	Secretária Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Resumo.....	ix
Abstract.....	x
Lista de figuras.....	xi
Lista de tabelas.....	xii
Lista de abreviações.....	xiii
Introdução: Carta ao leitor.....	16
Capítulo um: O cartógrafo experimenta ir ao campo.....	25
Capítulo dois: Novas questões e direções surgem para o cartógrafo.....	39
Capítulo três: O cartógrafo prepara suas ferramentas, depara-se com uma história sobre a saúde mental no Piauí e volta ao campo.....	45
• Uma certa história.....	48
• O local de estudo, estratégias metodológicas e a inserção na unidade.....	57
Capítulo quatro: As relações e os fazeres no cotidiano da USF.....	67
• Discorrendo sobre o perfil profissional dos técnicos entrevistados.....	71
• Sobre a ESF e sua implantação na unidade integrada Ozeas Sampaio.....	76
• Das atividades realizadas e as demandas que as equipes de saúde da família recebem.....	84
• Acompanhando a equipe nas visitas domiciliares/no território.....	99
• As instituições que permeiam as relações entre trabalhadores, equipes, gestão e comunidade.....	105

Capítulo cinco: Encontros, diferença e produção de modos de trabalho.....	111
Fechando as cortinas: Algumas considerações finais.....	128
Referências bibliográficas	135
Anexos	142

INTRODUÇÃO

CARTA AO LEITOR

No discurso que hoje eu devo fazer, durante anos talvez, gostaria de neles poder entrar sem se dar por isso. Em vez de tomar a palavra, gostaria de estar à sua mercê e de ser levado muito para lá de todo o começo possível. Preferiria dar-me conta de que, no momento de falar, uma voz sem nome me precedia desde há muito: bastar-me-ia assim deixá-la ir, prosseguir a frase, alojar-me, sem que ninguém se apercebesse, nos seus interstícios, como se ela me tivesse acenado, ao manter-se, um instante, em suspenso. (Foucault, 1999, p. 06)

Michel Foucault inicia sua aula inaugural no *Collège de France*, no dia 2 dezembro de 1970, pronunciando estas palavras, as quais traduzem de maneira ímpar o espírito com que gostaríamos de empreender essa escrita, a pesquisa e seu percurso até o presente momento.

Confesso que produzir essa pesquisa e esse escrito não foi uma missão fácil. Na realidade, sofreu tantos desvios quantos o pesquisar me provocou. A escrita, sendo uma produção em que já não é mais possível distinguir entre o produtor e o produto, faz emergir uma gama de derivas entre limites pessoais e desmedidas.

Recordo-me, neste momento, das reuniões da base de pesquisa, a qual esse estudo está vinculado, "*Políticas de Subjetivação, loucura e Contemporaneidade*", em que os amigos comentavam sobre o ato de escrever, comparando a um processo de gestação. Com o caminhar da pesquisa fui percebendo que parece ser. Você sente náuseas, sofre modificações corporais, engorda, tem alterações de humor, oscilado entre o amor e ódio com seu parceiro, que aqui no caso é o computador, em que você escreve diariamente a dissertação.

No entanto, é uma gestação um tanto quanto estranha, na qual o gestado, na hora do parto, ao invés de simplesmente vir ao mundo, ainda produz um filho, o escritor. Nietzsche (1995), certa vez, relatara que estava grávido de idéias e que suas dores de cabeça eram as dores do parto de seus livros.

Escrever, experiência interminável em que o escritor isola-se de si mesmo. Ele não é ninguém e todos ao mesmo tempo, seguindo apenas um fluxo, que não se sabe de onde vem e para onde vai, mas ao final, têm-se dois produtos, o escritor e o seu escrito.

Outros colegas já diziam que escrever é um ato solitário. O que também não deixa de ter um sentido lógico. Contudo, a solidão a que me refiro é uma solidão em que não se está só, porque multidões de vozes nos acompanham, dentre as quais tentamos ouvir o som da nossa própria voz. Barulho, som, vozes e silêncio. Um silêncio povoado de vozes, um som que não é propriamente meu, pois diversos autores, músicas, memórias, cidades, experiências se fazem presentes.

Desta forma, convido você a conhecer esta multiplicidade de vozes que me acompanham e embarcar em uma viagem pelas trilhas da saúde pública, mais especificamente, viajar para o município de Teresina, capital do estado do Piauí e mergulhar nas práticas de saúde realizadas na atenção básica.

Compartilhando olhares, indagações, estranhamento, medos e diversos sentidos que se abriam diante das relações entre trabalhadores de saúde e usuários portadores de transtornos mentais/PTM's, a Unidade de Saúde da Família Ozeas Sampaio e a comunidade em seu entorno.

Desse modo, o presente estudo tem como objetivo geral cartografar os processos de trabalho em saúde desenvolvidos na Unidade de Saúde da Família Ozeas Sampaio, localizada na zona norte do município de Teresina-PI, analisando a permeabilidade dos técnicos aos novos princípios que orientam o trabalho em saúde mental no Brasil.

Especificamente, buscamos conhecer que práticas de cuidado, acolhimento e diagnóstico são desenvolvidas com o portador de transtorno mental. Objetivamos ainda investigar quais as dificuldades encontradas e ajustes realizados nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família no cuidado com aos portadores de transtornos mentais, bem como as concepções acerca do trabalho com a loucura. Por fim, analisar as relações de saberes e poderes que se engendram no cotidiano da unidade de saúde da família, ou seja, entre trabalhadores, destes com a gestão, bem como com os usuários.

Essas indagações e o desejo de realizar esse estudo no município de Teresina, ainda que de maneira preliminar, iniciaram quando realizava minha formação acadêmica em Psicologia, nesse município que é minha terra natal. Através de experiências extracurriculares foi possível o contato com a experiência da loucura, seja ela no campo da saúde mental, seja no campo atenção básica do município. A partir de então, esses campos passaram a me afetar de uma forma mais direta, suscitando em mim indagações e impulsionando-me a buscar novas possibilidades de cuidado para os portadores de transtornos mentais.

Com efeito, essa experiência possibilitou-me um encontro com um campo desconhecido e pouco debatido em minha formação, o campo das políticas públicas de saúde e a realização de um trabalho em saúde que se propunha extramuros. Assim, com o passar dos dias e de algumas visitas como voluntário em uma unidade de saúde da família de Teresina comecei a me indagar sobre os modos de cuidado desenvolvidos com os usuários da unidade e com os usuários portadores de transtornos mentais particularmente.

No entanto, lá estava arrogante e “entupido” de teorias sobre o funcionamento do sistema cognitivo humano e de como se deveria proceder em um trabalho em saúde

mental. Mas, bastou realizar as primeiras visitas domiciliares, juntamente com a equipe, para entender a complexidade do que estava por vir.

O que estou querendo dizer, é que o profissional, nessas circunstâncias, tem que lidar profissionalmente e no nível de suas afetações, com uma demanda advinda primordialmente de problemas atravessados pelas péssimas condições de vida da comunidade que afetam diretamente a saúde dos usuários, isto é, a falta de emprego, pobreza e fome, violência, tráfico de drogas, moradias em locais inapropriados, perto de esgotos ou barrancos que podem desabar a qualquer chuva. Esses fatos nos lançam em uma pergunta: o que estas circunstâncias produzem nas práticas cotidianas dos técnicos?

Sendo assim, lidar com estas questões me mobilizou de maneira intensa e me impulsionou a buscar outra forma de trabalho. Até então só havia tido experiências no campo da saúde por meio de práticas hospitalares e da clínica psicológica, mesmo tendo conhecimento de que esses fatores sociais entram em análise e são produtores de subjetividade, quando se busca entender uma forma de vida. Mas, quando ouvi e enxerguei os problemas ao mesmo tempo e diante da experiência dos encontros com a alteridade e outros modos de vida que não eram aqueles que faziam parte do meu cotidiano, isso me tocou de uma forma diferente.

Recordo-me de dois casos extremamente interessantes, um deles de uma moça com seus 19 anos de idade. Olhos castanhos e a pele clara, há menos de um ano começara a ouvir vozes e ver pessoas. Mania de perseguição, alterações do humor e muitas dificuldades de socializar-se. Pois bem, eis que certo dia chegando à comunidade para fazer uma visita domiciliar a esta usuária, soubemos da notícia: que ateara fogo em seu próprio corpo, ficando com mais de 90% dele queimado. A pele clara agora dava vez a uma pele vermelha, em carne viva.

Após alguns meses, sem sair de casa, as dificuldades de socializar aumentaram e graves crises de depressão a acometeram. Para resumir a história, ela continua a utilizar medicamentos psicotrópicos, não frequenta serviços especializados em saúde mental, pois ainda é difícil locomover-se devido às queimaduras terem causado dificuldades em suas articulações, utiliza uma roupa especial sobre todo o corpo, pois as marcas causam extrema estranheza, seus braços e pernas queimados não possuem mais elasticidade. Os cuidados dessa usuária ficam todos ao encargo da equipe de saúde da família. A equipe me relatava as dificuldades para o trabalho com esta jovem, pois um sentimento de impotência acompanhava os técnicos, bem como medo, devido à falta de preparo para o manejo com a demanda que a usuária apresentava, e decorrente disso, o clima de insegurança rondava a equipe.

Outro caso que me tocou bastante foi de um senhor de 44 anos em condições de vida precárias. Morava no quintal da sua casa, juntamente com as galinhas, porcos e cachorros. Passa seu tempo construindo uma espécie de caverna com tijolos que o mesmo tira do muro de sua casa e dos vizinhos. Após terminar de fazer essa caverna ele a destrói e a constrói novamente. Sua mãe relata que ele passou um longo tempo de sua vida acorrentado, pois todos tinham medo dele, consideravam-no agressivo e também tinham medo dele fugir. Somente com as intervenções da equipe da saúde família, ele passou a ser desacorrentado, tomar banho regularmente e ter acesso aos cuidados em saúde. Enfim, esses foram apenas alguns de muitos encontros que provocaram em mim, linhas de desassossego. Rolnik (1993) descreve as linhas de desassossego como sendo experiências ou eventos que nos atravessam ao longo de nossa vida e provocam rupturas em nossas atuais formas de pensar, sentir e agir no mundo, de modo a produzir estranhamentos aos nos relacionarmos com nós mesmos e com os outros.

Diante de tais fatos, busquei produções bibliográficas locais no intuito de descobrir o que os autores que escrevem sobre Teresina estavam pensando acerca da realidade que encontrara e dos processos de trabalho em saúde que estavam sendo desenvolvidos com esses usuários. Entretanto, deparei-me com outro fator, e não menos importante, que me impulsionou e também justifica a realização desse estudo, o fato de que há poucas pesquisas referentes ao tema da Reforma Psiquiátrica no município, bem com estudos que possibilitem um efetivo trabalho em saúde mental na atenção básica.

Somado a isso, as gestões em saúde, tanto no Estado quanto no município, não “priorizam” investimentos em ações em saúde mental, ou seja: não há cursos de capacitações para os técnicos, não há criação de outros programas e serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e articulação em rede dos serviços existentes, em especial dos centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com as unidades básicas de saúde. Desta forma, ocorre o retardo no processo Reforma Psiquiátrica tal como apontado por Passamani (2005) e Rosa (2005).

Justifica-se ainda a necessidade de realizar esse estudo, pelo fato de que a inserção da saúde mental na atenção básica é uma estratégia importante para a reorganização da atenção à saúde, necessária e urgente, para a produção de um trabalho dentro do princípio da integralidade e com modos de trabalho que rompam com as relações de tutela e controle social dos PTM's. Segundo Dimenstein, Santos, Brito, Severo e Morais (2005), essa articulação é uma estratégia para tentar modificar os processos de trabalhos institucionalizados, para que estes não sejam fragmentados e parcializados, pois na atenção básica, em especial através da atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) ocorre de modo mais próximo da comunidade, com criação de vínculos e confiança e isto é um dos requisitos para um efetivo trabalho de desinstitucionalização da loucura.

Desinstitucionalização essa, que segundo Rosa (2005; 2006) e Passamani (2005) não ocorre de maneira eficaz em Teresina.

A legislação brasileira, em especial através da Lei Nº. 10.206, de 06 de Abril de 2001, privilegia o atendimento no território onde os portadores de transtornos mentais residem, bem como a articulação dos equipamentos de saúde com a comunidade, suas famílias e retaguarda jurídica para os portadores de transtornos mentais com a regulamentação de direitos assegurados por lei.

De acordo com Silveira (2003) toda a dimensão técnica-política dessa articulação incide francamente nos processos de trabalho na saúde pública e na saúde mental, bem como afeta diretamente os processos de subjetivação dos sujeitos em sofrimento. Desse modo, pretende-se com esse estudo refletir sobre esses processos de trabalho desenvolvidos com os usuários PTM's na estratégia saúde da família, porque a partir do momento que a atenção básica é considerada como um espaço privilegiado/potente para o trabalho com acolhimento das necessidades e cuidado da demanda saúde mental com intervenções que rompam com o modelo manicomial e segregador. Isso implica em intensas transformações nos processos de trabalho institucionalizados na estratégia saúde da família, tanto no que se refere à atenção em saúde quanto na gestão desses processos (Dimenstein et. al., 2005). Mas, como vem se desenrolando de fato essa articulação entre saúde mental e atenção básica no município de Teresina? Quais os problemas que a gestão e a rede de saúde apresentam nesse sentido? Quais os processos de trabalho em saúde são desenvolvidos cotidianamente com os PTM's nas unidades de Saúde da Família? Quais as demandas em saúde mental que chegam ao serviço? Que dificuldades encontram para realizarem esse trabalho? Enfim, o que esse trabalho convoca e exige dos técnicos?

Com o objetivo de realizar um levantamento prévio dessas questões pontuadas acima e mapear alguns pontos problemáticos acerca da relação entre atenção básica e saúde mental, bem como os processos de trabalho em curso nesta articulação, decidimos que uma primeira inserção neste campo, realizada em julho de 2007 seria necessária. Inserção esta que compõe um dos seis capítulos que foram se delineando e foram de suma importância para que pudéssemos compor essa cartografia dos processos de trabalho em saúde mental na ESF. Assim, toda a discussão que empreendemos até aqui permite situar, justificar e fundamentar de maneira teórica e vivencial de onde nossas questões de investigação surgiram e como estão sendo conduzidas.

Por fim, declaro que o ato de pesquisar e escrever esse estudo me fez e ainda faz “descamar” várias vezes a pele, a escrita me afeta, me faz derivar e, assim, o texto às vezes segue sem controle, digo um controle racional. Às vezes penso em escrever de uma forma mais “solta”, mas logo me lembro da banca, da dissertação, dos técnicos que porventura irão ler esse estudo. É leitor, as instituições estão sempre nos atravessando.

Por vez, a escrita segue um fluxo mais corrente, e por vez percorrerá caminhos mais pedregosos, onde não foi possível escrever de uma forma mais “leve”. Em outros momentos escrevo na primeira pessoa do singular, por me apropriar de tudo vivenciei, ou estudei. Em outros, escrevo na primeira pessoa do plural, pois uma multiplicidade de vozes nos acompanha neste momento. Tomando emprestadas algumas ferramentas conceituais de autores consultados, em uma espécie de *bricolagem*, arrisco a dar outros sentidos, a deturpar pensamentos, até mesmo coisas que já havíamos escrito, para montar um caminho que necessitávamos para refletir.

No primeiro capítulo, analisaremos nossa primeira inserção no campo enquanto pesquisador e discutiremos sobre a realidade observada. No segundo capítulo, discorreremos sobre os efeitos dessa inserção e os novos rumos que a pesquisa

desenhou, gerando assim um novo planejamento para o retorno ao campo. No terceiro capítulo, contextualizaremos o município de Teresina, onde está situado nosso território de pesquisa. Discutiremos nossa construção metodológica, alinharemos conceitos sobre pesquisa cartográfica e faremos um apanhado do histórico das práticas de cuidado em saúde mental e de como está configurado esse campo atualmente no município. Discorreremos também sobre como se procedeu o processo de investigação, que resultou, além de 11 entrevistas com técnicos da ESF, observações em visitas domiciliares, reuniões de equipes e processos de trabalho que presenciei na unidade de saúde. Esse processo investigativo possibilitou a confecção de mais dois capítulos. No quarto capítulo, delimitaremos o perfil profissional dos técnicos, realizaremos o mapeamento do estabelecimento (USF), da organização (FMS e a rede de serviços) e das instituições que atravessam esse fazer; analisaremos a micropolítica dos processos de trabalho em saúde mental, ou seja, uma análise do território das tecnologias leves e leve-duras. No último capítulo, discorreremos sobre os encontros que ocorrem entre trabalhador e usuário PTM's e analisaremos as práticas de cuidado, acolhimento e responsabilização por essa demanda.

CAPÍTULO UM: O CARTÓGRAFO EXPERIMENTA IR AO CAMPO

Para a realização dessa cartografia, decidimos que uma primeira inserção nesse campo seria necessária, tanto pelo fato de poder atualizar nossas informações sobre a rede de serviços, quanto pelo fato do pesquisador não ser um trabalhador dessa rede de saúde. Assim, como estratégias metodológicas para essa primeira inserção no campo, decidimos visitar e conversar com técnicos de alguns serviços especializados em saúde mental e de unidades da saúde da família. O primeiro passo para realizar essa entrada preliminar, no campo de investigação, foi solicitar ao comitê de ética da Fundação Municipal de Saúde de Teresina (FMS) autorização para visitarmos os serviços de saúde, tanto os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) quanto as Unidades de Saúde da Família (USF). Após a liberação deste comitê de ética, delineamos que iríamos visitar os três (3) CAPS, vinculados a Fundação Municipal de Saúde/FMS e seis (6) USF, sendo que seriam duas USF de cada regional de saúde (regional de saúde Leste/Sudeste, regional Sul e regional Centro/Norte).

O passo seguinte foi visitar os serviços e conversar com técnicos, após o expediente de trabalho. Essa etapa preliminar possibilitou o diálogo com 23 técnicos, sendo eles médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde, o que viabilizou o levantamento do seguinte diagnóstico:

UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1. As equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde), indicaram a existência de uma considerável demanda em saúde mental, com elevada utilização de benzodiazepínicos. Alguns técnicos relataram que estes medicamentos são utilizados de maneira crônica, muitas

vezes torna-se a única prática terapêutica, sem acompanhamento sistemático por parte das equipes de saúde, resultando no elevado número de usuários dependentes de tais drogas. Este fato é preocupante e relevante para pensarmos as práticas de cuidados aos PTM's, pois sustentam a lógica manicomial. Tais situações também podem ser observadas em outros estados brasileiros, como nos apontam os estudos realizados no município de Natal/RN por Alverga e Dimenstein (2005a), Dimenstein et al. (2005), Dimenstein (2006) e no Rio de Janeiro por Silveira (2003).

2. Alguns enfermeiros e médicos (mais especificamente das equipes localizadas na unidade de saúde da família da zona norte) relataram que os agentes comunitários de saúde de suas equipes muitas vezes não realizam visitas à casa de portadores de transtornos mentais, com medo e receio de serem agredidos. Deste modo, estes ACS não planejam visitas domiciliares com as equipes, dificultando assim o trabalho de mapeamento da demanda em saúde mental na micro-área de responsabilidade daquele ACS. Essa realidade dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família com a saúde mental está permeada pelos “desejos de manicômios”. Estes “medos”, por sua vez, impedem que um trabalho mais potente com estes usuários possa ser realizado e acabam ficando sem retaguarda. Em Maceió-AL, segundo Brêda e Augusto (2001) a situação apresenta-se de forma contrária ao que observamos. Segundo os autores, os ACS estabelecem uma melhor relação com os PTM's, enquanto os outros trabalhadores utilizam pouco o acolhimento e a escuta como outras tecnologias de saúde.
3. Os trabalhadores relataram não se sentirem “autorizados” a trabalhar com a saúde mental por não estarem preparados para trabalhar com esta demanda e

não ter afinidade e interesse para estudar o tema em suas formações acadêmicas. De acordo com os estudos de Rosa e Labete (2003), essa dificuldade também foi observada no município de Passos-MG. Segundo os autores, os trabalhadores relataram dificuldades para trabalhar com esta demanda e que necessitam de qualificação, tanto para o trabalho com essa, quanto para o trabalho em equipe e com a família. O encontro com a alteridade radical, provoca, em alguns técnicos, uma aproximação com estes usuários e em outros, a repulsa.

Sendo assim, dentre as equipes que visitamos, não observamos trabalho efetivo em saúde mental. Apenas algumas “ações tímidas”, de restritos profissionais médicos e enfermeiros, que realizam reuniões bimensais, com uma palestra sobre problemas de saúde mental e entrega das receitas para recebimento dos benzodiazepínicos. Na grande parte das vezes é a segunda opção que prevalece no trabalho realizado nos serviços, pois segundo os trabalhadores não há um programa específico que determine esta ação na ESF, como é nos casos dos usuários hipertensos, diabéticos e gestantes que existe um programa determinado pelo Ministério da Saúde e pela FMS.

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL/CAPS

1. Percebemos que os diversos profissionais atuam nos CAPS, não por acreditarem na proposta da Reforma Psiquiátrica, mas por que foram aprovados em concurso e lá foram alocados. Por não acreditarem neste modelo reformista fazem referência e encaminhamento ao hospital psiquiátrico de casos que deveriam e poderiam ser conduzidos no CAPS ou mesmo pela ESF.

2. A relação entre os CAPS's e as equipes da ESF é bastante incipiente. Os trabalhadores da ESF apenas identificam os casos de usuários que necessitassem de atendimento em saúde mental e encaminham para o CAPS.

GESTÃO: FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA

Nas visitas à FMS através do acesso aos gestores da Coordenação de Ações Estratégicas, à Gerência de Ações Básicas e à Coordenação de Ações Assistenciais foi possível observar a inexistência de uma coordenação municipal em saúde mental, sendo que as ações nessa área estão vinculadas à coordenação de ações estratégicas. Este fato, por sua vez, foi decidido após reforma administrativa, ocorrida na gestão do Prefeito Firmino Filho (1996 a 2004), que tinha como presidente da FMS o atual prefeito Silvio Mendes.

Essa situação, por sua vez, corrobora para que as prioridades em saúde, os recursos e as transações políticas sejam deslocados para outros setores denominados pela FMS como prioritários. A coordenação de Ações Estratégicas relata que as ações/investimentos de recursos em saúde mental, na maioria das vezes, não são prioridade da gestão e quando falta verba para outro setor, retira-se da saúde mental.

Na atual gestão, as ações em saúde mental, em sua grande maioria, só ocorrem devido a intervenções do Ministério Público. Como exemplo, uma coordenadora cita a construção dos três CAPS. Por fim, a coordenação de atenção básica relata desconhecer ações em saúde mental nas equipes de saúde da família e que necessita desse controle das ações diferenciadas que cada equipe de saúde da família vem realizando. Indica que já foi solicitado dos coordenadores territoriais o mapeamento das atividades que cada unidade realiza, mas os coordenadores ainda não produziram esse material, devido ao

fato de que não há uma designação oficial da FMS que determine a realização deste mapeamento por parte dos coordenadores.

Deste modo, por todas essas questões relatadas acima, analisamos que a relação entre atenção básica e saúde mental é ainda muito precária em Teresina e um dos importantes obstáculos que se apresentam para esse trabalho são as questões políticas que acabam impedindo um trabalho desinstitucionalizante e produzindo um modo de trabalho com a saúde mental desconectado dos princípios da reforma psiquiátrica, apontados pelo Ministério da Saúde. Essas questões políticas e gerencias, por sua vez, refletem nos processos de trabalho em saúde desenvolvidos e propicia mantê-los focalizado em um modelo de atuação biomédico. Entretanto, esse quadro se repete em praticamente todo o Brasil, como pode ser observado nas pesquisas de Dimenstein (2006) e Alverga e Dimenstein (2005b), de Silveira (2003) e Amarante (1996).

No Brasil, o movimento de trabalho em saúde mental articulado com a atenção básica esteve mais ligado em seus projetos de origem, porque gradativamente a reforma sanitária:

...vai-se tornando um conjunto de medidas predominantemente administrativas, das instituições assistenciais do setor saúde, sem o questionamento do modelo médico de análise e terapêutica, ou das conseqüências imediatamente derivadas da natureza desse modelo, tais como a 'escuta' e a abordagem exclusivamente técnicas do sintoma/mal-estar, a tendência ao especialismo radical, a produção de uma cultura medicalizante, o desmesurado intervencionismo diagnóstico e terapêutico, e a formulação de interesses do complexo médico-industrial é aí envolvido. Em suma, a questão entre os movimentos pelas reformas psiquiátrica e sanitária está na relação com a qual um e outro mantém com o saber constituinte de seus campos específicos (Amarante, 1996, p. 22).

Em Teresina, analisamos que devido a essa falta de articulação entre os serviços pesquisados, atenção básica - Unidades de Saúde da Família - e os serviços especializados/substitutivos em saúde mental, existem atuações pouco diversificadas na rede, gerando uma ineficiente produção de saúde no meio social dos usuários. Não há produção de cuidado no território do usuário, em articulação com os centros comunitários do seu bairro, com igrejas, escolas, associação de moradores, etc.. Dimenstein (2006) destaca que esse modo de atuação, onde não prevalece o princípio da integralidade, onde não ocorre a produção de cuidados em núcleos de base comunitária com a concretude cotidiana dos espaços onde circula a loucura, diverge da assistência à saúde indicada pela reforma psiquiátrica.

As demandas em saúde mental que as equipes de saúde relataram receber referem-se a problemas associados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, egressos de hospitais psiquiátricos, uso inadequado de benzodiazepínicos, transtornos mentais graves, transtornos de humor, transtornos de ansiedade, fobias específicas, tentativas de suicídio, situações decorrentes de violência familiar, sexual e exclusão social. Para Dimenstein et al (2005), essas demandas requerem intervenções imediatas e podem ser realizadas na atenção básica, através da identificação e do acompanhamento dessas circunstâncias coligadas às atividades que as equipes de saúde da família desenvolvem é um passo essencial para a superação da lógica manicomial, medicalizante e hospitalocêntrica, que ainda se faz presente em diversas formas de cuidado em saúde mental, tais como observamos em Teresina .

Segundo dados do Ministério da Saúde, 56% das equipes de Saúde da Família referem-se realizar ações em saúde mental, porém relatam estar sem capacitação necessária para tal trabalho (Brasil, 2003). Os técnicos entrevistados também relataram a falta de capacitação, bem como apontaram que, em média, de cada 10 usuários

atendidos, entre 5 ou 6 apresentam algum problema de saúde mental e utilizam medicamentos psicotrópicos. Contudo, Valla (2000) salienta que o tempo necessário para lidar com esses usuários não se coaduna com a relação eficiência-eficácia determinada pelo Ministério da Saúde. Desse modo, diversos profissionais de saúde se questionam sobre o modo como o atendimento de saúde está estruturado seria capaz de lidar com o que alguns chamam de “sofrimento difuso” apresentado pelas classes populares (Valla, 2000).

Diante disso, o planejamento do Ministério da Saúde para a gestão 2007-2010 (Brasil, 2006), prevê financiamentos para o trabalho em saúde mental na Atenção Básica com recursos advindos do Projeto de Apoio à Expansão do Programa Saúde da Família (PROESF), recursos da Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde (SEGTES), no caso de estabelecerem os Pólos de Educação Permanente em Saúde, de recursos específicos da coordenação geral de Saúde Mental e mesmo das parcerias realizadas entre gestores locais e estaduais. Contudo, as capacitações em saúde mental ainda não começaram a ser realizadas com as equipes em Teresina.

Acreditamos que através de cursos de formação/capacitação/sensibilização em saúde mental e na medida em que a ESF se estabelecer e se capilarizar de maneira intensiva no município teresinense existirão maiores probabilidades para que as equipes integrem-se e construam redes de relações em torno da atenção à saúde dos usuários. Nesse ponto, salientamos a urgente necessidade de cursos de capacitação para os trabalhadores da ESF poderem trabalhar com essa demanda, a partir dos princípios da reforma psiquiátrica e também construir redes de relações para o cuidado com os usuários PTM's, uma vez que esse cuidado em serviços extra-hospitalares e nas comunidades, facilitará o acesso aos serviços à população de um determinado território. Sampaio e Barroso (2001) salientam que essa construção de redes refere-se a:

Uma rede de relações sociais em busca de uma nova atitude diante dos problemas referentes ao processo saúde mental/sofrimento psíquico/doença mental. Não apenas uma rede sanitária, articulada para prevenir agravos individuais, concebidos como naturais e produtos de uma história natural, mas articulada à cidade e ao cidadão, centro ativo de políticas e percepções críticas sobre a cultura (Sampaio & Barroso, 2001, p. 209).

Contudo, é preciso problematizar os efeitos que podem ser engendrados no plano comunitário quando se propõe que ações de saúde mental sejam incorporadas ou instrumentalizadas no cenário das políticas da rede básica do SUS. Alves (2001) aponta que existem dois problemas para essa articulação entre saúde mental e a ESF. O primeiro deles se refere à forma de organização do trabalho na ESF e o segundo a possibilidade da criação de uma excessiva demanda em saúde mental e a baixa qualidade no trabalho com esses usuários. Assim, concordamos com o autor supracitado, pois constatamos que os processos de trabalho desenvolvidos com os PTM's repetem o tradicional modo de atuação biomédico, com relações hierárquicas entre as equipes, que contradizem os princípios do SUS, bem como a perspectiva da reforma psiquiátrica que propõe o trabalho em equipe multiprofissional.

No que se refere à possibilidade da criação de uma demanda excessiva para as equipes, observamos que muitos casos são diagnosticados pelas equipes, mas não são atendidos com qualidade, não é elaborada uma proposta terapêutica individualizada, não há diálogo entre a equipe e não são traçadas estratégias de cuidado. O que ocorre na maior parte dos casos é apenas a prescrição de medicamentos psicotrópicos em diversos casos que necessitariam de outras intervenções, como apoio psicológico e retaguarda social. Segundo Alves (2001), ao entrar em contato com as famílias, diversas dificuldades poderão ser encontradas e necessitam ser atendidas com qualidade e se deve ter o cuidado para não “psiquiatrizar” ou “psicologizar” o cotidiano (Alves, 2001).

Ainda destacamos as “idéias manicomiais” se fazendo presente na prática cotidiana dos técnicos que dialogamos, especificamente no caso da ESF. Essas idéias reverberam em práticas e discursos de exacerbada medicalização, interpretações violentas, com posturas rígidas e despóticas para com o PTM’s. Além disso, as “idéias manicomiais” promovem nesses serviços a infantilização, culpa e submissão nesses usuários, ao invés de ser um espaço de promoção de trocas e construções de outras formas de existência (Machado & Lavrador, 2001).

Para uma efetiva articulação entre o trabalho em saúde mental e os programas de atenção básica em Teresina, faz-se necessário uma eficaz interlocução da política nacional de saúde mental, via Ministério da Saúde, com a Fundação Municipal de Saúde e os trabalhadores que atuam diretamente nos serviços, pois sem apoio institucional da gestão local o processo de reforma acaba por ficar paralisado. Ou seja, devemos considerar a gestão e atenção em saúde como algo indissociável, precisamos estar atentos aos efeitos que esses entraves na gestão implicam na micropolítica do cuidado realizado pelos trabalhadores na ponta dos serviços. E refletir sobre o modo como tal interlocução pode suscitar novos modos de intervenção e criação de diferentes dinâmicas de acolhimento/recepção/atendimento às pessoas com transtornos mentais, bem como uma reorganização e reestruturação do trabalho nas unidades de saúde da família e na gestão como um todo.

Para Silva Jr., Merhy e Carvalho (2003), esses novos modos de produzir saúde no cotidiano dos serviços podem ser criados a partir de três eixos: competência para ouvir o usuário e acolher sua demanda, habilidade de articular conhecimentos gerais e especializados na investigação dos problemas e a elaboração de projetos terapêuticos individualizados. Dimenstein et al (2005), por seu turno, indicam que se deve investir nos atendimentos domiciliares, especialmente porque se trata de uma técnica presente

na prática cotidiana das equipes de saúde da família, sendo uma estratégia importante e eficaz no trabalho territorial e comunitário e pela necessidade de se trabalhar os espaços familiares.

... A atenção familiar é uma estratégia que precisa de maior atenção não só por reduzir e organizar a demanda de usuários na unidade de saúde, mas por possibilitar a prática do acolhimento, da escuta, entendidos enquanto encontro de subjetividades. A prática também permite que a equipe possa captar a dinâmica familiar, conhecer mais de perto os conflitos cristalizados e as dificuldades enfrentadas para o acolhimento ao portador de transtorno mental (Dimenstein et al, 2005, p. 35).

Faz-se ainda necessário integrar os usuários PTM's nas atividades de grupos realizadas pelas equipes, como as caminhadas, oficinas e salas de espera. Devem ser realizadas articulações com as organizações da comunidade (associação de bairro, escola, igreja e outras) no intuito de promover a circulação social do usuário no seu território e construir novos espaços de reabilitação psicossocial, como as oficinas comunitárias, hortas comunitárias, cooperativas, etc. Por fim, promover ações de caráter preventivo, como palestras, debates, atividades artísticas e de grupos para trabalhar problemas relacionados ao abuso de álcool/consumo de drogas, ou mesmo usuários com problemas de isolamento social/afetivo, dentre outros (Scóz & Fenili, 2003). Essas ações, por sua vez, promoveriam uma maior compreensão sobre a situação em que as famílias vivem e favoreceriam condições para as equipes desenvolverem atividades de cuidado na busca da solução de problemas de saúde, bem como nas situações onde há risco de sofrimento psíquico.

A articulação da assistência em saúde mental com a atenção primária faz parte do plano de reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das equipes de saúde da família, como um importante elo para a efetiva organização de um sistema de saúde

que se propõem de fato integral em sua atuação. O Ministério da Saúde elaborou o Plano Nacional de incorporação de ações de saúde mental no conjunto de ações que compõem o cuidado integral à saúde. Para tanto, cria-se como diretrizes para modificação desses processos de trabalho, o apoio matricial de saúde mental às equipes da ESF, dando possibilidade para aumentar a capacidade resolutiva das equipes da ESF/PACS.

Essas ações seriam acompanhadas pelos indicadores do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), como por exemplo, a atenção aos usuários portadores de transtornos mentais graves; atenção às pessoas com transtornos mentais egressas de internação psiquiátrica e/ou com problemas advindos do uso abusivo de álcool/drogas. A prevenção também ao uso inadequado de benzodiazepínicos. Entretanto, estes dados ainda não se encontram disponíveis no sistema virtual do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no DATA SUS.

Elucida-se, dessa maneira, que os equipamentos de atenção à saúde mental no Brasil vêm sendo alvo de diversas transformações conceituais e operacionais, no que se refere ao modo de cuidado aos portadores de transtornos mentais. O Ministério da Saúde, em consonância com as propostas da ESF e da Programação Pactuada e Integrada (PPI¹), propõe um modelo de atenção descentralizado e de base comunitária,

¹ No ano de 2006 houve a inclusão de parâmetros para ações de saúde mental na atenção básica nas diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde – PPI. Esta Programação é o resultado de um processo coletivo entre diversos setores do Ministério da Saúde, como as experiências acumuladas de secretarias estaduais e secretarias municipais de saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Desta forma, a PPI, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como são efetuados pactos intergestores para garantir acesso aos serviços de saúde para toda a população. A PPI objetiva a equidade no acesso aos serviços de saúde, orientar alocação dos recursos financeiros e definir limites financeiros de média e alta complexidade, composto por parcela própria e referenciada. Outra meta é possibilitar a transparência nos pactos inter-gestores a serem explicitados no termo de compromisso para garantia de acesso e possibilitar a visualização de parcelas de recursos federais, estaduais e municipais alocados para o custeio da assistência à saúde. Por fim, fornecer subsídios para o processo de regulação e acesso aos serviços de saúde e contribuir na organização de redes de serviços regionalizadas e hierarquizadas (Brasil, 2007). No tocante aos parâmetros que versam sobre a saúde mental, a PPI propõe investimentos em Saúde Mental na Atenção Básica, a criação de

em oposição ao modelo historicamente centrado na perspectiva hospitalocêntrica. A articulação entre saúde mental e atenção básica, contribuirá para que o processo de desospitalização e desinstitucionalização da loucura ocorra a partir de uma melhor cobertura assistencial e maior potencialidade de reabilitação psicossocial.

Contudo, cabe ressaltar que desinstitucionalização, conforme Rotelli et al (2001) não é sinônimo de desospitalização. Desospitalizar é um passo inicial desta grande caminhada pela Reforma Psiquiátrica. Procura-se com a desinstitucionalização a articulação entre os serviços de saúde para que se possa dar retaguarda ao paciente egresso do confinamento, ao invés de colocá-lo em outras instituições como albergues, asilos.

Para a produção do trabalho desinstitucionalizante e territorial necessita-se, além da desconstrução prática e teórica da instituição psiquiátrica, propiciar a criação de novas estratégias de vida para os PTM's, priorizando estratégias de circulação social para que se possam construir relações, espaços e objetos de interlocuções. Consideramos, também, indispensável restituir os seus direitos civis, em detrimento da coação, das tutelas jurídicas, bem como o estatuto de periculosidade. Para melhores esclarecimentos Rotelli et al (2001) afirmam que:

... A desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se “resolva” por hora, não se “cure” agora, mas no entanto seguramente “se cuida”. Depois de ter descartado a “solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta esse sofrimento (p. 33).

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios e a desinstitucionalização com leitos para a saúde mental em hospitais gerais (Brasil, 2006). Com isso potencializou-se o empenho para que a população tenha acesso garantido à atenção em saúde mental (Brasil, 2007).

Consideramos assim que pela complexidade da questão, qualquer generalização ou até simplificação da articulação saúde mental atenção básica poderá levar a uma cristalização do programa como um modelo e não como uma estratégia, podendo mesmo torná-lo um caro e frustrante fracasso (Alves, 2001).

Ressaltamos que de um modo geral, os processos de trabalho nos serviços visitados são focalizados em modelos de atuação biomédicos, com pouca articulação com outros equipamentos de saúde, com a gestão e organizações locais que poderiam promover uma maior circulação/reinserção e reabilitação social para os usuários PTM's, em especial aos egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos. Esses modos de trabalho se distanciam das propostas apontadas tanto pela reforma psiquiátrica brasileira (Brasil, 2004a) quanto da Política Nacional de Humanização/PNH (Brasil, 2004 d).

Salientamos que a PNH (Brasil, 2004d) propõe como suas diretrizes a alteração dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde, da relação entre usuários, destes com suas redes sociais, com os trabalhadores e a criação de vínculos solidários. Propõe ainda um trabalho acolhedor, resolutivo e confortável, com valorização e promoção da autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos. Por fim, instiga o compromisso pela reivindicação de melhores condições de trabalho.

Especificamente no que concerne a indissociabilidade entre atenção e gestão, a PNH propõe para os coletivos de trabalhadores a substituição dos modelos de assistências hierarquizados, fragmentados e calcados em uma perspectiva técnico-burocrático, por tecnologias de escuta, acolhimento/diálogo e negociação para que se possa produzir uma gestão do cuidado, para além da apenas gestão de dados, tal como observamos ocorrer em Teresina. Contudo, para que essa proposta seja efetivada e assuma seu estatuto de política, segundo Deslandes (2005, p. 402), serão necessários

processos de subjetivação transformadores, ou melhor, “sujeitos coletivos que nas práticas concretas e cotidianas transformam o modo de produzir cuidados em saúde, transformando-se a si também”.

Desse modo, podemos concluir a partir desta rica experiência pelo território da atenção básica e saúde mental em Teresina e pelas nossas análises dessa experiência, que o ponto crucial para a efetivação dessa proposta está na modificação dos processos de trabalhos em saúde que são desenvolvidos cotidianamente com os usuários PTM's, bem como na modificação do modo como vem sendo conduzido às políticas e a gestão em saúde no município. Ou seja, o projeto de reforma psiquiátrica brasileira só terá êxito a partir do momento em que os coletivos de trabalhadores compreenderem e atuarem a partir da concepção que atenção em saúde e gestão, clínica e política são movimentos indissociáveis, inseparáveis, bem como entenderem que a produção de saúde implica na produção de sujeitos (Brasil, 2004 d).

Vejamos assim, no capítulo dois, os efeitos provocados na pesquisa por essa primeira inserção no campo e suas respectivas análises.

CAPÍTULO DOIS: NOVAS QUESTÕES E DIREÇÕES SURGEM PARA O CARTÓGRAFO

Essa primeira inserção nesse campo nos possibilitou analisar alguns pontos mais gerais do modo como está sendo desenvolvida essa articulação no município de Teresina, tanto no que tange aos problemas na gestão, nos serviços quanto às dificuldades dos trabalhadores para efetivar um trabalho desinstitucionalizante com os PTM's.

No entanto, ainda nos questionamos sobre vários pontos específicos da micropolítica dos processos de trabalho em saúde com os usuários PTM's, uma vez que apontamos que a efetivação da articulação entre saúde mental e atenção básica está na modificação das relações que se estabelecem entre atenção em saúde e modos de gestão. Indago-me, sobre o que de fato se desenrola no cotidiano das unidades de saúde da família com esses usuários? Que correlações de saberes e poderes operam nesse espaço, em especial entre trabalhadores com nível superior e trabalhadores como os agentes comunitários de saúde? Que tipo de demanda em saúde mental as equipes de saúde da família acolhem? Como os técnicos fazem para identificar e o que consideram como demanda de saúde mental? Como agem diante de questões trazidas pela demanda em saúde mental, que casos acompanham e de que forma? Os casos encaminham ou articulam com a rede de serviços de saúde como, por exemplo, os CAPS, residências terapêuticas, hospitais gerais e psiquiátricos? Existe algum tipo estratégia ou proposta de ação em saúde mental sendo desenvolvida pelas próprias equipes nas unidades de saúde? De algum modo há discussão sobre casos de saúde mental nas equipes? Que desafios o campo da saúde mental na atenção básica provoca para os técnicos? Como é atender um PTM's na ESF? Tem diferença em atender um usuário com transtorno

mental das outras demandas que chegam ao serviço; o que seria diferente? Os técnicos encontram dificuldades para trabalhar com essa demanda? Como lidam com essas dificuldades? Que ajustes têm que fazer nas suas práticas para realizar atividades com usuários PTM's? A partir dos encontros que os técnicos vivenciam no serviço com PTM's, eles consideram que a ESF tem capacidade para atender essa demanda? Enfim, que atravessamentos o trabalho com a "loucura" na ESF provoca nas práticas cotidianas destes profissionais?²

Com o objetivo de avançarmos, no que concernem as essas questões levantadas acima, se fez necessário circunscrevemos um estudo específico na USF Ozeas Sampaio, localizada na zona norte de Teresina, com profissionais de diferentes categorias das equipes de saúde, sendo médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Estudar especificamente os processos de trabalho e o cotidiano das equipes é de suma relevância, porque somente a partir deste olhar micropolítico sobre os processos de trabalho em saúde, podemos entender como esses trabalhadores e suas práticas são produzidas, tanto pelas instituições de formação, quanto pelos serviços e rede de serviço em que estão envolvidos, bem como pela comunidade e o encontro com os usuários. Vale ressaltar que ao mesmo tempo em que são fabricados, esses trabalhadores também fabricam os serviços. O trabalho em saúde na ESF é realizado em equipe, onde passam afetos, saberes, desejos e projetos. É uma mistura de criações que se fazem no entre, trabalhadores e trabalhadores, trabalhadores e usuários e entre trabalhadores/usuários e gestão. É uma produção que se opera no encontro da diferença e não das semelhanças. Enfim, através dessa nova inserção no campo podemos analisar os fatores que estão envolvidos nessas práticas cotidianas das equipes de saúde da família com os usuários

² Essas questões nortearam a construção do roteiro de entrevista semi-estruturado que foi utilizado na segunda inserção no campo de pesquisa (ver anexo II).

PTM's, bem como refletir sobre os problemas e as estratégias que circundam essa articulação.

A escolha das equipes de saúde da família da Unidade de Saúde Ozeas Sampaio deveu-se inicialmente ao fato de que uma primeira tentativa de aproximação do trabalho em saúde mental na atenção básica em Teresina realizou-se lá, quando o CAPS - Norte do município, em novembro de 2006, realizou um treinamento específico com os agentes comunitários de saúde e outro com os demais técnicos das equipes da ESF dessa unidade.

Esse treinamento tinha como objetivo possibilitar a identificação dos casos de usuários que necessitassem de atendimento especializado em saúde mental e como se deveria proceder nestes casos. Quando não fosse viável realizar este trabalho na atenção básica, esses casos mais específicos seriam encaminhados para um serviço especializado em saúde mental. No caso esse serviço seria o CAPS - Norte, pois se encontra a aproximadamente três (3) quilômetros da referida unidade de saúde.

Outro fator preponderante nesta escolha foi nossa primeira inserção na rede de atenção básica em Teresina. Através de diálogos e observações em várias USF, especificamente nesta unidade, médicos, enfermeiros e ACS, relataram a existência de uma considerável demanda em saúde mental, com elevada utilização de benzodiazepínicos, bem como dificuldades no trabalho com usuários PTM's. Essas dificuldades referem-se ao modo de como diagnosticar e que terapêuticas poderiam ser realizadas; como trabalhar com a família deste usuário e como trabalhar com este em situações de crise.

Os trabalhadores ainda relataram que na área de abrangência da USF, ocorrem diversos casos de tentativas de suicídio e até mesmo consumação de atos suicidas. Diversos casos de transtornos do humor, esquizofrenia, transtornos de ansiedade, mas a

prevalência é do transtorno de humor depressivo. Desse modo, realizar essa cartografia justifica-se pela possibilidade de avançarmos no campo dos processos de trabalho em saúde mental na atenção básica.

Com efeito, somente após uma nova tramitação do projeto de pesquisa, durante um mês, no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Municipal de Saúde de Teresina (FMS) recebemos a autorização para adentrar a Unidade de Saúde Ozeas Sampaio e realizar as entrevistas com os técnicos das equipes de saúde da família. Durante esta tramitação no comitê de ética, diversas barreiras à pesquisa surgiram, pois os membros do comitê questionavam o referencial teórico da Análise Institucional e o aporte teórico que utilizamos e por ser uma pesquisa que utiliza a subjetividade do pesquisador para a “coleta de dados”. Diversas coisas me foram apontadas: que uma pesquisa que não seguisse um padrão positivista e objetivista não teria valor para a FMS. Sugeriram que eu mudasse meu instrumento de pesquisa, transformando em questões de apenas sim ou não.

Nesse momento, argumentava de acordo com tudo o que já está posto neste estudo, mas a situação só piorava, pois relatavam que pesquisar os processos de trabalho a partir de observação participante, de entrevistas semi-estruturadas era irrelevante; que eu estava “delirando” em querer discutir os modos de trabalho na saúde pública pela perspectiva de Elias Merhy, Gastão Campos, Ricardo Ayres e outros autores citados nesse escrito; que era um ano político, ou seja, que seria realizada eleição para prefeito da cidade e a fala dos técnicos poderia trazer prejuízos à imagem da FMS. Além disso, esses encontros em sua grande maioria foram marcados por grosserias, agressões verbais, onde me apontaram com idiota, ignorante, imaturo, incapaz por não perceber que o referencial cartográfico era inadequado, fui até mesmo expulso da FMS e outros dias, fui barrado de entrar lá, por que não desistia de tentar

argumentar o valor da minha pesquisa. E assim, fui perdendo potência, ficando sem forças, e quase desisti de realizar minha pesquisa. E de volta pra casa, dentro do ônibus, lembro de Rolnik (1989) apontando que o cartógrafo deve saber que é sempre:

[...] em nome da vida, e de sua defesa, que se inventam estratégias, por mais estapafúrdias. Ele nunca esquece que há um limite do quanto se suporta, a cada momento, a intimidade como o finito ilimitado, base de seu critério: um limite de tolerância para a desorientação e reorientação dos afetos, um limiar de “desterritorialização”. Ele sempre avalia o quanto às defesas que estão sendo usadas servem para defender a vida (Rolnik, 1989, p. 70).

Passados alguns dias do último encontro que tivera na FMS, questionei-me: será que realizarei minha pesquisa? Por que tantos obstáculos? Será que há algo tão errado que eu possa ver que comprometa uma eleição? Por que não posso utilizar-me desse referencial teórico? Será que é por causa dessas barreiras que existem poucas publicações sobre a saúde em Teresina? Que relação deve ser esta que os técnicos estabelecem com a gestão tão burocrática e hierárquica? Será por esses fatores tão rígidos que os processos de trabalho na ponta dos serviços são tão focalizados nas práticas médicas hegemônicas?

Novamente me convocaram na FMS, para me indagar sobre meu projeto e me encaminharam para uma trabalhadora especialista em saúde mental, a qual me interrogou durante 4 horas, eu colocando o que era toda essa construção teórica que vinha levantando, a qual apresentei a você, leitor, ao longo desse estudo, e como procederia minha pesquisa. Confesso que me incomoda relatar esse processo. Enfim, eles me liberaram para realizar a pesquisa de campo, com a ressalva de criar um Termo de Livre Consentimento Esclarecimento (Vide Anexo I). Declaro ainda que não sei por que liberaram. Se porque acreditaram na minha proposta, ou porque desejavam se ver

livres das minhas ligações diárias e idas à FMS, ou por causa alguma outra força que não sei explicar.

Por fim, seguimos adiante, apostando na cartografia como uma ferramenta potente para fazer emergir novos sentidos para esse campo. Desse modo, nos preparamos para retornar ao campo.

CAPÍTULO TRÊS: O CARTÓGRAFO PREPARA SUAS FERRAMENTAS, DEPARA-SE COM UMA HISTÓRIA SOBRE A SAÚDE MENTAL NO PIAUÍ E VOLTA AO CAMPO

"O que há de grande, no homem, é ser ponte, e não meta: o que pode amar-se, no homem, é ser uma *transição* e um *ocaso*" (Nietzsche, 2000, p. 38).

Esta afirmação nietzscheniana traduz de maneira precisa o que gostaríamos de partilhar: o espírito de ser uma ponte para os movimentos, para as paisagens e as afetações que encontramos diante do percurso desse estudo. Procurando deixar que o acaso também estivesse presente no ofício de pesquisar, no modo como compomos nossas estratégias metodológicas, no modo como utilizamos as ferramentas e inventamos outras durante a pesquisa.

Para tanto, diante das questões levantadas na sessão anterior, buscando compreender os processos de trabalho, isto é, os modos de operar no cotidiano de uma equipe de saúde da família com os usuários portadores de transtornos mentais percebemos que seria necessário uma estratégia metodológica que nos deixasse livre para acompanhar os fluxos de intensidades que estavam por vir. Sendo assim, elegemos trabalhar com a cartografia por nos possibilitar adentrar no mundo dos processos de produção de subjetivação e nos possibilitar sermos mais criativo na produção de conhecimento.

Em linhas gerais, o método cartográfico foi “criado” para ser utilizado em pesquisas de campo, no estudo da produção de subjetividade. Um método idealizado por Deleuze e Guattari (1995a), tendo por objetivo acompanhar um processo, e não representar um objeto. Trata-se de investigar um processo de produção. Particularmente

em nosso estudo, o método cartográfico possibilita-nos mergulhar nas intensidades dos afetos e das relações de poderes e saberes, que circundam os processos de trabalho em saúde e ainda permite, enquanto pesquisador, inserir-me e me comprometer com o objeto de estudo e seu território. Portanto, a missão do cartógrafo é:

Dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devora as que lhe parecem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias (Rolnik, 1989, p. 16).

Nosso território de pesquisa, por sua vez, compõe-se no estado nordestino, Piauí, mais precisamente na zona urbana da capital, Teresina. Contudo, peço licença a você leitor para contextualizar o município de Teresina, com o objetivo deixar mais claro onde está situado nosso território em estudo.

Teresina é a única capital nordestina que não se localiza no litoral, tendo um clima com temperaturas bastante elevadas. O município faz fronteira com Timon, uma cidade do estado do Maranhão, sendo divididos apenas, pelo maior rio propriamente nordestino, o Rio Parnaíba. Juntos, estes dois municípios somam cerca de 1 milhão e 40 mil habitantes.

Especificamente, o município teresinense localiza-se na mesorregião do centro-norte piauiense, composto por uma população com 878.314 mil habitantes, numa dimensão territorial de 1.680 km² (IBGE, 2007).

No que se refere à economia, o setor terciário, especificamente o setor da saúde privada, apresenta um relevante destaque na economia do estado, devido à grande circulação de pessoas das cidades e estados vizinhos, como Ceará, Maranhão, Pára e Tocantins gerando cerca quinze mil empregos diretos em Teresina.

Com relação aos estabelecimentos de saúde, Teresina apresenta:

Tabela 01
Estabelecimentos de saúde em Teresina.

Tipo de estabelecimento	N	%
Estabelecimentos de Saúde públicos	85	30,9
Estabelecimentos de Saúde público Federal	2	0,7
Estabelecimentos de Saúde público estadual	2	0,7
Estabelecimentos de Saúde públicos municipal	81	29,4
Estabelecimentos de Saúde privado.	190	69,0
Total	275	100

Fonte: IBGE, Assistência Médica Sanitária 2005.

No tocante às condições de moradia/habitação e saneamento básico, o município apresentou uma reforma e ampliação no sistema de saneamento básico, o “Projeto Sanear”. De acordo com o Censo de Vilas e Favelas de Teresina (Santana, 2001), realizado no ano de 1999, indicou que o município possui 117 vilas, 24 favelas e nove parques e residenciais, onde moram 38.852 famílias com uma população de 133.857 habitantes, ocupando 37.820 domicílios. Salientamos que não apresentamos dados mais atuais, porque não foi realizado um novo censo de vilas e favelas no município.

No que se refere ao cuidado em saúde mental, Passamani (2005), médico-psiquiatra, ressalta que, “(...) apesar de várias ações e dos fatos ocorridos durante as últimas três décadas, a qualidade do atendimento na saúde mental pouco melhorou no Piauí (p. 09)”. O autor ainda salienta que a Lei nº. 10.216, sancionada em 06 de abril de 2001, provocou em vários estados da federação a antecipação e aprovação de leis que

tratam da assistência psiquiátrica, referida como Leis da Reforma Psiquiátrica. No entanto, no Piauí, o projeto de lei que versa sobre o tema, desde 1997 ainda tramita na Assembléia Legislativa.

Dessa forma leitor, para entendermos o porquê desta situação da saúde mental em Teresina, convidamos você para uma breve viagem ao início do século XX, quando tem início a assistência psiquiátrica em Teresina. Pois, desde 1907, com a criação do Asilo de Alienados Areolino de Abreu, 55 anos após a criação do Hospício Pedro II no estado do Rio de Janeiro (primeira organização desta forma no Brasil), o estado tem suas ações centradas no modelo hospitalocêntrico. Através dessa análise histórica, buscaremos entender a atual relação dos gestores, técnicos e da própria cidade com a experiência da loucura, com o louco e como isso pode nos indicar limites e entraves para um efetivo trabalho com usuários PTM's na atenção básica.

UMA CERTA HISTÓRIA...

O asilo Areolino de Abreu foi criado como uma das estratégias políticas para combater a desordem e a mendicância, ocasionadas por uma das maiores secas que já acometeram o nordeste brasileiro, a seca de 1877 (Rosa, 2005; Rosa 2006). Sob o efeito desta seca e da miséria que se alastrava pelo interior do estado, diversas famílias do semi-árido piauiense se mudaram para a capital, em busca da sobrevivência. Mas, sem oportunidades de emprego e trabalho foram para as ruas mendigar.

Sendo assim, no período de 1900 a cidade de Teresina já desejava livrar-se da mendicância das ruas, pois a sociedade teresinense ansiava por ser uma cidade “progressista” e “civilizada”. Assim, através da imprensa escrita, iniciam os apelos para

a criação de casas filantrópicas³. Através destas instituições se poderia controlar a pobreza, os miseráveis, os loucos e organizar o espaço urbano, mantendo Teresina com a imagem de “cidade higiênica e civilizada” (Araújo, 1995). Foucault nos auxilia nesta discussão e aponta que:

A experiência trágica e cósmica da loucura viu-se *mascarada* pelos *privilégios exclusivos* de uma consciência crítica. É por isso que a experiência clássica, e através dela a experiência moderna da loucura, não pode ser entendida como uma *figura total* , que finalmente chegaria, por esse caminho, à sua verdade positiva; é uma *figura fragmentária* que, de modo abusivo, se apresenta como exaustiva; é um conjunto *desequilibrado* por tudo aquilo de que carece, isto é, por tudo aquilo que o *oculta* . Sob a ciência crítica da loucura e suas formas filosóficas ou científicas, morais ou médicas, uma *abafada* consciência trágica não deixou de ficar em vigília (Foucault, 2004, p. 28-29).

A vigília a que Foucault se refere, em Teresina era feita através do saber da classe dirigente, como os bacharéis, políticos, literários, médicos, farmacêuticos e engenheiros. Araújo (1995) acrescenta que “o espetáculo da vigilância em Teresina foi criado desde o momento que ela surgiu como centro político-administrativo, ou seja, como nova Capital do Piauí, em 1852” (Araújo, 1995, p. 59). Como consequência destes fatos, a imprensa começou a divulgar enfaticamente a necessidade da criação dos “Asilos de Loucos e de Mendicância”.

A título de contextualização citamos duas passagens de um jornal de grande circulação, “**Diário do Piauí**”, da época, para explicitarmos o que se passava no imaginário da cidade.

É de palpitante necessidade e de grande alcance altruístico criar-se nesta Capital um asilo que acolha no seio de todos esses pobres que nas ruas teresinenses buzinam com pedidos de esmolas, que nas portas das casas pedem de

³ Casas filantrópicas segundo Araújo (1995) eram entidades de caráter religioso comandados por homens de elite, com o apoio do poder público estadual e municipal.

maneiras diversas com vozes imitando as variações e notas da música (Diário do Piauí, 10/08/1912 n° 172, p.1, apud Araújo, 1995).

Já construímos uma sociedade civilizada, pensamos na higiene de nossa Capital e esperamos ansiosos, luz e bonde elétrico... Seria uma injustiça um erro, deixar que eles “coitadinhos” continuem assim abandonados aos vendavais da vida – dessa vida miserável e cheia de dores por onde penosamente se arrastavam (Diário do Piauí-04/08/1912, n° 67, p.3, apud Araújo, 1995).

Segundo Araújo (1995), a sociedade teresinense se mobiliza para apoiar a criação dos asilos, e pelo decreto 327 de 05 de janeiro de 1907, foi fundado o Asilo de Alienados, que tinha com objetivo recolher e tratar todos os enfermos de “*perturbações mentais*” [termo utilizado na época pela imprensa]. Os idealizadores desse estabelecimento asilar consideravam que os loucos poderiam cometer atos que ofendessem os bons costumes. Considerava-se a convivência com os loucos uma situação inconciliável com a urbanização da cidade. A loucura, ou como diziam os especialistas, os diálogos rompidos/cindidos, desde o fim do século XVIII:

[...] dá a separação como fato consumado, e enterra no esquecimento todas estas palavras imperfeitas, sem sintaxe fixa, um pouco balbuciantes, na qual se dava a troca da loucura e da razão. A linguagem da psiquiatria, que é o monólogo da razão sobre a loucura, só se pode estabelecer sobre tal silêncio (Foucault, 2004, p. IV).

Baptista (1999) aponta que as transformações urbanas acompanham a construção de significados específicos para o trabalho em saúde e as relações sociais. O autor cita como exemplo o estado do Rio de Janeiro, no qual os grandes urbanistas e arquitetos, no final do século XIX, eram os médicos e psiquiatras. Desta forma, percebe-se a história da Psiquiatria no Brasil, estreitamente articulada com a vida social das cidades, espaço onde saberes são construídos e se fortalecem (Baptista, 1999). Através da história dos

projetos de urbanização das cidades, podemos ter um campo com diversas referências para localizarmos a produção da diferença em uma cidade.

Pontuamos que as passagens da mídia impressa, exposta acima, são importantes para podermos contextualizar a relação da cidade com a diferença, com a loucura. Não seria de estranheza levantar a hipótese de que estas ações ainda tenham repercussão nos modos atuais da cidade se relacionar com a loucura, com o louco, como veremos mais adiante, no tocante as nossas observações encontradas no campo da saúde mental nas equipes de saúde da família em Teresina.

“A cidade vista pelos olhos da razão, foi invadida pelo medo. De furiosa, anti-social, porém tolerada e visível aos olhos dos passantes das ruas, a loucura foi transformada em traiçoeira, invisível exceto para o olhar do especialista” (Baptista, 1999, p. 118).

Com efeito, em relação ao primeiro Asilo de Alienados do município de Teresina (PI), houve modificações institucionais, e somente em 1972 passar a ser Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, sendo denominado desta forma nos dias atuais, devido a sua estadualização e desligamento da entidade Santa Casa de Misericórdia (Rosa, 2005). Este hospital psiquiátrico foi palco de inovações terapêuticas e de jogos políticos, sendo que em 1942 funda o primeiro ambulatório psiquiátrico do estado. Os cuidados cotidianos que eram realizados pelas Irmãs de Caridade das Filhas de Maria (1912) passam agora para o processo de medicalização das práticas médicas.

Em 1955 foi criado o primeiro hospital psiquiátrico privado em Teresina, o Sanatório Meduna (localizado na zona norte). Contudo, este hospital fechou no primeiro trimestre de 2008, não por motivos do processo de Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil, mas por questões financeiras. O município, atualmente, consta de um Hospital Psiquiátrico, com 280 leitos.

A rede de serviços substitutivos em saúde mental de Teresina atualmente é composta por 01 CAPSad (localizado na zona sul da cidade), 02 CAPS II (sendo um localizado na zona leste e outro na zona norte da cidade), 01 CAPSi (norte), 01 Hospital Dia (norte), 03 Residências Terapêuticas (01 sul e 02 norte).

Passamani (2005) alerta para o fato dos hospitais gerais da rede de saúde do Piauí não possuírem um serviço para o atendimento de urgências psiquiátricas ou mesmo leitos para PTM's. O autor ainda destaca que em diversos casos os técnicos recusam-se a atender intercorrências clínicas desses sujeitos. As consultas são marcadas com prazos superiores a 40 dias no apoio extra-hospitalar, que focaliza sua atuação no atendimento ambulatorial, sendo freqüente a carência de medicamentos para a distribuição gratuita.

O histórico do estado do Piauí em relação às propostas de criação de outros serviços de saúde mental, além dos hospitais psiquiátricos, inicia-se com a criação do Ambulatório de Higiene Mental do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado – IPASE e o Ambulatório do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Rosa (2005) destaca que nesses serviços eram disponibilizadas apenas consultas médicas.

A Associação Comunitária de Saúde Mental do Piauí (ACSM-PI) é criada no ano de 1980, bem como a Residência Médica em Psiquiatria da Universidade Federal do Piauí⁴. Lemos, Silva, Gesser e Nascimento (2005) relatam que esta foi uma articulação entre os profissionais de saúde mental e a comunidade, devido à falta de coordenadoria de saúde mental no Estado.

Nogueira (1993, apud por Rosa, 2006) comenta que em 1983 a ACSM-PI propõe e é implantado o Programa de Saúde Mental Comunitário – PSCM-PI, que tinha como

⁴ Lemos et al (2005) destacam que esta Residência Médica em Psiquiatria foi aprovada em 1986 pelo MEC e funciona nos dias atuais no Hospital Areolino de Abreu.

objetivo a regionalização, através da descentralização da assistência psiquiátrica tanto no Piauí quanto em Teresina. Outro objetivo do PSCM-PI era proporcionar, além da reforma física do Hospital Areolino de Abreu, a reforma administrativa e assistencial. Este programa foi de grande importância para os primeiros passos da reforma no estado.

Para Passamani (2005) a reforma física foi concluída, porém não foi satisfatória a reforma assistencial. Houve resistências por parte de alguns psiquiatras e ocorreram cursos para a capacitação de médicos clínicos para atuarem na área da saúde mental, sobretudo no interior do Estado.

Consideramos que a presença do psiquiatra no hospital geral é um fator positivo do rompimento com a lógica manicomial, tanto pelo fato do espaço físico não ser o do encarceramento, quanto pelo não isolamento da psiquiatria do restante da medicina.

Rosa (2006) afirma que em Teresina durante o PSCM-PI, foi vetada a inclusão do psiquiatra plantonista no maior hospital geral do estado⁵. Já na década de 1990, a autora destaca avanços na parte legislativa, com projetos de lei influenciados pela proposta do deputado Paulo Delgado. Dessa forma, podemos caracterizar a assistência em saúde mental nesse período pela criação de hospitais-dia e pelo fato da administração pública de Teresina propor a criação de leitos em hospital geral e ampliar a atenção ambulatorial.

Contudo Rosa (2006) argumenta que:

Parece haver no Estado um apego aos hospitais dia, um serviço em progressiva extinção. Por sua vez, os gestores e a maioria dos trabalhadores resistem em constituir como um propulsor dos processos reformistas. O redirecionamento do modelo assistencial, no geral, é percebido como uma imposição do governo federal... Por parte dos trabalhadores há resistência em função do temor da perda do emprego... (p.110).

⁵ Hospital Getulio Vargas, o maior hospital do estado com diversas clínicas, desde nefrologia a neurocirurgias de alta complexidade. Fica localizado na Av. Frei Serafim, esta que dá acesso ao tráfego que vai do centro da cidade a zona leste, sendo uma das mais importantes vias de acesso do município.

Passamani (2005) relata que diversos projetos de serviços substitutivos em saúde mental mantiveram-se apenas “engavetados”. Contudo, atualmente, a rede de serviços substitutivos em saúde mental da Fundação Municipal de Saúde (FMS⁶) tem ampliado a oferta de serviços conforme destacamos acima. Mas para alcançar a concretude destes serviços, estas políticas de saúde mental só entraram em vigor devido às “intervenções” das políticas federais impostas pelo Ministério Público, ou seja, evidencia-se a ausência de investimentos das gestões locais neste sentido.

Com relação a esta discussão sobre políticas de saúde mental em Teresina, bem como sobre as políticas estaduais que também nortearam o trabalho na capital, Lemos et al (2005) afirmam que a história da saúde mental de Teresina confunde-se com a história da saúde mental do Piauí, pois diversas ações das políticas estaduais afetam as políticas da capital.

A Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina em 1993 cria o Programa de Saúde Mental, no qual foi instituída a coordenação de Saúde Mental. A coordenação criou a proposta de implantação de um Núcleo de Atenção Psicossocial, que ficou funcionando em um centro de saúde (Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo) atendendo apenas funcionários da prefeitura de Teresina. Outras propostas foram viabilizadas na atenção a Saúde Mental, como contratação de profissionais psiquiatras e psicólogos para trabalharem em unidades de saúde.

Atualmente, os serviços de saúde mental oferecidos pela FMS são em sua maioria ambulatoriais, com consultas psiquiátricas e psicológicas. Lemos et al (2005) afirmam que o trabalho nas unidades de saúde em que há a presença destes dois profissionais,

⁶ A partir do decreto de Lei 1.542 de 20 de junho de 1977 é fundada a Fundação Municipal de saúde (FMS) de Teresina. Antes da FMS havia a Secretaria de Saúde e de Desenvolvimento Comunitário da Prefeitura (Rosa, 2005; Lemos et al, 2005).

ainda acontece de maneira desarticulada. Ocorrem encaminhamentos entre estes, mas não diálogos sobre os casos atendidos e sobre possibilidades de propostas terapêuticas em conjunto. Outro ponto analisado é que também não há articulação entre as unidades básicas de saúde e os CAPS, dessa forma, as autoras esboçam a fragmentação da rede de saúde mental.

Em relação às unidades básicas de saúde, o município apresenta 8 (oito) unidades, sendo distribuídas da seguinte forma: Unidade de Saúde Promorar; Unidade de Saúde Monte Castelo (sul); Unidade de Saúde Parque Piauí (sul); Unidade de Saúde Buenos Aires (norte); Unidade de Saúde Matadouro (norte); Unidade de Saúde Primavera (norte); Unidade de Saúde Satélite (leste) e unidade de Saúde Wall Ferraz (leste). (Fundação Municipal de Saúde de Teresina, 2007).

No que concerne ao nosso foco de pesquisa, cabe-nos destacar que a articulação entre saúde mental e a atenção básica foi posto como objetivo da gestão municipal entre 2002-2005, no qual se previa cursos de capacitação em saúde mental para 150 profissionais do Programa Saúde da Família (Lemos et al 2005). Essa capacitação foi ofertada no ano de 2004, pelo Ministério da Saúde, através de um curso de especialização, que desembocou no **Seminário Saúde Mental na Atenção Básica**⁷. O seminário foi financiado pelo Ministério da Saúde e pretendia identificar os principais empecilhos para a implantação de ações de saúde mental na atenção básica e possibilitar a construção de uma política pública em saúde mental através de grupos de trabalhadores em saúde e gestores (Rosa, 2005).

Os gestores e técnicos apresentaram como principais problemas concernentes à efetivação de um trabalho diferenciado em saúde mental na atenção básica: a falta de

⁷ Este seminário ocorreu em 24 e 25 de setembro de 2004, sendo uma atividade do curso de especialização em Saúde Mental para trabalhadores da rede de saúde do Estado do Piauí, financiado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Federal do Piauí.

apoio e de uma equipe multiprofissional no programa específico de saúde mental, sobrecarga de trabalho, inexistência de capacitação e qualificação do profissional de saúde, estigma social com relação ao PTM'S e a excessiva demanda devido à falta de serviços alternativos. Além da inexistência de multidisciplinaridade entre os profissionais, falta de informações sobre saúde mental, dificuldades para realizar trabalho com usuários com problemas com o alcoolismo, depressão, uso de drogas, abandono, prostituição, desemprego, fanatismo religioso, solidão, deficiência mental e auditiva. Por fim, a não inserção da saúde mental efetivamente na atenção básica e falta de medicamento básico da Psiquiatria para a ESF e o não envolvimento da família no tratamento (Rosa, 2005).

De acordo com Rosa (2006), cotidianamente essa gama de problemas, relatada acima é identificada por diversas equipes de saúde da família em Teresina, assim como observamos em nossa primeira inserção no campo. Ressaltamos que a articulação entre saúde mental e atenção básica apresenta-se como algo inadiável para a atual gestão nacional em saúde, como pode ser visto no Relatório da Gestão Nacional em Saúde Mental 2003 a 2007 (Brasil, 2007). Buscando-se efetivar um trabalho em rede, no qual a partir desta nova organização da atenção à saúde mental se possa produzir um modo de cuidado integral, contínuo e de qualidade.

A Estratégia Saúde da Família foi implantada em Teresina, em outubro de 1997 com apenas 19 equipes. Em 1999 já constavam 40 equipes compostas por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Eram atendidas 33.717 famílias, em 125 vilas e favelas urbanas e 26 comunidades rurais, representando cerca de 25% do total de famílias residentes da capital piauiense (Pedrosa & Teles, 2001).

Atualmente encontra-se instalado em diversos bairros, mantendo 224 equipes de saúde da família, sendo que diversas equipes utilizam as unidades básicas de saúde

como base de apoio e infra-estrutura. Desta forma, é destinada uma parte da unidade somente para o funcionamento da ESF. Atualmente o programa atende mais de 600.000 pessoas e já cadastrou mais de 150.000 famílias. É composto por (206) Médicos, (206) Enfermeiros, (206) Auxiliares de Enfermagem, (117) Odontólogos, (1163) Agentes Comunitários de Saúde.

Nesse ritmo, convidamos você a adentrar no local de pesquisa e conhecer as estratégias que foram criadas e utilizadas para acessar os processos de trabalho em saúde desenvolvidos com os usuários PTM's na estratégia saúde da família.

O LOCAL DE ESTUDO, ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS E A INSERÇÃO NA UNIDADE

Nosso local de estudo - a Unidade de Saúde da Família, a qual utiliza o espaço físico da Unidade Integrada de Saúde Ozeas Sampaio - fica localizada na zona norte da cidade. Esta zona é caracterizada por diversos problemas como: precário serviço de saneamento básico, elevados índices de violência, desemprego e conseqüentemente pessoas com reduzido poder de compra. A saúde pública torna-se então, uma estratégia para o cuidado em saúde para esta população.

A Unidade está vinculada a FMS, ficando localizada no bairro Matadouro, por isso, popularmente, a unidade é chamada pela população de "Hospital do Matadouro". Dentro da Unidade há uma "divisão" do espaço físico, pois de um lado se encontram os atendimentos clínicos específicos, a parte destinada à internação e enfermaria. No outro lado, encontra-se instalada uma Unidade de Saúde da Família, contendo 6 (seis) equipes de Saúde da Família. Cada equipe sendo composta por um médico, um

enfermeiro, um técnico em enfermagem, um dentista, um auxiliar de consultório dentário e 6 (seis) agentes comunitários de saúde.

Atende uma população variada, desde crianças, adolescentes e adultos nos seus mais diversos problemas de saúde. Ressalvamos que a ESF só foi implantada nesta UBS, há cinco anos, mas a Unidade Integrada Saúde Ozeas Sampaio já funcionava desde 1986. Dessa forma, a inserção dos trabalhadores na ESF, deu-se de duas formas, uma através de convite para os trabalhadores que já atuavam na Unidade Integrada e outros que foram contratados através de concurso público.

A Unidade é composta por 6 (seis) equipes de saúde da família. A distribuição de responsabilização territorial para cada unidade se dá desta forma: equipe 159⁸ (compreende o bairro Acarape), equipe 192 (bairro São Joaquim), equipe 190 (bairro Alvorada I), equipe 165 (bairro Matadouro), equipe 233 (bairro Vila Santo Afonso) e equipe 191 (bairro Alvorada II). Salientamos que as três primeiras equipes só desenvolvem atividades durante o turno da manhã, enquanto outras desenvolvem atividades no turno da tarde.

⁸ Código que referencia a equipe de Saúde da Família na Fundação Municipal de Saúde.

Para sua melhor visualização leitor, apresentamos a você um mapa do espaço geográfico em que às equipes da ESF atuam⁹.



Delimitamos que apenas 3 (três) equipes de saúde da família, participariam do nosso estudo, as equipes do São Joaquim, Alvorada I e Matadouro. As outras 3 (três) equipes não entraram como foco do nosso estudo por três motivos. Primeiramente pelo fato do bairro Acarape ser uma localidade onde as pessoas apresentam um nível sócio-econômico mais elevado do que seus bairros vizinhos. Os ACS relataram que até mesmo em suas visitas, os moradores nesse bairro rejeitam o trabalho das equipes, alegando que não necessitam do serviço público de saúde, pois possuem planos de

⁹ Mapa Capturado no site: <http://maps.google.com.br/maps>

saúde privados. A outra Equipe que não participou foi a do bairro Alvorada II, porque a do Alvorada I já tinha sido contemplada. Ressalvo que muitos usuários do Alvorada II acabam por utilizar outros serviços de saúde básica mais próximos a suas residências. Por fim, a equipe da Vila Santo Afonso não participou porque a médica estava de licença e a enfermeira relatou que não gostaria de participar.

Recordo-me neste momento da minha primeira visita a unidade, onde após ter passado aproximadamente uma hora dentro de um coletivo urbano, deslocando-me de minha residência para lá, a primeira cena que vi, e que me retorna a memória é de uma cidade do interior nordestino: infinitas bicicletas passando pela avenida, pessoas sem capacete pilotando motos, uma poeira que me causava agonia, e um aparente crescimento urbano desordenado. Por trás da unidade, ruas sem calçamento, grandes lagoas que em épocas de grandes chuvas, alagam as residências. Relatou-me certa vez um usuário da unidade, que perto de sua casa é costumeiro encontrar jacarés nas lagoas, fora o risco da epidemia de dengue se alastrar mais rápido.

Os usuários em sua grande maioria utilizam a bicicleta para irem à unidade. Lembro daquela cadeirinha que se coloca perto do guidão da bicicleta para levar as crianças, lembro dos maridos levando as esposas grávidas, com aquele barrigão enorme na garupa da bicicleta. Relato que me incomodou aquela cena, já estava com a camisa completamente suada e fiquei imaginando o desconforto para aquelas mulheres grávidas, debaixo daquele sol de quase 40° numa bicicleta, indo realizar as consultas do pré-natal.

Ressaltamos que para conhecer uma localidade é necessário andar com o povo e no modo como o povo anda, a pé, de ônibus, de bicicleta. É imprescindível conversar, bater papo, tomar um cafezinho, deixar a língua solta. O devir-se nômade no território da ESF requer devir-experimentar, se afetar, e afetar outrem. Na condição cartógrafo ao

mesmo tempo em que desenhava a cartografia que me propôs a realizar fui me constituindo e nisso coloquei todo meu corpo a disposição dessa tarefa. Sendo assim, procurei participar e caminhar junto aos movimentos de forças que se apresentaram na realidade dessa USF, buscando descobrir o que emergia daqueles encontros e relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários.

Segundo Deleuze e Guattari (1995a) é possível conhecer através das afecções. A cartografia, analisando sob este prisma, pode ser entendida como “um mapa de sensações”, a partir das afecções sofridas pelo próprio pesquisador no campo de pesquisa. Ele modifica a paisagem estudada ao mesmo tempo em que é modificado por ela.

Destaco que percebi durante este processo, da minha passagem pelo território da pesquisa e do meu encontro com outros corpos, sejam eles da FMS ou das equipes de saúde, ambos nos afetamos, modificamos-nos e quebramos a dicotomia existente entre o sujeito-objeto, bem como se instaurou uma relação onde, pesquisador-cartógrafo e sujeito-território de pesquisa se constituem no mesmo processo indagando-se os sentidos dos movimentos que se produzem no ato de pesquisar e explicitando a expressão das singularidades (Passos & Barros, 2000).

Recordo-me ainda que após duas semanas freqüentando a unidade alguns ACS aproximavam-se de mim querendo conversar sobre como eles poderiam trabalhar com relação aos PTM's e começaram a me indagar e aos seus colegas que eram de outras equipes, sobre o que faziam e como deveria agir com relação a estes casos.

No entanto, enquanto piauiense-sujeito-cartógrafo não me propus a organizar ou sistematizar um conhecimento para “ser distribuído”, bem como não me anunciei como um elemento neutro para o processo cartográfico. A construção do conhecimento se dá

através de um processo de construção coletiva, ou seja, entre pesquisador – trabalhadores - usuários, trabalhadores - trabalhadores, trabalhadores - usuários.

Para o desenho desta cartografia, delimitamos como nossas ferramentas de pesquisa, a entrevista semi-estruturada, a qual é mais semelhante a um roteiro de preocupações que norteavam meu olhar (vide anexo II), possibilitando compreender a micropolítica dos processos de trabalho, e ainda, entendermos de uma maneira mais clara este processo, dando a liberdade para o trabalhador relatar suas experiências na Unidade, com os usuários PTM, falar suas opiniões e da prática profissional diária.

Rolnik (1989) nos alerta mais uma vez, apontando que:

É muito simples o que o cartógrafo leva no bolso: um critério, um princípio, uma regra e um breve roteiro de preocupações - este, cada cartógrafo vai definindo e redefinindo para si, constantemente. O critério de avaliação do cartógrafo você já conhece: é o do grau de intimidade que cada um se permite, a cada momento, com o caráter de finito ilimitado que o desejo imprime na condição humana desejante e seus medos. É o do valor que se dá para cada um dos movimentos do desejo. Em outras palavras, **o critério do cartógrafo é, fundamentalmente, o grau de abertura para a vida que cada um se permite a cada momento** [grifo da autora]. Seu critério tem como pressuposto seu princípio. O princípio do cartógrafo é extramoral. [...] sua regra, ele só tem uma: é uma espécie de “regra de ouro”. Ela dá elasticidade a seu critério e a seu princípio: o cartógrafo sabe que é sempre em nome da vida, e de sua defesa, que se inventam estratégias. (Rolnik, 1989, p. 6)

Estes roteiros, por sua vez, foram aplicados aos trabalhadores das 3 (três) equipes de saúde da família que delimitamos, sendo um médico e um enfermeiro e dois ACS de cada equipe. Perfazendo um total de 11 participantes diretos da pesquisa. Pois indiretamente vários atores desta unidade entraram em cena, os porteiros, as recepcionistas, as cozinheiras, os auxiliares de serviços gerais, vendedores ambulante, dentre outros.

As entrevistas foram realizadas na própria Unidade, no turno em que a equipe atuava. Assim realizei 4 (quatro) entrevistas no turno da manhã e 8 (oito) entrevistas no turno da tarde. Cada entrevista teve em media a duração entre uma hora e 30 minutos a duas horas.

Salientamos que não participaram deste estudo o dentista, o auxiliar de consultório dentário e o técnico em enfermagem, por que decidimos estudar especificamente com os trabalhadores que em sua prática cotidiana fazem visitas domiciliares, trabalham com o diagnóstico de problemas de saúde mental, prescrevem medicamentos e modos de como a família deve conduzir o cuidado com os PTM's.

Desta forma, foi imprescindível utilizar como ferramenta a observação participante e os diálogos informais para posteriormente analisar os processos de trabalho em curso nessa unidade e nas visitas que realizamos, pois essas técnicas possibilitam adentrar no mundo das intensidades e permite estar perto e presenciar o encontro entre subjetividades, uma vez que esse campo de forças ultrapassa os limites das palavras, dos afetos que atravessam as relações, de múltiplas interconexões que se estabelecem em cada encontro.

O fazer cartográfico, incita no ato de analisar o contemporâneo, ou mais especificamente em nosso caso, no analisar os modos de trabalho em saúde, as formas de vida, os limites e as fronteiras da articulação entre saúde mental e atenção básica, rebater sobre o próprio cartógrafo suas análises, atçando-as para provocar nele o seu plano de alteridade e criação. Enquanto um dispositivo com potência para produzir crítica a respeito do instituído e sobre seu próprio desviar-se, o cartografar poderá promover em um só movimento, invenção tanto de um mundo quanto de um sujeito.

Rebater a forma sobre si mesma sondá-la enquanto morada do ser, na busca de ampliar sua superfície de contato com o Fora, multiplicar seus planos, agir nos seus

limites, não para o seu fundo, mas para os lados, atuando em sua própria abertura e expansão para o acolhimento de outros vetores de existência. Dobrar-se sobre o que está posto, para fazê-lo desviar-se. Operação de fora-inclusão da diferença na superfície, provocação de desvios, instabilidade e diferenciação (Fonseca & Kirst, 2004, p. 30).

O método cartográfico faz do conhecimento um trabalho de invenção. Não há agente da invenção, nesse caso a invenção se processa através do cartógrafo. Sendo assim, não havia planejado realizar visitas domiciliares e participar das reuniões das equipes. Mas, lembrando que nossa pesquisa se construiu no dia-a-dia e outras ferramentas podem ser criadas, talhadas e utilizadas, após o convite das equipes para participar de visitas domiciliares a casa de PTM's, não hesitei e logo aceitei porque poderia mapear o campo da micropolítica do cuidado ao usuário com demandas em saúde mental. Nesse momento criei uma espécie de diário de campo, num caderninho bem simples que comprei numa quitanda em frente à Unidade. Comecei a anotar frases, acontecimentos, relatos dos trabalhadores e usuários, minhas sensações durante essas visitas e no restante da pesquisa, bem como poemas que escrevia ao ser tocado pelos acontecimentos que me acometiam.

A cartografia é sempre um método construído durante o percurso, portanto, é atravessado pelas tormentas, ventos fortes e chuvas torrenciais ocorridos no processo. Não existe protocolo normatizado, pronto para esse método, cabe a cada cartógrafo construir o seu. Para Rolnik (1986) o cartógrafo é um antropófago. Expropria, se apropria, devora e desova, ele é transvalorado. Busca constantemente “devorar” elementos que o possibilitem compor sua cartografia.

Cartografar é produzir mundos, redes de significações. Dessa forma, enquanto cartógrafo, estou interessado pelo novo para o que produz diferença no campo do

cuidado em saúde mental que se apresenta aparentemente homogêneo, quebrando as seqüências lineares de fatos e dando visibilidade às forças de resistência (Rolnik, 1989).

Para tal missão, desenhei e estabeleci algumas pistas que podem ser vistas no roteiro de entrevista (anexo II) que tinham em vista descrever, discutir e, sobretudo, coletivizar as experiências dos trabalhadores nesse campo.

Cartografar envolve certa desenvoltura para lidar com metas em variação contínua. Entra-se no campo sem conhecer de fato o alvo a ser perseguido. O alvo surgirá de modo mais ou menos imprevisível, assim como nos ocorreu após nossa primeira inserção em que o alvo passou a ser especificamente os processos de trabalho em saúde mental. No entanto, para o ato de cartografar o mais importante é a localização de pistas, de signos de processualidade. Rastrear é também acompanhar mudanças de posição, de velocidade, de aceleração, de ritmo.

O rastreio não se identifica a uma busca de informação. A atenção do cartógrafo é, em princípio, aberta e sem foco, e a concentração se explica por uma sintonia fina com o problema. Trata-se aí de uma atitude de concentração pelo problema e no problema. A tendência é a eliminação da intermediação do saber anterior e das inclinações pessoais. O objetivo é atingir uma atenção movente, imediata e rente ao objeto-processo, cujas características se aproximam da percepção háptica. (Kastrup, 2007, p. 18).

Recordo-me em minhas orientações com a Prof^ª. Dr^ª. Magda Dimenstein, em que por vezes me perdia diante de tantas questões trazidas pelo campo, o que logo me causava mal-estar. A relação entre os CAPS e as USF, a reforma psiquiátrica, as famílias, a comunidade, a cidade, enfim, eram tantas questões e não conseguia delimitar de imediato um alvo. E que bom que não consegui, pois pude partir daquela primeira inserção no campo de pesquisa, relatado no capítulo um, e estar no campo com diversas questões norteando meu olhar, e somente lá pude identificar a problemática entorno dos

modos de trabalho com usuários PTM's na ESF, isso me tocou a ponto de não conseguir negar dar passagem a isto.

Por fim, através desse escrito, busco descrever e compreender o que foi vivenciado/experenciado/inventado no proceder da pesquisa, descrevendo o caminho que fizemos para colocar e responder ao problema estudado. A invenção do trabalho metodológico e a implicação do pesquisador foram um dos eixos de sustentação dessa proposta, bem como o pressuposto de que o conhecimento é processual e inseparável dos movimentos que a vida engendra e os afetos que a atravessam (Passos & Barros, 2000). Sendo assim, seguem nos próximos capítulos as análises do material coletado, no qual evitaremos a identificação das pessoas envolvidas. As análises dos dados serão divididas em mais dois capítulos, os quais se entrecruzam, mas com a finalidade de um estudo mais aprofundado, dividimos desta forma:

1. Mapeamento do estabelecimento (USF), da organização (FMS e a rede de serviços) e das instituições e práticas em saúde a partir do:

- Perfil profissional dos técnicos entrevistados;
- Da relação entre Unidade de Saúde da Família e a Unidade Integrada de Saúde Ozeas Sampaio;
- Da relação das equipes de saúde da família com a FMS com outros serviços de saúde e com a comunidade.
- Dos processos de trabalho em saúde mental e uma análise das tecnologias leves e leve-duras.

2. Análise dos encontros entre trabalhador e usuário PTM's:

- Os encontros com a diferença/loucura que provocaram linhas de desassossego para as equipes;
- As práticas de cuidado, acolhimento e responsabilização pela demanda em saúde mental.

CAPÍTULO QUATRO: AS RELAÇÕES E OS FAZERES NO COTIDIANO DA USF

...Foi se fazendo ao mesmo tempo em que certos afetos foram sendo revisitados (ou visitados pela primeira vez) em que um território foi se compondo... (Rolnik, 1989, p. 19).

Em linhas gerais, situamos no capítulo anterior como está configurado o território que circunda a Unidade Integrada de Saúde Ozeas Sampaio, bem como sobre a disposição das equipes e trabalhadores que compõem a unidade de saúde da família que utiliza o espaço físico dessa Unidade Integrada e são objetos do nosso estudo. No presente capítulo, através dos conceitos de instituição, instituído e instituinte, produção, reprodução e anti-produção propostos pela Análise Institucional, discorreremos sobre os processos de trabalho operados no cotidiano dessa USF e nas visitas domiciliares. Realizaremos uma análise da relação dessas equipes com a Fundação Municipal de Saúde de Teresina (FMS), com outros serviços de saúde e com a comunidade do entorno da unidade com o intuito de entender o que se produz, reproduz, o que é estabelecido, as criações que se desenrolam nesse cotidiano e apontam para novas práticas de cuidado mais inventivas ou para manutenção dos saberes dominantes. Para isso, utilizaremos os dados coletados a partir do nosso roteiro de entrevista, analisando pontos comuns e divergentes entre as falas dos trabalhadores e comparando-as aos registros das observações sobre a unidade pesquisada.

Em primeira instância revelo que adentrar em um estabelecimento de saúde na atenção básica, enquanto pesquisador, foi disponibilizar meu corpo para vivenciar e sentir caminhos repletos de surpresas. Estar em relação com diversos trabalhadores,

usuários, gestores e transeuntes que não eram pessoas que faziam parte do meu cotidiano foi me abrir para o inesperado e não ter certezas do que poderia me ocorrer.

Como explicitado nos capítulos anteriores, já havia visitado essa unidade e experienciado o contato com alguns trabalhadores para realizar aquele mapeamento inicial dos processos de trabalho em saúde, delineado na introdução desse escrito. Ao retornar para realizar essa nova etapa da pesquisa, vivências anteriores com esses trabalhadores, através de vínculos estabelecidos foram atualizadas em mim e neles, outros contatos foram criados, o que por vezes facilitou e por outras dificultou o processo de pesquisa, tendo em vista algumas afinidades, afetos, ressentimentos, preconceitos e diversos aspectos presentes nos processos relacionais.

De todo modo, é preciso esclarecer que “desenhar esse mapa” provisório dos processos de trabalho com os usuários PTM’s na Estratégia Saúde da Família, enquanto objetivo principal desse trabalho guiou todo o processo investigativo e de certo modo guiou nosso olhar na observação da dinâmica institucional e das práticas de cuidado estabelecidas com os usuários de um modo geral (crianças, recém-nascidos, gestantes, idosos e etc.). Pois, entende-se que no trabalho de qualquer trabalhador com qualquer usuário, tanto dos médicos e gestores, quanto de um porteiro de um serviço de saúde são reveladas questões-chave sobre os processos de produção de trabalho/cuidado em um estabelecimento de saúde.

Esse mapa que nos propomos a desenhar é conectável, composto de diferentes linhas, suscetível de receber modificações constantemente, ou seja, o mapa é aberto. Isto é, um campo que está sendo mapeado não se encontra fechado, muito menos acabado. Ele está sempre aberto a outras construções e significações (Deleuze, 1992). Desse modo, no momento em que me proponho a fazer um mapa sobre os processos de trabalho em saúde na ESF, de uma cidade nordestina, outras pesquisas sobre a

configuração do trabalho na atenção básica, sobre saúde mental em Teresina e no Brasil também estão movimentando-se e fazendo outros desenhos, contornos e atribuindo até mesmo outros sentidos às questões que estamos investigando.

Ou seja, o conceito de mapa que estamos utilizando e até mesmo podemos chamar de diagrama, Segundo Deleuze (1992):

... É um conjunto de linhas funcionando ao mesmo tempo (as linhas da mão formam um mapa, por exemplo). Com efeito, há tipos de linha muito diferentes, na arte, mas também numa sociedade, numa pessoa. Há linhas que representam alguma coisa, e outras que são abstratas. Há limites direcionais e linhas direcionais. Há linhas de segmento, e outras sem segmento. Há linhas dimensionais e linhas direcionais (Deleuze, 1992, p. 47).

As relações que se estabelecem no cotidiano da unidade, também se constituem através de linhas, linhas estas de naturezas as mais diversas possíveis. Deleuze e Guattari (1995b) nos auxiliam nessa discussão sintetizando os três tipos de linhas: de segmentaridade dura e bem definida, de segmentaridade molecular e, em seguida, a linha de fuga.

Na primeira [linha] há muitas falas e conversações, questões ou respostas, intermináveis explicações, esclarecimentos; a segunda é feita de silêncios, de alusões, de subentendidos rápidos, que se oferecem à interpretação. Mas se a terceira fulgura, se a linha de fuga é como um trem uma marcha, é porque nela se salta linearmente, pode-se enfim falar aí “literalmente”, de qualquer coisa, talo de erva, catástrofe ou sensação, em uma aceitação tranqüila do que aconteceu em linhas não param de se misturar (Deleuze & Guattari 1995b, p. 70).

Segundo Baremlitt (1992), as linhas de segmentaridade dura, constituem o plano molar, referindo-se aos segmentos dos quais passamos de um para o outro, como por exemplo: da família para a profissão; do trabalho para as férias; da fábrica para a aposentadoria. Deleuze e Guattari (1995a), por seu turno, destacam como características

das linhas de segmentaridade dura, o funcionamento binário, os poderes que fixam os códigos de territórios e a formação de sujeitos sobrecodificados, a partir de significados que carregam à priori. Essas linhas duras podem ser observadas nas mais diversas maneiras de existir no mundo cindido pelo modo binário cartesiano, saúde/doença, rico/pobre, clínica/política, social/individual.

As linhas de segmentaridade mais flexíveis que se constituem no plano molecular ainda podem fazer conexões com as linhas de segmentaridade dura, tornando duas linhas sobrepostas em uma só linha. Por fim, as linhas de fuga passam por limiares em busca do desconhecido, seguem para o imprevisível, para o não pré-existente, as linhas de fuga são fendas, fresta. Contudo, alertamos que não necessariamente linhas de fuga sejam linhas positivas, ou mesmo produtivas.

Sendo assim, nos propomos nesse capítulo a refletir sobre o trabalho em saúde e as forças, linhas e instituições que atravessam esse fazer, para pensar na gestão do cotidiano em saúde, no território de produção e/ou cristalização dos modelos de atenção, nos processos de mudança que permitem instituir novos arranjos no modo de fabricar a saúde em direção ao campo de necessidades finais dos usuários, em especial daqueles que necessitam de atenção em saúde mental. Pensamos ainda, na perspectiva de [re] organização dos serviços de saúde e refletimos sobre os planos molares e moleculares que se fazem presente. Isto é, o plano molar é da ordem daquilo que é grande, visível, evidente, que tem formas objetais ou discursivas, enunciáveis e visíveis. Molar, também é sinônimo de reprodução, regularidade, circunscrevendo o instituído, a superfície de registro e controle. O plano molecular, por sua vez, é o que na física chama-se micro, referindo-se ao mundo subatômico, das partículas, por oposição ao que é macro.

Contudo, ressaltamos a demanda por realizar essa pesquisa foi produzida por este pesquisador, ou seja, não me foi demandado pelos trabalhadores ou mesmo pela gestão que eu fizesse essa pesquisa. Desse modo, utilizamos a Análise Institucional para refletir sobre os processos de trabalho que são desenvolvidos na ESF, o que possibilitou, a partir das observações e entrevistas realizadas, a composição de 4 (quatro) analisadores sobre esse cotidiano: a integração da ESF na Unidade Integrada Ozeas Sampaio, as demanda de cuidado que as equipes recebem, o esquadramento do sujeito pelo saber/fazer de cada categoria profissional e as relações hierárquicas que se engendram nesse fazer.

Com efeito, inicialmente vale destacar como se configura o perfil dos trabalhadores entrevistados, no intuito de problematizar o tempo de formação e atuação na USF, os vínculos profissionais, as experiências formativas, para posteriormente analisar os processos de trabalho em saúde operados com os usuários e especificamente usuários que sofrem de transtornos mentais.

Discorrendo sobre o perfil profissional dos técnicos entrevistados

Os trabalhadores das três equipes de saúde entrevistadas, em sua maioria, são do sexo feminino, sendo que dentre os 11 (onze) participantes, apenas 3 (três) são do sexo masculino. Porém, advertimos que esses profissionais não representam todo o universo da unidade de saúde estudada, tendo em vista que o grupo dos ACS foi formado a partir de convite do pesquisador aos membros das equipes escolhidas anteriormente.

Tabela 02
Faixa Etária dos Técnicos Entrevistados

Faixa Etária	Agentes Comunitários de Saúde.		Médicos e Enfermeiras.		Todos os entrevistados.	
	N	%	N	%	N	%
	Até 25 anos	2	33,3	-	-	2
De 26 anos a 39	2	33,3	1	20	3	27,2
Acima de 40 anos	2	33,3	4	80	6	54,5
Total	6	100	5	100	11	100

Em relação à faixa etária dos entrevistados, onde podemos acompanhar na tabela 02, a faixa etária destes agentes comunitários de Saúde encontra-se distribuída de forma igualitária para cada intervalo (33,3%). No tocante aos trabalhadores de nível superior, a maioria encontra-se no intervalo acima de 40 anos (80%). Sendo assim, presumimos que se tornam grupos de trabalho em equipes com idade superior a 40 anos (54,5%).

Tabela 03
Escolaridade dos Agentes Comunitários de Saúde

Escolaridade	Agentes Comunitários de Saúde.	
	N	%
Ensino Médio Completo.	1	16,6
Ensino Médio e Técnico.	1	16,6
Ensino Superior em curso	2	33,3
Ensino Superior Completo	2	33,3
Total	6	100

Em relação ao grau de escolaridade dos agentes comunitários de saúde (tabela 03), a maioria deles apresenta nível superior, onde alguns ainda estão cursando uma graduação (33,3%), em áreas distintas da saúde - Licenciatura em História e Direito, por exemplo. Outros já concluíram o ensino superior (33,3%) - Ciências Contábeis e Biologia. Outros possuem o nível médio (16,6%) ou curso Técnico em Enfermagem

(16,6%). Estes dados são relevantes para discutirmos a composição dessas equipes, pois temos trabalhadores qualificados para atuarem em outras áreas, mas que através de um concurso público que requeria apenas o nível médio para os candidatos, entraram no campo da saúde pública. Analisamos que seria uma questão para se pensar, a integração desses conhecimentos às práticas de ACS e nas discussões com as equipes.

Os ACS relataram não terem tido outras experiências profissionais com trabalhos na área de saúde, sendo a ESF o primeiro contato com esse campo. Com efeito, refletindo acerca dessa questão do trabalho em saúde, e fazendo um paralelo com pensamento de Dimenstein (1998), onde a autora aponta que o campo da saúde pública se torna “atrativo” para o psicólogo brasileiro por ser um dos maiores empregadores para esse profissional, o que nos faz pensar que esse campo também se torna “atrativo” para outros profissionais da saúde e mesmo para quem possui somente o ensino médio, como é o requerido para os ACS.

Tabela 04
Instituição de Formação dos Técnicos do Ensino Superior

Instituição de Formação	Médicos e Enfermeiras.	
	N	%
UFPI	5	100
Outras	-	-
Total	5	100

No tocante a formação dos trabalhadores de nível superior (tabela 04), todos (100%) realizaram sua graduação na cidade de Teresina, na Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Tabela 05
Tempo de Formação dos Técnicos do Ensino Superior

Tempo de Formação	Médicos e Enfermeiras.	
	N	%
Menos de 11 anos	-	-
De 11 a 20 anos	4	80
Acima de 28 anos	1	20
Total	5	100

No que se refere ao tempo de formação destes trabalhadores (tabela 05), a maioria terminou a sua graduação há mais de 15 anos (80%). Isto nos indica que os debates acerca da criação da Estratégia Saúde da Família surgem no final da graduação e início de carreira profissional desses trabalhadores. Contudo, relataram que essa política e os processos de trabalhos que seriam desenvolvidos na sua execução não foram debatidos e problematizados nas suas formações.

Tabela 06
Vínculo Empregatício dos Técnicos Entrevistado na USF Ozeas Sampaio

Vínculo Empregatício	Todas as categorias entrevistadas.	
	N	%
CLT- Concurso Público	11	100
Contrato Temporário	-	-
Total	11	100

No concerne aos vínculos empregatícios (tabela 06), todos os trabalhadores foram admitidos na ESF por meio de concurso público (100%).

Tabela 07
Formação e Aperfeiçoamento dos Técnicos de Nível Superior Entrevistado na USF Ozeas Sampaio

Formação e Aperfeiçoamento	Médicos e Enfermeiros.	
	N	%
Cursos de aperfeiçoamento em saúde mental (CAPS)	4	33,3
Especialização (outra)	2	16,6
Especialização em Curso	1	8,33
Especialização em Saúde da Família	4	33,3
Especialização em Saúde Mental	1	8,33
Mestrado e Doutorado	-	-
Total	12	100

Em relação, a continuação da formação dos técnicos de nível superior (tabela 07), a maioria possui curso de especialização em Saúde da Família (33,3%) e um curso de aperfeiçoamento em saúde mental ofertado pelo CAPS-Norte (33,3%). Ressaltamos que este curso de especialização foi realizado através de convênio estabelecido entre FMS com o Ministério da Saúde. No tocante, a saúde mental, somente uma profissional de enfermagem, possui especialização específica nesta área. Sendo que a mesma já trabalhara 13 anos em hospital psiquiátrico no município de Teresina.

Tabela 08
Tempo de Trabalho dos Técnicos Entrevistado na USF Ozeas Sampaio

Tempo de trabalho	Agentes Comunitários de Saúde.		Médicos e Enfermeiros.		Todos os entrevistados.	
	N	%	N	%	N	%
Menos de 02 anos	1	16,6	1	20	2	18,1
De 2 a 4 anos	1	16,6	-	-	1	9,09
Acima de 5 anos	4	66,6	4	80	8	72,7
Total	6	100	5	100	11	100

Por fim, em relação ao tempo de trabalho dos entrevistados na Unidade Integrada de Saúde da Família Ozeas Sampaio (tabela 08), destacamos que apenas 2 (dois)

trabalhadores possuíam menos de 2 anos de atuação nas equipes estudadas. A maioria atua na Unidade há mais de 5 (cinco) anos (87,7%), o que nos indica a possibilidade desses trabalhadores, possuírem um amplo conhecimento acerca dos problemas que assolam a comunidade em seu território de responsabilidade, bem como dos usuários. Este ponto, por sua vez, facilitaria os trabalhadores mapearem os problemas de saúde e saúde mental do seu território.

Ainda fazemos uma ressalva, que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, foi implantado nesta unidade há sete anos, antecedendo o Programa Saúde da Família. Quando implantado o PSF, vários trabalhadores de nível superior (80%) que atuavam na Unidade Integrada de Saúde Ozeas Sampaio foram transferidos para o programa. Vejamos então, como surgiu e a que se destina a ESF, bem como ocorreu esse movimento de implantação da ESF na Unidade Integrada Ozeas Sampaio e as implicações que isso gerou.

Sobre a ESF e sua implantação na unidade integrada Ozeas Sampaio

A partir da municipalização da saúde e fortalecimento dos sistemas locais de saúde no Brasil, em 1994, foi propiciado o “nascimento” do Programa Saúde da Família, que se apresenta como uma estratégia para a modificação da estrutura da rede de serviços e dos modos de trabalho em saúde. Desse modo, atualmente o Ministério da Saúde passa a considerá-lo Estratégia Saúde da Família. Segundo Mendes (1996), fazia-se necessário:

... Transitar de um modelo de atenção médica, fruto do paradigma flexneriano, para um modelo de atenção à saúde, expressão do paradigma da produção social da saúde. É nesse sentido, que os reformistas ingleses falam, hoje de uma imprescindível “revolução silenciosa” no

sistema de saúde que derive as preocupações da atenção médica para resultados medidos em melhoria da qualidade de vida da população. Tais considerações permitem, mais uma vez, sustentar a pertinência do SUS como processo social de construção da saúde (Mendes, 1996, p. 9).

O Ministério da Saúde, por sua vez, aponta a Estratégia Saúde da Família como sua principal tática para reorganização do acesso da população a serviços de saúde básicos (Brasil, 2005b). Elucida que a ESF foi criada para responder a crise do sistema de saúde, provocada pelo modelo assistencial caracterizado por uma atenção eminentemente curativa, centrada no modelo biomédico (medicalizante, verticalizado e focalizada na produtividade). Ou seja, propõe-se a modificação das diretrizes do trabalho em saúde, voltados para a doença, reorientando-o para um modelo que privilegie parcerias com as famílias, tendo-as como importantes aliadas para efetivar um trabalho baseado na desospitalização e na promoção de saúde.

Esse dispositivo visa uma maior resolutividade no que concerne aos problemas da população usuária dos serviços, uma prática assistencial em equipe, centrada nas necessidades da população, considerando-a como participante do processo de produção de saúde, através de seus saberes e práticas sociais. Propõe-se ainda uma atuação centrada no vínculo e na responsabilização das ações coletivas e individuais (Matumoto, 2003).

Os autores Merhy e Franco (2000), nos auxiliam nessa contextualização e destacam que o objetivo da ESF destina-se a:

Reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de

intervenções que vão além de práticas curativas (Merhy & Franco, 2000, p. 145).

A ESF compõe o cenário de uma política intersetorial centrada na produção social de saúde, como um modelo tecno-assistencial que se apóia tanto nas propostas de produção de outros serviços, quanto nas ações de saúde que sejam resolutivas e integradas com a rede de serviços de saúde. Propõe-se com a substituição do modelo tradicional da assistência à saúde, realizar um trabalho de fato em conformidade com os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade. Fazendo-se necessária a substituição desse modelo que, no decorrer da história, tem se mostrado eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo e baixa resolutividade, com a falta de uma eficiente articulação em rede, hierarquizada por complexidade, caracterizada por uma demanda espontânea, sem criação de vínculos de cooperação e co-responsabilidade com os usuários (Brasil, 1994; 2002).

Elucida-se, a partir do exposto que a ESF surge como um movimento de forças instituintes que buscam a modificação das práticas de cuidado que seguem a lógica instituída dos processos de trabalho hospitalocêntrico. Desse modo, as relações que se engendram no cotidiano que estamos estudando, movimentam um conjunto de forças, tanto instituintes, quanto instituídas. As forças que propiciam a transformação das instituições, ou mesmo as forças que tendem a fundá-las, quando ainda não existem, chamam-se instituinte (Baremblytt, 1992). Essas forças são produtoras de lógicas institucionais. O instituído, porém, é o efeito da atividade instituinte, ou seja, do processo ininterrupto de produção, de criação de instituições, gerando um resultado, um produto que será o instituído.

Lourau (2004) nos aponta que por instituinte compreende-se ao mesmo tempo a diferença e a capacidade de renovação ou inovação. Em geral, o instituído é uma prática

política como significante da prática social. No que se refere ao instituído Lourau, pondera que esse não se trata apenas da “ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habitados de previsão (econômico, social e político)” (Lourau, 2004, p. 47). Para exemplificar, lembremos da reforma sanitária, que foi uma invenção de forças que se colocaram instituintes, as mesmas que já estão instituídas como Sistema Único de Saúde, no qual operam novas forças instituintes, que posteriormente ficarão instituídas (Fortuna, 2003). Como outro exemplo, temos o processo de reforma psiquiátrica, como uma invenção de forças primeiramente instituintes, materializadas nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) que são alvos de preocupação atual em termos de processos de cronificação em curso (Barros, 2003).

No que concerne à implementação da ESF na Unidade Integrada de Saúde Ozeas Sampaio, foi realizada no ano de 2002, onde na região anteriormente existia apenas o Programa de Agentes Comunitário de Saúde. Desse modo, todo o espaço físico que era destinado às atividades específicas da Unidade Integrada, teve que ser dividido a partir dessa implantação da ESF. Compreendemos que a FMS decidiu assim para se evitar gastos com a locação ou construção de um espaço específico para as equipes de saúde da família. Fato esse que, segundo os trabalhadores entrevistados, é uma questão problemática, porque em muitos momentos necessitam de mais espaço para realizar suas tarefas, em especial as atividades em grupo e não encontram.

Com efeito, compartilhar esse espaço comum possibilita vantagens e desvantagens para as ações de saúde das equipes de saúde da família, pois apesar de ser uma unidade para o nível primário de saúde, apresenta serviços de média complexidade:

Tabela 09
Atendimentos e equipamentos disponíveis na Unidade Integrada de Saúde Dr. Ozeas Sampaio

Atendimento prestado na Unidade:	Equipamentos de diagnóstico:
Atendimento Ambulatorial	Raios-X De 100 A 500 Ma
Internação	Raios-X Dentário
Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Tratamento (SADT)	Ultrassom Ecográfico
Urgência Emergência	Equipo Odontológico
Fluxo De Clientela: atendimento de demanda espontânea	Eletrocardiógrafo

No tocante às vantagens apresentadas, referem-se principalmente à utilização da estrutura da Unidade Integrada Ozeas Sampaio para a internação e realização de exames clínicos, o que possibilita para os usuários não serem encaminhados para outros serviços de saúde, em especial os hospitais gerais, seguindo assim a lógica do cuidado no território. Por outro lado, essas vantagens de cuidado com tecnologias duras, tornam-se um analisador para pensarmos os processos de promoção e prevenção em saúde que se quer fazer na atenção básica, uma vez que as equipes e suas práticas de cuidado em determinados momentos são capturadas nesse espaço, conduzindo os processos de trabalho na direção de uma reprodução da lógica hospitalocêntrica, conservando assim as forças do instituído, ou seja, um trabalho realizado sem a utilização de tecnologias relacionais para promover o cuidado.

Notamos também a conservação das forças do instituído se fazendo presente na reprodução das hierarquias entre os profissionais das equipes de saúde da família, tais quais as existentes nos modos de trabalho hospitalocêntricos. Hierarquias essas

delimitadas a partir da prescrição dos saberes, fazeres e poderes constituintes de cada categoria profissional. Equipes que metaforicamente se hierarquizam: tenentes, sargentos, cabos e soldados, isto é: médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos/auxiliares e agentes comunitários de saúde.

Nessa configuração, o trabalho em saúde na atenção básica se produz mais como uma espécie de árvore do que como rizoma, há uma centralidade de tronco que produz círculos de copa e raízes, onde o saber médico e biologizante ficam no centro e impede outra produção de cuidado em saúde por parte de outros trabalhadores, em especial os ACS que tanto não são empoderados pelas equipes, quanto eles mesmo não se sentem empoderados para realizarem práticas de cuidado, acolhimento e estabelecimento de redes de circulação para os usuários a partir do conhecimento que adquirem com a experiência diária nesse campo. Nessa circunstância a equipe entra em anti-produção, que é um processo de destruição das realidades produzidas ou impedimento de sua produção (Baremlitt, 1992). A anti-produção é explicitamente nociva, destrói e impede a produção do trabalho, ou seja, a equipe em anti-produção se auto-destrói. Fortuna (2003) nos indica que “há que se desmontar a equipe de saúde árvore e fazer gramados de saberes/fazeres por todos os lados, escapar rizomas” (p. 14).

Observamos esse fato também nos discursos dos usuários, tanto na concepção de que o cuidado em saúde deve ser realizado prioritariamente pelo médico, quanto à ausência de implicação com o cuidado de sua própria saúde, os quais apontam os serviços de saúde como responsável por esse cuidado. Os próprios médicos entrevistados relataram que os usuários ao adentrar em seus consultórios querem rapidamente relatar sobre seus “sinais e sintomas” e adquirir uma resposta, uma solução para o seu problema de saúde. Ou seja, os usuários também são atravessados pela lógica

do especialismo biomédico, que o cuidado em saúde está na relação doença-cura, e assim buscam um cuidado curativo e medicalizante.

Médico 01: aconteceram várias vezes de estar atendendo um paciente, tentando entender a situação que lhes trouxe aqui, qual a problemática né, e eles me apressarem pedindo logo uma medicação, dizendo que não vieram aqui pra falar da sua vida, dos seus problemas... Quando identifico que não é um caso para intervenção medicamentosa, que é um problema psicológico, por exemplo, eu não prescrevo medicação, mas os pacientes não aceitam, ficam insistindo que deve ter algum medicamento, alguma coisa para tomarem e dormir a noite toda... Se eu passo mais de 10 ou 15 minutos com um paciente dentro do consultório, na maioria das vezes os outros pacientes que estão esperando lá fora, batem logo na porta para me apressar...

Essa relação que os usuários apresentam com sua saúde, focalizados no modelo de cuidado curativo, também é outro analisador que dificulta a proposição, invenção, criação de outras formas de cuidar e lidar com a saúde, a partir de um atendimento integral, com atividades preventivas, por parte dos trabalhadores.

Desse modo, concordamos com Ayres (2001) que na atual conjectura de expansão da ESF, podemos ver tanto perigo, quanto oportunidade. Observamos, através das falas dos usuários e trabalhadores, que as oportunidades de modificação da assistência à saúde trazem como perigo os “vícios ideológicos”, como por exemplo, a compreensão que a atenção básica é uma “tecnologia simplificada”. Estes vícios podem tornar as propostas da ESF apenas mais um rearranjo político-institucional no sistema de saúde brasileiro, o que o tornaria um sistema demasiadamente excludente sob a ótica da organização social.

Problematizamos que as instituições que atravessam esses discursos estão permeadas de confrontos, disputas e de jogos políticos que ocorrem no campo da saúde, e como consequência atribui valor à vida humana, e até mesmo acarreta influências

sobre a enorme fatia de dinheiro investido na saúde pelo setor público e privado que, tem um grande destaque na economia do município teresinense. Essa problemática, por sua vez, é da ordem molar e molecular, pois se refere tanto às questões da esfera dos projetos político - econômico - social, como por exemplo, as políticas de financiamento e investimentos para a atenção básica, através do Piso de Atenção Básica (PAB), quanto das questões da esfera micro, ou seja, da ordem dos embates políticos, ideológicos que atravessam as práticas em saúde e ordenam o valor da vida (Matumoto, 2003).

Percebemos esse ordenamento do valor da vida humana nas prescrições do atual jeito de viver, na percepção do corpo como mercadoria, bem como no modo com a vida e a saúde são tratadas como produtos. Concordamos com Osório (1994) que a saúde é um “objeto” conquistado com dificuldades, e por isso se torna desejada e passa a ser explorada por todos os meios, como busca de usufruto de um bem social.

Assim, podem-se obter muitas coisas com a enfermidade, nas suas múltiplas possibilidades, seja pelo abandono do trabalho, com licenças e aposentadoria, financiadas pelo estado e órgãos previdenciários, seja pelo abandono de lugares sociais desagradáveis, como uma desculpa socialmente validada. A doença se insere num *horizonte de possibilidades de prazer* quando ela abre o campo de oferecimento para diversos usufrutos, ponto de apoio para a obtenção de um bem. A exploração generalizada da enfermidade funciona como resistência política aos procedimentos sociais instituídos, mesmo que seja considerada arma política ineficaz e atrasada (Osório, 1994, p. 69).

Por fim, denota-se que as questões observadas nos discursos dos usuários e trabalhadores, articulados à conjectura política teresinense e ao predominante modelo neoliberal tem se apresentado com um grande obstáculo a ser contornado para efetivar todo o projeto de re-distribuição da oferta de outros modos cuidados em saúde nessas comunidades, tal como as proposta da ESF propõe e que são idéias essas que

impulsionam o SUS. Assim, acompanhemos no tópico que se segue quais as atividades realizadas e as demandas de cuidado em saúde que as equipes recebem.

Das atividades realizadas e as demandas que as equipes de saúde da família recebem

No que concerne às atividades realizadas e as demandas recebidas, as equipes relataram destinar em média 60% de seu tempo de trabalho para os atendimentos individuais e os outros 40% são destinados para atividades desenvolvidas em grupos, reuniões de equipe e visitas domiciliares. Destinam pelo menos um turno semanal para atividades coletivas, desenvolvendo trabalhos nas áreas do cuidado a saúde da mulher, criança e do adulto, bem como relataram agendar um turno por semana para realizar visitas domiciliares e quando se faz necessário realizam-nas em outros períodos. A reunião semanal de equipe foi referida por alguns trabalhadores, porém outros mencionaram que a reunião não ocorre de maneira sistemática.

No que se refere às atividades desenvolvidas no cotidiano com os usuários observamos: a prescrição e administração de medicação; atendimento a usuários diabéticos e hipertensos; cadastro e entrega de preservativo; consultas médicas e de enfermagem; consulta de pré-natal; consultas na área de saúde da mulher; fornecimento de medicação; orientação puérpere; orientação para uso de métodos contraceptivos, planejamento familiar e prevenção DST/AIDS; puericultura; exames de prevenção citológica-oncológica; revisão ginecológica; revisão puerperal; vacinação; consulta acompanhamento da família; grupo de crianças (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento); grupo de crônicos (hipertensos e diabéticos); grupo de gestantes; grupo de mulheres; grupo semanal de planejamento e visitas domiciliares.

Os agentes comunitários de saúde relataram participar de várias dessas atividades relatadas acima, auxiliando os auxiliares de enfermagem, os médicos e enfermeiros, na entrega de preservativos e acompanhamento das gestantes e crianças em situação de risco e desnutrição. Especificamente, a atividade por excelência desse trabalhador é realização das visitas domiciliares, que deve ser de no mínimo 8 (oito) visitas diárias, e via de regra ocorrem pelas manhãs. Nessas visitas, por meio de diálogos com as famílias, o ACS procura identificar os problemas de saúde da micro-área de sua responsabilidade, através do preenchimento da folha de registro do SIAB e de suas experiências nesse campo. Os problemas mais graves são encaminhados e agendados para a equipe. Esses trabalhadores são os elementos principais na articulação do serviço com a comunidade.

De acordo com o Ministério da Saúde, as equipes de saúde da família são responsáveis pelo acompanhamento de um determinado número de famílias, tendo como cobertura prevista, 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes por equipe, localizadas em um território previamente delimitado. Com isso, busca-se fazer o diagnóstico de saúde territorial e estabelecer ações e metas coadunadas aos principais indicadores de saúde, que são: média mensal de visitas por família, percentual de crianças com esquema vacinal básico em dia, com aleitamento materno exclusivo, percentual de cobertura de consultas pré-natais, prevalência de desnutrição, taxa de mortalidade infantil por diarreia, taxa de hospitalização por pneumonia e por desidratação.

As equipes que participaram do estudo relatam que em média cada agente é responsável pela visita domiciliar mensal de 150 famílias, como cada equipe possui 6 (seis) agentes, perfaz um média de 900 (novecentos) famílias acompanhadas por cada equipe. Segundo Lancetti (2001) essas ações da ESF têm o potencial para deflagrar

ações onde sujeito está localizado, fazendo com que este deixe de ser apenas um prontuário e passe a ser uma biografia. Através da descentralização da relação médico-paciente para a relação usuário-equipe, as equipes podem desenvolver maiores vínculos com os usuários e a comunidade, em especial com a ajuda dos agentes comunitários de saúde.

Contudo, os ACS e os enfermeiros relatam um descontentamento por realizarem várias atividades burocráticas em seus turnos de trabalho, desde o registro das atividades, recebimento e solicitação de materiais e medicações, ao preenchimento do SIAB e de outros formulários da ESF, ao invés de investir seu tempo em outras atividades, como, por exemplo, articulações com equipamentos comunitários, atividades com as famílias ou com grupos de usuários.

Para uma melhor visualização, grosso modo podemos dividir as atividades dessa forma:

Tabela 10
Atividades realizadas pelas equipes de saúde da família

Dia da semana	Atividade
Segunda-feira	Atendimento aos usuários com hipertensão e diabetes.
Terça-feira	Exames de prevenção citologia oncológica, planejamento familiar, trabalhos em grupo, palestras sobre DST/AIDS, entrega de preservativos.
Quarta-feira	Atendimento às gestantes (pré-natal).
Quinta-feira	Atendimento a usuários hipertensos e diabéticos e visitas domiciliares.
Sexta-feira	Reunião de equipe e atendimento geral (idosos e crianças).

Em relação, especificamente as demanda em saúde mental recebidas, as equipes, de um modo geral, relataram receber diversos casos de sofrimento psíquico como, por

exemplo, problemas associados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, egressos de hospitais psiquiátricos, transtornos mentais graves, transtornos de humor, transtornos de ansiedade, fobias específicas, situações decorrentes de violência familiar, sexual e exclusão social. Em especial, os trabalhadores relataram o significativo número de usuários que tentam cometer suicídio, sendo que já houve casos de concretização desse ato, fato esse que percebemos provocar nos técnicos extremo desconforto, disparando um sentimento de impotência e dúvidas sobre os processos de trabalho realizados com esses usuários.

Contudo, ressaltamos que essas dificuldades encontradas, coadunaram-se com algumas das demandas e dificuldades que tinham nos sido apontadas em nossa primeira inserção no campo de pesquisa, tanto por parte dessa unidade, quanto por parte de outras unidades de saúde da família pesquisadas¹⁰.

Assim, seguindo as narrativas dos profissionais sobre o trabalho com usuários que tentam cometer o ato suicida, problematizaremos nas linhas que se seguem os processos de trabalho com essa demanda, no sentido de que as políticas públicas de saúde requerem uma prevenção para o suicídio por parte dos trabalhadores da saúde.

Nesse momento, recordo-me da visita domiciliar que realizei com as equipes a residência de uma certa família, em que uma senhora relatara ao ACS que seu filho adolescente havia tentado cometer suicídio, cortando os pulsos com uma faca. O ACS, por sua vez, planejara com sua equipe uma visita domiciliar a essa família, para que se pudesse analisar o que estava ocorrendo e produzir um acolhimento/cuidado a essa família. Posteriormente a reunião da equipe, os trabalhadores me convidaram para acompanhá-los, no intuito de observar como se desenrolava os processos de trabalho em ato. Assim, ao chegarmos a casa dessa família, a mãe do rapaz nos recebeu

¹⁰ Apresentamos no capítulo um, o mapeamento inicial do campo do cuidado em saúde mental e os processos de trabalho desenvolvidos em unidades de saúde da família e centros de atenção psicossocial.

juntamente com ele. A mãe, com os olhos marejados, nos pede para sentar, mal somos apresentados e ela começa a relatar o que havia acontecido e dizia: “eu não sei mais o que fazer”. Do outro lado da sala, o rapaz com um olhar cabisbaixo cruzava os braços e falava: “ah! Eu não gosto da minha vida, eu queria mesmo era morrer. Qual o problema nisso?”. Nesse instante, percebi que equipe ficou sem saber como continuar a conduzir o atendimento, os trabalhadores se entreolham, e olham para mim e me apresentam enquanto profissional psicólogo que iria ajudá-los naquele momento. Ressalto a você leitor, que não havia sido acordado com os trabalhadores que eu participaria como profissional nessas visitas. Naquele instante, estabelecia-me no território como pesquisador, e após essa apresentação, como profissional psicólogo, também fiquei sem um território, pois foi demandada de mim uma intervenção num campo complexo e multifacetário da saúde/vida. Assim, naquele encontro, usuário– trabalhadores– pesquisador/psicólogo, uma intensa produção de afetos foram disparados, produzindo assim, o que Rolnik (2006) chama de *desassossego*, ou melhor, linhas de desassossego que nos impulsionaram a pensar outras formas de intervenção no ato.

Para Rolnik (2006), pensamos, criamos e nos indagamos devido aos acontecimentos que ocorrem e irrompem nosso cotidiano e nos pedem/forçam a arquitetar “*novos possíveis*”. Porque é a partir do desassossego, dessa crise que se abre no meio do cotidiano, que desencadeia o trabalho do pensamento, o processo de criação que pode ser expresso, no caso do trabalho em saúde, a partir de diversas formas, a verbal, a produção de um texto ou simplesmente de outra produção existencial.

No encontro com esse usuário que tentara contra a própria vida e nesse emaranhado de afetos que atravessaram nossos corpos, mudanças foram provocadas no tecido de nossa sensibilidade e conseqüentemente gerou uma crise em nossas referências de tecnologias para o trabalho em saúde. Enfim, fizemos uma intervenção

interdisciplinar com o usuário e com a família, na busca de investigar os analisadores que faziam parte da tentativa suicídio na vida dele e tentar produzir linhas a favor da vida. Posteriormente, a equipe o encaminhou para a psicóloga e o psiquiatra da Unidade Integrada Ozeas Sampaio.

Buscando refletir mais sobre essa experiência que me ocorrera, encontrei na página virtual do Ministério da Saúde, uma pesquisa realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual destaca que há mais de dois anos o município de Teresina apresenta um dos maiores índices de suicídio entre as capitais brasileiras. Especificamente, a OMS assinalou a capital piauiense como a cidade com maior índice de suicídios femininos no Brasil, com uma estatística de 4,2 mulheres por 100 mil habitantes. No que concerne aos suicídios entre os homens, o Estado do Piauí figura na terceira colocação entre os estados brasileiros (Parente, Soares, Araújo, Cavalcante e Monteiro, 2007).

O Ministério da Saúde, por sua vez, salienta que o Brasil está na lista dos dez países com maiores números absolutos de suicídio. Desse modo, o suicídio já é considerado um problema de saúde pública no país, tendo uma média registrada de 4,5 casos de suicídios para cada 100 mil habitantes.

Outro estudo, realizado pelos pesquisadores, Parente et. al (2007) com o objetivo de caracterizar as questões envolvidas nos 244 casos de suicídio realizados entre os anos de 2000 a 2005 nesse município, delimitaram um estudo descritivo e quantitativo sobre o tema. Para tal, os pesquisadores utilizaram os laudos do Instituto de Medicina Legal para analisar os aspectos sócio-demográficos, os meios utilizados para cometê-lo e o período/mês de ocorrência do suicídio. Desse modo, foi observado:

(...) Um índice maior de suicídio entre os homens (71,3%) com maior incidência da população jovem, com predomínio entre os solteiros (54,9%). Os grupos

ocupacionais com maior percentual foram os estudantes (23,8%). O método mais freqüente foi de enforcamento (66%), seguido de arma de fogo (13,1%). A realização de intervenções em busca da diminuição das taxas existentes é primordial, pois estas corresponderam ao quarto lugar em relação a todas as mortes de causas violentas ocorridas no município (Parente et al., p. 5, 2007).

No que concerne às intervenções com o objetivo de diminuir as taxas de suicídio relatadas pelos autores supracitados, o Ministério da Saúde realizou uma articulação com Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) para discutir essa questão, e especificamente discutir essa problemática para o trabalho em saúde. Desse encontro resultou a produção do livro, *Prevenção ao Suicídio: Manual Dirigido a Profissionais das Equipes de Saúde Mental*. Esse livro faz parte da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio e propõe a redução das taxas de concretização desse ato, prevenção das tentativas e terapêuticas para os danos associados aos comportamentos suicidas no Brasil.

Segundo o Portal da Saúde (2008) foram realizadas pesquisas na área da saúde mental em diversos países, e observaram que cerca de dias ou semanas antes de cometer o ato suicida, cerca de 40% dos sujeitos procuraram algum serviço de saúde em busca de ajuda, mas sem mencionar especificamente de que estão sofrendo e próximos de cometer tal ato. Segundo essa pesquisa, essas procuras podem “ser um último pedido de socorro”. Assim, o Ministério da Saúde aponta que um profissional de saúde capacitado para trabalhar com essa questão, tem condições de identificar a situação-problema, acolher esse usuário e realizar ou encaminhar, quando necessário uma terapêutica adequada e com isso tentar evitar que o suicídio ocorra.

Contudo, observamos, a partir das narrativas dos trabalhadores entrevistados, que eles também não sentem preparados para o cuidado com essa demanda, pois ela escapa

uma nosografia biológica e passar a ser um cuidado direcionado para manutenção/postergação vida do usuário no sentido existencial, o que exigem dos técnicos a utilização de outras tecnologias de trabalho, ou seja, tecnologias leves, tecnologias relacionais (Merhy, 2002a).

Na esteira dessa discussão, refletindo a partir dos autores Franco, Merhy e Bueno (1999), quando ocorre esse encontro, entre um trabalhador da ESF e um usuário, diversas instituições (saúde, família, trabalho e comunidade) entram em cena e operam-se processos tecnológicos para que a prática de cuidado seja efetivada, ou seja, nesse encontro está sendo produzido um trabalho vivo em ato. Trabalho esse que ocorre no momento mesmo em que ele se realiza, e objetiva a produção de relações de escutas e responsabilizações, que procura articular a constituição de vínculos e de compromissos em projetos de intervenção (Merhy, 2002b).

O trabalho vivo em saúde, a partir de autores como Elias Merhy (1999; 2002b) e Franco, Bueno, Merhy (1999) é entendido como trabalho em ação. Isto é, o trabalho se produz permanentemente em ato (ao vivo). O que, por sua vez, possibilita a expressão da inventividade/criação por parte do trabalhador que a realiza através da utilização de determinados instrumentos materiais e de certo saber operante (instrumentos imateriais), atendendo às suas necessidades cotidianas.

Ao contrário do trabalho vivo há o trabalho morto que, de acordo com Merhy (2002a), são todos os produtos que estão relacionados ou com a matéria prima ou com as ferramentas utilizadas. Para sua melhor compreensão utilizaremos como exemplo o trabalho de um marceneiro, que, neste caso, se serve de matéria-prima, a madeira e de ferramentas, o martelo para construir a cadeira. O martelo e a madeira, já são decorrentes de um trabalho humano anterior. A cadeira por sua vez, no ato da sua construção pelo marceneiro é trabalho vivo, mas apesar de ser produto de um trabalho

vivo, denomina-se de trabalho morto, pois agora ela é incorporada como uma cristalização desse trabalho vivo, um bem acabado. É o trabalho em ato do marceneiro que possibilita a criação/produção de uma cadeira, sendo que esta será uma nova representante no universo de cristalização do trabalho vivo em algo estático.

Para Merhy (1999; 2002a) qualquer abordagem assistencial dentro de um serviço de saúde, seja ela de saúde mental, de atenção básica, produz-se através de um trabalho vivo em ato. Esse trabalho que ocorre em um processo de relação, como por exemplo, um trabalhador de saúde junto a um usuário do serviço. Quando acontece esse encontro entre dois indivíduos (trabalhador - usuário), operando um sobre o outro, há uma confluência de expectativas e produções, criando-se, intersubjetivamente, alguns momentos importantes, como o acolhimento ou não das intenções que os indivíduos colocam nesse encontro. Momentos nos quais poderá haver a produção de uma responsabilização em torno do problema ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (Merhy, 1999).

O trabalho vivo em ato, de acordo com Merhy (2002a) deve ser a finalidade de qualquer ação em saúde. Sendo que o ato de cuidar demanda o uso de tecnologias de trabalho, bem como um conjunto de conhecimentos e ações que se materializam em recursos teóricos - técnicos, instrumentos e máquinas. Essas são as tecnologias leve-duras e duras. O trabalho em saúde é essencialmente relacional e intercessor, no qual as tecnologias leves devem conduzir a produção do cuidado, atuando na função criativa dos serviços/estabelecimentos de saúde.

Como pode ser observado, há três classificações para as tecnologias de trabalho em saúde. Dessa forma, explicitamos que as tecnologias duras são as que estão inscritas nas máquinas e instrumentos, ou seja, nos equipamentos. As tecnologias leve-duras são os saberes bem estruturados, os quais podem se observar, por exemplo, na clínica, na

epidemiologia, nos diagnósticos. Finalmente, as tecnologias leves são as chamadas tecnologias das relações, do acolhimento e do cuidado. Pontuamos que no tocante ao conceito de tecnologia utilizado nesse estudo, é entendido como o conjunto de conhecimentos e ações aplicadas à produção de algo.

No que concerne especificamente as referidas tecnologias leves, Matumoto (2003) argumenta que essas tecnologias têm a potência de criar estratégias para a produção/criação de processos cuidadores como o acolhimento e vínculos mais criativos a partir das relações e dos afetos resultantes dos encontros entre os trabalhadores da saúde e os usuários. Essas tecnologias das relações acontecem no momento de interação/conexão entre trabalhador e usuário no ato da produção de saúde, cujo total controle escapa do trabalhador por envolver nos encontros processos de subjetivação.

Assim, a partir dessa experiência e das demais que disscorreremos abaixo, entendemos que trabalho e vida são instâncias indissociáveis. O trabalho afeta a vida do trabalhador, e seus modos de gerir sua vida afetam suas práticas de trabalho. Ou seja, a afetação provocada pelos os diversos encontros com a diferença, seja ela com relação ao território em que habitam os usuários, a forma de vida deles, as articulações que os usuários fazem para viver, as suas condições de vida e até mesmo a forma com estes governam suas vidas, irão reverberar em suas práticas cotidianas, mais especificamente nas práticas de cuidado, acolhimento e responsabilização pela demanda.

No que se refere às outras demandas em saúde mental relatadas no início dessa sessão, observamos nas narrativas dos trabalhadores que a maioria dos usuários que requerem cuidado de saúde mental é “enquadrada” na “nosografia” depressão, bem como é perceptível o elevado número de usuários que utilizam antidepressivos, anticonvulsivantes e ansiolíticos. Em geral, esses usuários fazem uso dessas medicações de modo indiscriminado, deslocando-se para a unidade apenas para

solicitar a renovação da sua receita e pegar mais medicamentos. Os trabalhadores relataram não fazer o acompanhamento sistemático da utilização desses medicamentos na USF, não alteram a dosagem e nem suspendendo a medicação, o que ocorre é um encaminhamento para o psiquiatra da Unidade Integrada de Saúde Ozeas Sampaio e as equipes ficam apenas renovando as receitas. Outros trabalhadores relataram autonomia para prescrever medicamentos psicotrópicos depois que realizaram o curso no CAPS II-Norte. Nesse curso foi discutida a possibilidade da prescrição medicamentosa quando houver necessidade, pelos médicos da ESF.

Observamos que a substância amitriptilina é bastante prescrita para os casos de usuários com “enquadrados na nosografia depressão”, pois segundo os médicos entrevistados esse medicamento se encontra disponível na Unidade Integrada Ozeas Sampaio e possibilita “avanços no quadro”. No entanto, quando percebem agitações psicomotoras, uma fala desordenada e confusa encaminha-se o usuário para o psiquiatra da referida Unidade Integrada, e/ou para o CAPS II-Norte. Outros relataram que geralmente nos casos em que acompanham quem se dirige para as consultas e para receber o medicamento na USF é o responsável (em geral, familiar do sexo feminino) pelo usuário PTM’s.

Enfermeira (03): temos o apoio do psiquiatra, e quando se sabe que tem uma pessoa com problema de saúde mental na área, a gente já agenda pra ele, e ele fica acompanhando, ao não ser quando ele dá alta que a gente fica com esse paciente, vendo as receitas, e depois de 6 meses encaminhamos novamente pra ele pra verificar os efeitos da medicação. Quando é no caso de criança que não dá para ele acompanhar, ele encaminha lá para o Areolino de Abreu [hospital psiquiátrico estadual], mas geralmente ele acompanha aqui na unidade.

Diante desse relato, questionei a entrevistada, sobre o porquê desse encaminhamento constante para o psiquiatra da Unidade Integrada e para o hospital psiquiátrico, e ainda questionei a articulação com o CAPS. A resposta segue abaixo:

Enfermeira (03): A gente não tem uma boa referência de um serviço de saúde mental. Às vezes tem um caso pra encaminhar para o CAPS, mas sinto que não há uma abertura pra realizar o trabalho integrado, a gente orienta o paciente a ir lá, pra ver se fazem parte do perfil lá do CAPS, para serem acompanhados. Mas acho que lá não tem estrutura para atender um caso de transtorno mental grave.

Analisamos, a partir dessas narrativas, que os modos como vem sendo operado o cuidado aos usuários PTM's na ESF, extrapolam os discursos que os trabalhadores apontaram sobre a falta de capacitação para realizar tal atividade. O que ocorre é repetição da lógica do especialismo biomédico com esquadramento do sujeito e do seu sofrimento a partir de determinado campo de saber. Assim as equipes, de um modo geral, não acolhem e não se responsabilizam pela demanda e encaminham para quem foi delegado “o poder de cura”. A institucionalização desse arranjo de trabalho com o psiquiatra da Unidade Integrada Ozeas Sampaio, não deixa de ser um modo para que estes usuários sejam atendidos. Contudo, está produzindo cronicidades nas ações dos trabalhadores da ESF com a demanda saúde mental, ou seja, cronicidades no sentido de que esses trabalhadores não articulam e planejam uma estratégia de cuidado territorial, se fixado no modelo hospitalocêntrico e no especialismo para o trabalho com os PTM's. Como consequência isso propicia a falta de vínculos e responsabilização por esses usuários e seus sofrimentos.

Vejam a seguinte narrativa que nos possibilita refletir sobre essa falta de vínculos e responsabilização por esses usuários:

Médico (01): Tem hora que eu penso que seria uma coisa boa, começar um trabalho de auto-estima com esses usuários... Seria uma coisa boa, mas nos não estamos fazendo ainda. A equipe até começou fazer uma oficina de terapia ocupacional, com produtos reciclados, mas sabe como é... Como tudo que começa não se dá continuidade um dia acaba. Muito antes, no início do PSF, a gente trabalhava com caminhadas, e observava que fazia muito bem para esse pessoal que a gente trabalhava hipertensão, e que a gente achava que a hipertensão estava muito ligada a fatores emocionais/psicológicos. Mas, só que era só um dia na semana essa caminhada, agente até aproveitava esse serviço para conversar, criar vínculos com essas famílias, para adquirir mais confiança deles, porque eles confiando na equipe, sentimos que é mais fácil contar todos os problemas que lhe acontece, mas essas caminhadas também não foram muito pra frente... É aquela coisa né, você inicia um projeto, aí depois outra especialista entra no projeto, ficam aquelas cabeças brigando, depois termina não se dando continuidade. A gente até observava que isso melhora muito os usuários a saúde das pessoas com problemas de saúde mental. Além disso, tínhamos problemas na equipe, por que tinha gente achava que num determinado horário é bom fazer a caminhada, outros achavam que as 07h30min seria melhor, porque você chegar as 06h30min que não é seu horário é ruim. Daí você caminha pelos bairros, chega suado, cansado. Achamos que não era produtivo, porque você ainda tem que atender 20 crianças.

Diante desse relato, o trabalhador evidencia a falta de vínculos e responsabilização pelos usuários, pois, mesmo diante da observação por parte dos outros trabalhadores que as caminhadas produziam saúde, encontros, conversas, bem-estar e circulação social, ela deixou de acontecer. Como vimos, o trabalhador relata que após essa atividade ainda havia uma rotina a ser cumprida e como a caminhada requeria um tempo maior, às vezes não era possível cumprir os outros procedimentos agendados. Mas, porque essa questão não foi discutida com a gestão, se o processo de cuidado “caminhada” trazia benefícios para os usuários? Por que não foi repensada a agenda de trabalho? Quais as

implicações com o trabalho, com a vida dos usuários, que essas equipes possuem? Porque essas horas disponibilizadas nas caminhadas não são computadas como horas de trabalho? Porque a gestão FMS ou seus distritos sanitários não dialogam com as equipes sobre práticas de cuidado que estão produzindo vida?

É nesse sentido que, no intuito de produzir uma resposta, articulamos essas questões a discussão abordada por Barros (2003), sobre os problemas entorno da institucionalização dos CAPS¹¹. Fazendo esse paralelo, refletimos que no trabalho em saúde mental na ESF, as chamadas novas cronicidades também estão se processando cotidianamente: a cronicidade dos modos de gestão, dos dispositivos profissionais, com pouco comprometimento com os princípios da reforma psiquiátrica, e ainda a cronicidade produzida pela falta ou fragilidade da rede de atenção em saúde e em saúde mental (Barros, 2003). Avançando um pouco mais, diríamos que a relação da FMS com as equipes é da ordem da gestão dos dados, em detrimento da gestão dos modos de cuidados.

Ainda na esteira da discussão sobre cronicidade, observamos que as demandas em saúde e saúde mental que as equipes recebem, de um modo geral, estão vinculadas aos programas instituídos pelo Ministério da Saúde e ofertados pela ESF. As propostas de intervenções observadas e segundo os trabalhadores, visam o cumprimento desses programas instituídos, referenciadas pelos técnicos de “caixinhas” como, por exemplo, o cumprimento das indicações da “caixinha” de saúde da mulher, do hipertenso e diabético, entre outros. Não obstante, outros tipos de demanda que escapam a essas

¹¹ De acordo com Barros (2003) a institucionalização dos CAPS apresenta dois lados, por um lado é necessário para se afirmar como um serviço territorial, organizador da rede de saúde mental e gerar visibilidade na rede de saúde. Por outro lado, isso poderá gerar uma institucionalização cronicada e cronicadora, reproduzindo aquilo de que tenta escapar, ou seja, o confinamento (Barros, 2003). Com relação aos riscos de cronificação e institucionalidade, Barros (2003) acena que “se a institucionalização dos CAPS é aspecto importante a ser construído no sentido do investimento e fortalecimento de um outro modo de cuidar, deve-se prestar atenção aos riscos da institucionalização cronificação, de perda do movimento (p. 203)”.

“caixinhas”, como é caso dos usuários portadores de transtornos mentais, ficam sem um sistemático e eficaz cuidado, pois tanto o Ministério da Saúde quanto a FMS não delimitaram a obrigatoriedade de ações específicas para as equipes trabalharem com esses usuários.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1994), a ESF deveria priorizar atividades voltadas ao trabalho com a vulnerabilidade dos grupos e com riscos populacionais, tendo como foco de trabalho a coletividade que vive num determinado território ou convive em algumas organizações. Contudo, essa anti-produção em direção das “caixinhas” é apontada e reconhecida pelos próprios trabalhadores que indicam a existência de diversos casos de PTM’s e de usuários que utilizam de maneira indiscriminada medicamentos psicotrópicos em suas áreas. Alguns trabalhadores ainda relataram que realizar atividades com os usuários PTM’s é um trabalho a mais e não vão ganhar mais por isso.

Enfermeira 03: A gente só acompanha esses usuários [PTM’s] com visitas domiciliares, para saber como é que ta a pessoa. A gente sabe quando teve internação, se informa e vai na casa. Agora na parte de terapia, de algum acompanhamento, a gente só repete o que já foi prescrito por algum psiquiatra ou por algum serviço. Iniciar o tratamento por aqui [ESF], nos não iniciamos, pelo menos eu não vi nenhum caso aqui.

Assim, diante dessas questões que se anunciam na atenção básica, o trabalho em saúde, ao invés de ser produtivo, ou dar passagem, se faz “muro de concreto”, dividindo, opondo, separando, banindo os usuários portadores de transtornos mentais de ter um efetivo cuidado no território onde vive.

O trabalho em saúde deveria ser passagem para o inédito, para o novo, isto é, ser processo contínuo de gestação do novo como engendramento das diferenças-singularidades absolutas em qualquer realidade. O trabalho em saúde deveria ainda

possibilitar a liberação do desejo e criação, encaminhando o trabalho para a produção de vida, de cuidados e cidadania, pois, é no dia-a-dia do trabalho em saúde que os trabalhadores e suas práticas são vivenciadas e reproduzidas (Baremlitt, 1992). De acordo com Fortuna (2003), tal perspectiva de trabalho em saúde que nos apoiamos para analisar a realidade observada, segue uma trajetória não-linear e não-circular que se faz na tensão de muitos interesses que entram em jogo, bem como de conflitos da ordem do afeto, pois trabalhar na saúde, em equipe, é uma construção permanente, como a própria autora coloca, de uma “engenhoca mutante”.

Acompanhando a equipe nas visitas domiciliares/no território

As visitas domiciliares provocam nas equipes de saúde da família uma desacomodação nos processos de trabalho instituídos nos modos hospitalocêntricos, nos quais os trabalhadores esperam a demanda bater a sua porta. Na ESF, as equipes saem do território unidade de saúde da família e vão ao encontro do território onde vive o usuário. Acostumados a receber a demanda em um estabelecimento, agora vai ao encontro dela; as equipes passam a atuar nas ruas, nas calçadas, nas praças, nas casas, fato esse que promove outra produção subjetiva nos encontros entre trabalhador e usuário (Matumoto, 2003).

Para Matumoto (2003) “casa” e “rua” constituem espaços que estão em oposição. A “casa” é o espaço socialmente considerado por alguns como sendo reservado ao íntimo, privativo de uma pessoa. A “rua” é o espaço público, destinado a afirmação e circulação social.

“Casa” e “rua” são categorias sociológicas para os brasileiros [...] não designam simplesmente espaços geográficos ou coisas físicas comensuráveis, mas acima de tudo entidades morais, esferas de ação social, províncias éticas e, por causa disso, capazes de despertar emoções, reações, leis, orações, músicas e imagens esteticamente emolduradas e inspiradas (Damatta, 2000, p. 15 apud Matumoto, 2003).

Com a proposta de um cuidado em saúde territorial, a “casa” para a ESF, para além do espaço reservado à família, agora passa a ser também um espaço para o trabalho em saúde. O Ministério da Saúde, por sua vez, destaca que a base central da atuação das equipes de saúde da família são as visitas domiciliares, nas quais, podem monitorar e acompanhar as famílias e identificar as necessidades e situações de riscos (Brasil, 2000).

Nessa perspectiva, me propus acompanhar as equipes de saúde da família em suas visitas domiciliares, para acompanhar como é esse processo de “trabalhar no domicílio do usuário” e entender como nessas visitas eles identificam os casos de usuários que necessitam de cuidado em saúde mental.

Assim, em meados de janeiro de 2008, parti com a equipe para as primeiras visitas domiciliares, que no dia era destinada especificamente aos usuários que tinham uma demanda de saúde mental. No caminhar pelas ruas da comunidade, diversas conversas surgiram, dentre elas, dialogamos sobre o modo como identificam os usuários que necessitam de cuidado em saúde mental.

Os trabalhadores narraram que nas próprias visitas os familiares relatam quando algum familiar faz uso de medicamentos psicotrópicos, possui histórico de internação em hospital psiquiátrico, ou quando perderam autonomia e dependem dos cuidados da família para realizar as atividades cotidianas da vida. Em outros casos, relataram que os vizinhos indicam para os ACS quando percebem comportamentos estranhos em algum

morador. Os ACS, por sua vez, relatam para as equipes de saúde, e após esse processo, as equipes (médico, enfermeiro e ACS) realizam uma visita domiciliar para analisar a situação. Posteriormente encaminham para o psiquiatra e para a psicóloga da Unidade Integrada Ozeas Sampaio. Outros casos encaminham para o CAPS-Norte, quando percebem que o usuário poderá se beneficiar com as terapias (psicológica e ocupacional) oferecidas.

Posteriormente, a esses encaminhamentos, os trabalhadores realizam novas visitas domiciliares aos usuários, para se informar se foram para as consultas, para o CAPS ou hospital psiquiátrico e saber se houve melhoras ou alterações na saúde do usuário. Contudo, relataram que quando encaminham para esses setores, os usuários, na maioria das vezes, não comparecem.

Agente Comunitário de Saúde (06): Não é só falta da equipe, mas os usuários não vêm aqui. Não depende só da gente, temos o trabalho de marcar, de agendar e eles nem se quer tem a coragem de vir aqui ou nos avisar que não vem, e dar a vaga pra outra pessoa.

Enfermeira (03): Depois do encaminhamento, a gente pede para o ACS ir à casa do usuário e geralmente eles [usuário] dizem, “eu num foi não, lá é muito complicado, tem que falar com num sei o que, com num sei quem... prefiro ir ao Areolino de Abreu [hospital psiquiátrico], lá eu já tenho ficha, sou logo atendido e recebo minha medicação”.

Outro ACS que nos acompanhava, expõe que os usuários argumentam que não foram ao serviço substitutivo, porque lá era local para “doido/maluco/perturbado”. Assim, analisamos que essa questão passa pela ordem dos “desejos de manicômios”.

Agente Comunitário de Saúde (05): Alguns usuários preferem ir para ao hospital psiquiátrico que não é tão perto daqui, do que ir à unidade, temendo que as pessoas, os vizinhos saibam que ele sofre de algum problema de saúde mental. Assim, pensar que ele é doido, né!

Explicitamos que os “desejos de manicômios” perpassam todo o tecido político, cultural, social e histórico e se expressam em nós (trabalhadores, pesquisadores e nas pessoas de um modo geral) através de um desejo de:

(...) subjugar, de classificar e hierarquizar, de oprimir e de controlar [a loucura]. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente uma racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele. (Machado e Lavrador, 2005, p 46).

Alverga e Dimenstein (2006) acrescentam que “os desejos de manicômio”, atravessam o tecido social, constituindo a força motriz que alimenta as instituições (saúde, psiquiatria e segurança) que se fazem presentes cotidianamente nas práticas e concepções do campo da saúde mental. Segundo Basaglia, os manicômios são “conjunto práticas multidisciplinares e multiprofissionais exercidas e reproduzidas em múltiplos espaços sociais, não apenas nos hospícios” (Basaglia, 1981, apud Amarante & Torres, 2001, p. 79).

Os manicômios promovem a infantilização, culpa e submissão, ao invés de ser um espaço de promoção de trocas e construções de outras formas de existência. Nesse sentido, concordamos com Machado e Lavrador (2001) que dentro e fora dos muros dos hospitais ou mesmo em qualquer lugar (espaço-social) deve-se resistir e combater as formas manicomiais, formas minimizantes da produção de vida. Como observamos as “idéias manicomiais” reverberam em práticas e discursos de exacerbada medicalização, interpretações violentas, com posturas rígidas e despóticas acerca da loucura. Assim, o primeiro “passo” para um efetivo trabalho com a loucura, seja na atenção básica, hospital geral ou CAPS é nos livrarmos desses “desejos e idéias manicomiais”.

Os trabalhadores ainda acrescentaram que encontram dificuldades como relação ao próprio usuário no que concerne ao seu auto-cuidado com sua saúde mental, pois diversos usuários negam, não aceitam e se fixam na questão da medicação, não aceitando outras formas de cuidado. Ou seja, as “idéias manicomiais” também atravessam os usuários PTM’s.

Enfermeira (02): O número de pessoas de que usam diazepam é enorme, e a gente não consegue tirar o diazepam desses usuários. Tem uma rua que 80% das pessoas usam. Aí chegou o momento de várias vezes acabarmos o expediente e ficarmos aqui receitando diazepam. Nesse momento, resolvemos dar um basta nisso, e passamos a dizer que quem fosse utilizar diazepam teria que passar numa consulta com o psiquiatra, porque eles usavam o medicamento de maneira aleatória, por exemplo: “eu não consigo dormir, me dá um diazepam”. No começo, eles não se conformaram.

Nesse instante, a médica interrompeu os diálogos sobre identificação e os encaminhamentos e falou que a primeira casa que iríamos visitar se encontrava logo à frente. Naquele momento, uma gama de afetos foi disparada em mim, imaginava os possíveis encontros que ali iriam ocorrerem, como seriam as pessoas, como seria a casa, o que iriam dizer.

Toc toc...

-Quem é?

-Somos nós, a equipe de saúde da família. Podemos entrar para conversar um pouco?

-Só um minuto, vou me vestir.

Inicialmente relato que observei que as atuações do programa se voltam para as famílias, essas que se tornam uma instituição de destaque para as intervenções. Contudo, as equipes se detêm à terminologia clássica e romântica de “família” para definir o programa e suas atuações. Observamos ainda que essa “família” nem sempre existe, ou, mesmo quando existe, seu núcleo pode estar composto sob uma nova

configuração. Para Silveira (2003) este fato deve ser compreendido como um desafio a ser superado em contraposição a idéia de que essa nova configuração familiar se torne um empecilho para as atuações das equipes.

Observamos também que as ações de promoção de saúde nessas visitas não possuem como proposta central uma atuação integrada entre os profissionais, ou seja, as ações são esquadrihadas a partir da categoria profissional de cada trabalhador e o usuário não é compreendido a partir do território onde vive. Porém, o território é um elemento essencial para as ações focalizadas na promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde das famílias, pois, este é um espaço propício à construção de relações intra e extra-familiares e de tentativas para melhoria das condições de vida da comunidade. Trabalhar com os usuários e as famílias no território permite uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, das necessidades de intervenções de maior impacto e significação social.

Na esteira da discussão sobre o trabalho das equipes no território onde vivem os usuários, as famílias, salientamos que esse território não é restrito somente a uma área geográfica, embora o espaço físico seja muito importante para caracterizá-la (Vanderlei e Almeida, 2007). Os territórios que nos reportamos são formados por e a partir de relações de poder, construídos essencialmente por seus moradores, com suas dificuldades e conflitos, seus interesses, seus amigos e vizinhos, instituições, espaços de convívio sociais e cenários como igrejas, cultos, escola, trabalho e botecos. Essa noção de território deve focalizar o trabalho com as famílias e a organização da rede de atenção, bem como a atenção em saúde mental (Freire, Ugá & Amarante, 2005; Brasil, 2004a; Brasil, 2004b; Brasil, 2004c).

Por fim, a partir dessas visitas domiciliares, explicitamos que as instituições, família e saúde, atravessam as práticas cotidianas desses trabalhadores, geralmente indo ao encontro daquilo que é o sentido da existência dos programas e políticas de saúde, nesse caso a manutenção e melhoria da vida dos usuários. Especificamente a instituição saúde propõe pautas de regularidades para tal atividade, o dito e o prescrito para essa manutenção, bem como se produz um conceito do que seja saudável e a prescrição de condutas para os loucos, crianças, mulheres, idosos, etc. Enfim, é a partir da instituição saúde que se define o “o normal e o patológico”.

As instituições que permeiam as relações entre trabalhadores, equipes, gestão e comunidade

A FMS, que realiza a gestão municipal de saúde em Teresina, é uma organização que através dos seus estabelecimentos, aqui no caso estudado a Unidade Integrada de Saúde Ozeas Sampaio, coloca em atualização a instituição saúde, bem como outras: da educação, da religião e da justiça. Essas instituições são operadas por agentes (profissionais, técnicos, etc., que realizam o trabalho cotidiano), e dessa forma os trabalhadores da saúde que são identificados pelas comunidades como alguém que é o detentor dos saberes sobre o funcionamento da vida. Porém, muitas vezes com práticas que reproduzem os saberes e as forças dominantes do Estado e da riqueza social. Barembliitt (1992) aponta que esses “*experts*” detentores do conhecimento sobre a vida, ou como ele mesmo denomina de “os sábios”:

...estão predominantemente a serviço do Estado e das empresas, tem tido como consequência que os povos – em sentido amplo, a sociedade civil – têm-se visto despossuídos de um saber que tinham acumulado através

de muitos anos acerca de sua própria vida, de seu próprio funcionamento (Baremlitt, 1992, p. 15).

Ou seja, no trabalho em saúde existe uma conjugação de “experts” que detêm conhecimento sobre a vida e de como o usuário deve geri-la para postergá-la. A Unidade de Saúde da Família oferta para a comunidade as “caixinhas”, a cura, a saúde, a prevenção, o cuidado, o alívio, e assim a demanda de cuidado é ofertada para a comunidade. Para o institucionalismo, o conceito de demanda relaciona-se com aquilo em que a população aprende sobre o que são suas necessidades, como sendo algo natural. Contudo, sabemos que a população possui necessidades básicas indiscutíveis para que possa viver, as quais se observam visivelmente através das demandas espontâneas, por meio de exigências, de produtos e serviços. Outras necessidades são consideradas básicas, como sendo algo “natural”, entretanto é uma noção de necessidade produzida, o que, por sua vez, formula uma clientela pra consumi-la (Baremlitt, 1992).

Desse modo, a partir das nossas observações na USF, entrevistas realizadas e acompanhamento das visitas domiciliares, evidencia-se que são nos estabelecimentos e nas organizações que as instituições se materializam. Para sua melhor compreensão leitor, elucidamos que a sociedade é uma rede que utiliza como tecido as instituições. Em nossas análises observamos que à instituição família e saúde, produzem efeitos diretos nos processos relacionais desenvolvidos pelos técnicos com os usuários, com as famílias e com a comunidade. As instituições são:

... Lógicas, são árvores de composições lógicas que segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser hábitos ou regularidades de comportamentos. [...] As leis, em geral, estão escritas; as normas e os códigos também. Mas uma instituição não necessita de tal formalização por escrito:

as sociedades ágrafas também têm códigos, só que eles são transmitidos verbal ou particularmente, não figuram em nenhum documento (Baremlitt, 1992, p. 25).

Essas lógicas significam a regulação das atividades humana, atribuindo valor a cada atividade, como é o caso do valor da labuta com a vida humana, “esclarecendo o que deve ser o que está prescrito, e o que não deve, isto é, o que está proscrito, assim como o que é indiferente” (Baremlitt, 1992, p. 26). A realidade torna-se a coexistência e conexão de várias instituições, as quais estão sempre se transformando e produzindo algo novo, pois possuem infinitas possibilidades de se conectarem umas as outras, assim como a produção em saúde pode ter múltiplas conexões.

Desse modo, a partir das relações que se engendram na atenção básica a instituição saúde é posta em movimento. Os trabalhadores em relação com os usuários e com outros trabalhadores estabelecem conexões diversas, que podem ser produtivas e caminhar para práticas inventivas e mais libertárias ou não, se manter colado aos processos de trabalho instituídos.

Nesse sentido, destacamos que essas múltiplas conexões estão presentes nas diversas demandas que chegam para as equipes, com processos de adoecimento relacionados numa dimensão biológica e/ou social, inserido numa realidade epidemiológica extremamente diversificada. Ou seja, com o elevado crescimento da população e mais pessoas vivendo por mais tempo, diversos problemas de ordem social como fome, miséria, péssimas condições de moradia e desemprego desembocam para as equipes de saúde da família como problemas que requerem cuidados em saúde. Contudo, entendemos que grande parte dos problemas que chegam a esse nível de atenção poderiam ser solucionados através de “funções básicas” da rede, como acolhimento, assistência e vigilância em saúde. Essas “funções básicas” tornariam de

fato, segundo Campos (2000; 2003), a atenção básica, as unidades básicas de saúde, a porta de entrada do sistema de saúde.

Somando a esses fatores elencados acima, a população brasileira ainda é assolada por outros agravantes que são os baixos salários e precárias condições de trabalho oferecidas aos profissionais da saúde pública, os quais fazem com que muitos trabalhadores abandonem ou não tenham implicação com o serviço público (Araújo, 2005). Observamos isso quando as equipes estudadas relatam que enfrentam dificuldades estruturais no que diz respeito à dificuldade para conseguir o veículo da FMS para realizar as visitas domiciliares em equipe e a falta retaguarda de outros níveis da gestão para esse recurso. Em muitos casos, os trabalhadores utilizam os próprios veículos para poder realizar a atividade. Já outros trabalhadores relatam que quando não é disponibilizado o carro destinado a ESF, não realizam a atividade, ou seja, os usuários que necessitam do cuidado domiciliar ficam prejudicados.

Ribeiro (2007) corrobora com nossa discussão apontando que tais problemáticas, enfrentadas pelos usuários até as condições de trabalho ofertadas aos trabalhadores, agravam-se devido o modo de produção neoliberal que vem se desenvolvendo no Brasil desde a década de 1990. Nessas condições o trabalhador da atenção básica lida com uma grande complexidade assistencial. É necessário diferenciar o que são as demandas e as necessidades básicas em saúde, bem como diferenciar quais os instrumentos para apreendê-las. Em seguida, se poderá definir mais objetivamente o foco substancial de cada equipe de saúde e os requisitos técnicos para sua aplicação (Ribeiro, 2007).

Analisamos ainda que esses problemas levantados acima provocam ressonâncias no comprometimento dos profissionais e na construção de vínculos com a população atendida. Esses fatos se tornam uma das maiores barreiras, para efetivar, a proposta da estratégia saúde da família, uma vez que muitos profissionais alocados nas equipes não

dispõe de formação adequada para trabalhar em tais circunstâncias e de recursos para esse trabalho territorial. Além disso, a FMS e o distrito sanitário não apresentam espaços para reflexão, discussão e problematização dessas questões em parceria com os trabalhadores, acerca do sentido do trabalho na unidade. As reuniões de equipe tornam-se apenas uma burocracia. E ainda, muitos profissionais realizam as tarefas de forma rotineira, apoiando-se em modos hegemônicos de trabalho, para suprir suas angústias e perplexidades que essa atividade desperta. Ainda nos cabe sublinhar, na esteira das críticas de Araújo (2005) que a ESF não possui uma integração devidamente estável com os demais programas operados pelo Ministério da Saúde ou pelas secretarias estaduais e municipais de Saúde e com outras unidades de saúde, o que implica numa segregação da rede de saúde que se quer construir.

Percebemos ainda outra questão para os trabalhadores, também apontada nos estudos de Capozollo (2002), a insegurança gerada pela falta de capacitação dos profissionais para exercer a prática de generalista, fato este que nos faz pensar na capacitação/preparo desses trabalhadores para o trabalho em saúde mental. Somando a esse ponto, ainda observamos que em meio aos discursos de inseguranças sobre o modo como conduzir o trabalho, não há entre as equipes entrevistadas, discussões sobre a resolutividade das ações efetuadas, e mesmo quando há falta de resolutividade no cuidado a algum usuário isso não é problematizado pela equipes. A diretoria da unidade e a gestão também não dialogam com as equipes sobre a condução dos processos de trabalho e os resultados alcançados, fato esse que evidencia que não há integralidade entre atenção em saúde e gestão. Contudo, é constante a fiscalização do distrito de saúde Centro/Norte para com as equipes entrevistadas, investigando o preenchimento correto e mensal do SIAB, pois é através desse instrumento burocrático que se efetiva o repasse financeiro. Ou seja, é uma gestão de dados, em detrimento de uma gestão que deveria

gerencia as políticas públicas, os financiamentos e os modos de cuidado em parceria com os trabalhadores que estão nos serviços.

Assim, entendemos que essa produção de relações que se engendram no cotidiano do trabalho na atenção básica produz efeitos nos modos de se relacionar e atuar dos técnicos diante de usuários, com os outros trabalhadores e com a gestão. Essas relações se formulam como uma espécie de árvore e raiz estrangida pelo terreno, isto é, um processo ordenado e fragmentado composto por instituições, com normas que compõe as regularidades das relações entre técnicos e técnicos, técnicos e usuários, técnicos e funcionários do estabelecimento, e desses com os usuários. E conseqüentemente isso ressoa no trabalho que se quer fazer a partir da integração e diálogo entre os trabalhadores, a gestão e a comunidade.

Por fim, acreditamos que todas essas questões apontadas acima, para serem modificadas, devem ser problematizadas a partir da perspectiva de indissociabilidade entre atenção em saúde e gestão, tal como indica a PNH (Brasil, 2004d). Pois, é através dessa articulação que de fato terá sucesso esse projeto de intervenções no nível territorial, bem como é através da modificação dos saberes/fazeres instituídos que regulamentam as relações entre usuários e trabalhadores, que se poderá produzir de fato um cuidado em saúde com criação de vínculos, acolhimento e responsabilização pelos usuários.

CAPÍTULO CINCO: ENCONTROS, DIFERENÇA E PRODUÇÃO DE MODOS DE TRABALHO

A existência considerada como fenômeno estético sempre nos aparece suportável e através da arte são dados o olho e a mão e antes de mais nada a boa consciência para poder criar, com nossos recursos, tal fenômeno (Nietzsche, 1981, p. 120).

Nesse último capítulo que compõe as notas cartográficas sobre processos de trabalho em saúde mental na Estratégia Saúde da Família, discorreremos sobre as experiências dos trabalhadores nos encontros com os usuários que demandam cuidado em saúde mental, e sobre os processos de trabalhos constituídos nesses encontros; encontros na USF, nas ruas/comunidade, nas praças; encontros entre trabalhador/cuidador – usuário/cuidado. Com isso, objetiva-se analisar as concepções dos trabalhadores acerca dos processos de trabalho com a loucura na ESF, como eles percebem o cuidar no encontro com a alteridade, e que sensações, afetos, pensamentos e imagens são disparados.

Para tal, discorreremos sobre os encontros com os usuários PTM's que foram mais marcantes para cada equipe entrevistada, isto é, produziram *linhas de desassossego*. Faremos uma narrativa dos três casos considerados mais marcantes, alinhando em um texto as narrativas que ouvimos dos trabalhadores, no intuito de explicitar a você leitor, o campo de afetos que foram disparados nos trabalhadores e que, por efeito rizomático, refletiram sobre os processos de trabalhos operados com os usuários PTM's.

Ressaltamos que não se quer discutir nesse capítulo sobre os sintomas, ou sobre a existência de um “transtorno mental” específico, mas sim problematizar os encontros e

o agir em saúde que foi possível produzir diante do sofrimento que os usuários apresentaram.

- **Caso I: “sabíamos que ela tinha depressão e nós não fizemos nada para alterar o curso de vida dela”**

“Uma senhora, ela nos procurava e sempre dizia que o marido estava se separando dela e que não aceitaria isso. O marido havia viajado para outro município, ela ficou muito deprimida, não se alimentava mais. Tentamos conversar com ela, fizemos visitas domiciliares, encaminhamos para o psicólogo e conversamos com o filho dela, mas, mesmo assim, ela cometeu o suicídio, deitada em uma rede e enfiando uma faca na barriga. ‘Nós vimos ela morta, no dia do velório. É estranho, sempre a visitávamos, porque sabíamos que ela estava com problemas. Mas, ainda não aceitamos o fato dela ter se matado’. Esse caso foi assim, umas das coisas que nos deu um sentimento de inoperância, de não estar fazendo nada. Tivemos uma pessoa na área que a causa da morte foi suicídio, sabíamos que ela tinha depressão e nós não fizemos nada para alterar o curso de vida dela, isso nos deixa muito triste, incomodados mesmo, enquanto profissionais. Nós sentimos incapacitados, a mudar, a transformar alguma coisa na vida dessas pessoas. Às vezes acho que chegamos com muita vontade de mudar as coisas e acabamos acomodados. Antigamente, quando realmente pegávamos um caso de depressão e que começava com aqueles comportamentos, não sair de casa, não se alimentar, custávamos a acreditar que ali poderia haver um “candidato” a cometer o suicídio. A gente achava que isso não era nada e

não iria acontecer nada. Mas, depois que ocorreu esse caso, passamos a ficar mais vigilantes nos casos de pacientes com depressão, tanto é que os Agentes Comunitários de Saúde passaram a convocar toda a equipe a ir mais às casas desses usuários. Antigamente, atendíamos a depressão e apenas prescrevíamos um medicamento, conversávamos, mas não acreditávamos que realmente pudessem ter coragem de se suicidar. Agora acho que estamos mais temerosos; houve uma modificação na nossa conduta com essa demanda, passamos a acreditar nela, a valorizar a queixa. Perguntamo-nos: ‘mas, porque é o que está levando a pessoa a chorar daquele jeito?’. Acho que depois dessa experiência e de outras que vivenciamos aqui, nossa visão mudou, não só no trabalho, mas na vida, porque agora tentamos analisar e entender o que leva as pessoas a fazerem certas coisas”.

- **Caso II: “um caso extremo, a paciente se apaixonou pela médica... teve que chamar a polícia”.**

“Aqui na unidade de saúde da família, tivemos um caso extremo. Uma paciente se apaixonou pela médica. Ela tinha um quadro de agressividade, de agressão mesmo, para com toda a equipe. Ela vinha aqui na unidade, invadia os consultórios, tentava nos agredir. Defendíamos-nos e tentávamos conversar com ela. Ficamos muito inseguros, nós não sabíamos como conduzir esse caso, daí encaminhamos para o psiquiatra da Unidade Integrada Ozeas Sampaio, e assim ela começou a fazer tratamento com ele.

Foi detectado um tipo “distúrbio sexual misturado com questões de drogas”. Ela começou a fazer tratamento, mas ainda continuava vindo aqui, e perturbava a médica diariamente, e ainda fica nos perturbando também. É muito complicado. A paciente queria invadir o consultório, com um diálogo totalmente desconexo, uma postura e um jeito de vestir, muito estranho. Assim, ela era uma adolescente super comportada que sempre acompanhava os pais, que eram hipertensos, nas consultas aqui na unidade e de repente ficou assim. Depois as coisas começaram a piorar, ela conseguiu o telefone da médica e começou a assediá-la. Nós não entendíamos, ela era como as outras adolescentes, bem arrumadinha e depois começou a usar roupas de homem, não usava mais calcinhas, cortou o cabelo e depois raspou a cabeça, jogava futebol e só andava descalça. A médica se escondia dela, não conseguiu lidar com isso e pediu para ser deslocada para outra unidade e atualmente ela não trabalha mais conosco. Ela [médica] não queria envolver a família da paciente nessa situação, que cada vez mais entrava num quadro de agressividade. Foi uma experiência horrível para a gente, sinceramente ficamos sem saber o que fazer. A única coisa que a gente fez foi encaminhar para o psiquiatra. Ainda hoje ela é um problema para a gente, e fica perguntando quando é que a médica retorna. Ela culpa a equipe por nunca ter ficado com a médica, ela tem raiva da gente. A médica ainda hoje tem muito medo dela. Outro dia essa paciente invadiu o consultório particular da médica, que acionou a polícia para tirá-la de lá e registrou queixa. Outra vez na unidade tivemos que chamar a segurança para colocar ela lá fora. Tivemos que chamar os pais e explicar a situação, para ver o que poderia ser feito”.

- **Caso III: “o que é que eu faço, acabaram os remédios e eles estão muito agressivos?”**

“Temos bastantes pacientes que utilizam remédio controlado, e alguns já chegaram a ser internados em hospital psiquiátrico. Mas, temos uma família em nossa área, e quando vamos a sua residência ficamos realmente abatidos, porque é triste, mãe, pai, marido, os três filhos e todos com problemas de saúde mental; até já ficaram internados em hospital psiquiátrico. É mais triste ainda, quando fazemos a visita domiciliar e ficamos sabendo que um dos filhos foi preso, porque tentou agredir a mãe, ou o pai brigou com os filhos e ficam cheios de bancadas. A questão se complica ainda mais, porque eles ingerem bebidas alcoólicas junto com os remédios controlados e ficam muito agressivos. Às vezes, quando realizamos a visita domiciliar a mãe desses meninos pergunta: ‘o que é que eu faço, acabaram os remédios deles e estão muito agressivos?’. Isso mexe com você, com a equipe, mas, a gente não pode fazer nada. A gente pede para internar, mas no Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu só fica internado por 15 dias, e depois volta para casa de tem que esperar mais 15 dias de novo. Nesse intervalo a mãe sofre muito, tem um filho que foge, fica no meio da rua, e ela fica correndo atrás dele pela rua. Ele não pode consumir bebida alcoólica, mas mesmo assim foge para beber nos botecos. A mãe fica mais perturbada por ter que cuidar desse filho, dos outros que também tem problemas e do marido”.

Inicialmente destacamos que antes desses usuários requereram dos trabalhadores um cuidado em saúde, eles tiveram que decidir por qual meio oferecido na sociedade eles seriam cuidados. Do mesmo modo os trabalhadores ao receberem a demanda em saúde mental, também decidem como irão conduzir seus processos de trabalho. Desse modo, antes de analisar os processos de trabalho operados nesses encontros, é necessário discutir sobre os *processos decisórios* (Merhy, 2002b) em torno deles, ou seja, sobre as decisões que circundam o planejamento para trabalho em saúde.

De acordo com Rabelo (2007), muitos sujeitos que sofrem de alguma questão da ordem da saúde mental, escapam do instituído, do que está posto para o considerado “doente mental” e assim não procuram serviços de saúde. Em geral, a autora relata que procuram outros espaços em busca de cuidado ou cura, como, por exemplo, em terreiros de umbanda, candomblé, pais de santo, igrejas. Esses espaços também constituem as redes construídas pela sociedade para possibilitar o cuidar.

Contudo, salientamos que a escolha pela forma de cuidado não é estritamente pessoal, ela é modulada pelas lógicas, normas, pautas de regularidades, leis e valores que compõem as instituições sociais que ordenam a vida humana. Ou seja, existem pautas para o cuidado em saúde nesses outros espaços, como também há construções sociais sobre o que seria cuidado nos serviços de saúde. Entretanto, como nosso foco de discussão não é sobre os modos de cuidado em saúde mental operados em outros espaços, nos deteremos aos encontros em que os usuários PTM’s decidiram confiar nos trabalhador da ESF para serem cuidados.

Nessa circunstância, o ato do usuário definir que pode confiar na equipe de saúde da família, já é um primeiro analisador para refletirmos sobre esses encontros, pois antes de ser cuidado, primeiramente ele se submete a um recorte pré-determinado de ações/programas que a unidade de saúde da família oferta. Fato esse que reverbera

numa cadeia de expectativas sobre o encontro com o trabalhador, uma vez que ele é um expert que oferta “a cura”.

Merhy (2002b) destaca que o encontro entre trabalhador e usuário é caracterizado, tanto pelo desejo que o usuário possui de suprir suas necessidades de cuidado em saúde, quanto pelas ofertas de cuidado que a USF disponibiliza. Nesse sentido, desejos e ofertas se engendram em outro processo decisório, ou seja, antes de produzir algum ato de cuidado em saúde os trabalhadores decidem o que fazer com demanda em saúde mental que os usuários apresentam, frente aos saberes e fazeres que possuam. Assim, nesses encontros, cuidador e cuidado vão se produzindo sujeitos, engendrando máquinas de produções subjetivas; no trabalho em saúde, para além da produção do cuidado, também se produz em sujeitos (Brasil, 2004d).

Esse processo decisório é um dos momentos chaves para compreendermos o modo como o usuário vai ser cuidado, isto é, o trabalhador pode decidir agir a partir da conservação de práticas instituídas, com exacerbada medicalização e tutela, ou pode, a partir de uma escuta, buscar alcançar um maior conhecimento das questões que estão causando sofrimento para o sujeito, considerando não só as queixas que lhe são apresentadas, mas também levando em consideração o modo com o usuário vivencia suas necessidades, bem como as ferramentas que possui para satisfazê-las (Merhy, 2002b).

Contudo, o que possibilitará o diferencial no modo como será conduzido esse processo decisório, é a subjetividade do trabalhador, ou melhor, no sentido de como essa subjetividade vem sendo produzida, a partir dos encontros que se engendraram no seu cotidiano, que por sua vez, tem ressonâncias no modo como os trabalhadores analisam e intervêm com as demandas que recebem, bem como no modo com se

implicam com os problemas apresentados, com as famílias e a comunidade (Merhy, 2002b).

Assim, retornando aos relatos sobre os usuários PTM's que são/foram atendidos pelas equipes de saúde da família entrevistadas, expostos nos casos I, II e III, analisamos que esses encontros dispararam questões constitutivas para refletirmos sobre os processos decisórios e, conseqüentemente, sobre os atos de cuidar estabelecidos no encontro entre trabalhador e usuário.

Inicialmente, as equipes expuseram que decidir e realizar processos de trabalho com os usuários PTM's é diferente do modo como decidem e realizam os processos de trabalho com as demandas de "ordem orgânica". Como pode ser observado nos relatos, o cuidado em saúde mental exige/provoca/força dos trabalhadores a elaboração de outras propostas terapêuticas, requer uma escuta diferenciada e outros modos para identificar os casos que necessitam atenção em saúde mental, para além dos casos que apresentam visíveis comportamentos estereotipados para visualizar a loucura.

As equipes expõem a dificuldade para decidir como irá iniciar o cuidado em saúde, pois, em muitos momentos os usuários não relatam de uma maneira direta e clara do que estão sofrendo, isto é, não conseguem traduzir para uma linguagem utilizada no campo da saúde, os problemas que estão produzindo seu adoecimento. Fato esse que fica explícito nos casos I e III.

Médico (01): Uma pessoa que vem geralmente com um distúrbio psicológico é uma pessoa assim calada, e você tem que ter uma abordagem para você conseguir separar aquela doença orgânica daquela coisa psicológica, psicossomática. Ela não diz que não ta dormindo, ela fala outra coisa, daí quando você vai conversar com ela e a pessoa começa a chorar. Na realidade ela te procurou não porque queria um remédio, mas porque queira ser ouvida.

Nesse sentido, essas diferenças/dificuldades, apresentadas no início desse capítulo e no capítulo anterior, para decidir e conduzir como será o cuidado com usuários PTM's, são atravessadas por outra dificuldade que extrapola o saber-fazer técnico, que é a capacidade ou disposição para ouvir/acolher a demanda em saúde mental que chega ao serviço.

Durante as entrevistas, observei que os trabalhadores sentem um grande incomodo/desconforto/angústia ao atender essa demanda e escutar os problemas que afligem os usuários, que não são apenas da ordem “psicopatológica”, como podemos observar nos relatos de casos acima, dizem respeito a sua história de vida, seus conflitos familiares, desemprego, fome, violência física, psicológica e sexual. Contudo, diante dessa dificuldade para o diálogo, os trabalhadores conduzem seus processos de trabalho mais em direção das tecnologias leve-duras do que propriamente as tecnologias leves. Assim, os trabalhadores incomodados utilizam procedimentos circunscritos em saberes e fazeres de suas categorias profissionais, sem explorar o potencial de uma dinâmica relacional e dialogal, fato esse que reverbera na dificuldade de acolher, criar vínculo e responsabilização pelos os usuários PTM's que chegam à unidade.

De acordo com Teixeira (2005) os diálogos, ou como o próprio autor coloca as “*conversas*”, devem ser melhor exploradas, pois são produtos importantes dos encontros que ocorrem entre usuários e equipes de saúde.

Recordo-me de quando estava realizando as entrevistas na USF, e o que mais percebia eram as diversas conversas que ali se desenrolavam, como, por exemplo, do usuário com a recepcionista (“aí! estou me sentindo muito mal, como faço para falar com algum médico?”), entre trabalhadores da ESF (“você foi fazer a visita a Dona F. que estava com problemas para controlar a pressão?”), usuário e os trabalhadores, ou

seja, as conversas estão presentes e atravessam todos os momentos da passagem pelo serviço.

Nesse sentido, na esteira da discussão proposta por Teixeira (2005), refletimos que a integralidade das ações entre equipes de saúde da família, unidade de saúde da família, Unidade Integrada Ozeas Sampaio e FMS, seriam a conexões dessas várias conversas que circulam nesse cotidiano, formando assim uma “*rede de conversações*” (Teixeira, 2005). A conexão dessas conversas que se engendrando no cotidiano, são elementos importantes para refletir sobre o acolhimento e a vinculação do usuário às equipes de saúde da família. É no acolhimento que se realizam processos dialógicos em busca das necessidades que o usuário se faz portador e o que deve ser feito para satisfazê-las.

Desse modo, a partir dos relatos de casos expostos e de outros casos que acompanhamos nas visitas domiciliares, entendemos que não há um efetivo vínculo dos usuários com as equipes de saúde da família. Ou seja, a demanda em saúde mental não é acolhida no seu sentido de um sofrimento - existência, e os trabalhadores em muitos momentos não estão abertos a estabelecerem outra relação dialógica/terapêutica e buscar analisar os fatores que circundam aquele modo de vida e produz uma demanda para a saúde.

O que ocorre, é que os sofrimentos apresentados logo são capturados pelo modelo de agir em saúde médico-centrado, com intervenções manicomiais, alocadas nas tecnologias duras e leve-duras, ou seja, os diálogos se voltam para formular um diagnóstico e prescrever uma medicação. Conseqüentemente, ao analisar como se operacionaliza o acolhimento nessa USF, identificamos também que os trabalhadores não agem com essa demanda a partir de alguns princípios e diretrizes do SUS, como os de universalidade ao acesso às ações e serviços dessa unidade, a integralidade da

assistência, a equidade, bem como a preservação e estimulação da autonomia desses usuários, tal como podemos visualizar no caso I. Vale salientar, que tais problemáticas, novamente são percebidas pelos trabalhadores.

Médico (01): Eu acho que uma depressão a gente tem condição de trabalhar aqui. Mas acho que a gente tem que tentar conhecer mais os usuários, tentar entrar mais na intimidade das pessoas, não ficar muito naquela relação superficial, porque às vezes a gente fica na relação superficial sem saber o que realmente tá levando a pessoa ter aquele comportamento. Porque é muito fácil, você adentrar a casa da pessoa, e falar “ah, mas porque você não age daquele jeito?”. A gente não vê os fatores que estão determinando para aquela pessoa está daquele jeito... É muita coisa, são muitos fatores, que se associa para deixar a pessoa daquele jeito.

Vale salientar que, partimos do pressuposto que acolher também é um modo de cuidar, e pode ser realizado por qualquer trabalhador, desde ACS, enfermeiros ou médicos. Pensamos ainda na potência do acolhimento enquanto uma atitude/diretriz/postura para produzir uma ruptura, produzir linhas que vão ao encontro de modos de trabalho instituintes, fugindo assim dos modos instituídos cotidianamente operados pelas equipes na estratégia Saúde da Família. (Franco, Bueno & Merhy, 1999).

O conceito-ferramenta acolhimento apresenta ainda uma potência crítica que pode desestabilizar saberes e fazeres petrificados nos modos de atuações centrados na figura do médico com os atendimentos explicitamente tecnocráticos (Passos & Barros, 2000).

Com efeito, observamos que nos casos I e II, os trabalhadores se sensibilizaram, mas, ao mesmo tempo se fecharam para a demanda que surgiu para a equipe, protegendo-se das dores e tensões provocadas pelas histórias de vida dos usuários. Apreendemos ainda nesses relatos que os trabalhadores se fixaram nos seus roteiros/scripts previamente definidos pelo esquadramento de suas categorias

profissionais, para atuarem nessas “cenas”, como atendimentos duros, impessoais, sem atingir de fato o núcleo do cuidado.

Acreditamos que a partir do acolhimento, essa forma de cuidado pautada nos scripts previamente definidos, tanto para trabalhador quanto para usuário, pode modificar-se e propiciar a criação de novas tecnologias relacionais em saúde, desde modificações simples, como, por exemplo, um outro modo de olhar dirigido para o usuário que chega ao serviço, até uma palavra dita de forma mais acolhedora diante de uma situação de possibilidade de suicídio.

No bojo dessa discussão sobre o acolhimento/diálogo, faz-se necessário tecer duas conceituações importantes, uma sobre a responsabilização dos trabalhadores com o usuário PTM's e a criação de vínculos com os mesmos. Dell'Acqua e Mezzina (1991) nos auxiliam com seus escritos sobre a “tomada de responsabilidade”, isto é, a responsabilidade sobre a demanda em saúde mental que os serviços assumem (ou deveriam assumir) em todo território de sua referência, exercendo, para isso, um papel ativo no cuidado a essa demanda, e ainda problematizando os fatores sociais que atravessam o sofrimento do sujeito e da coletividade.

Compreendemos que as equipes de saúde da família apresentam uma potência para a efetiva “tomada de responsabilidade”, devido a sua atuação a partir da noção de mobilidade no território, e principalmente através do trabalho dos ACS, no qual podem mapear os casos de usuários que necessitem de atenção em saúde mental, para além de aguardar que essa demanda apareça de modo espontâneo na unidade de saúde da família. Enfim, as equipes apresentam possibilidades para criar outras formas de vínculos com os usuários, famílias e a comunidade, diferentemente do modelo hospitalocêntrico.

No que concerne especificamente ao processo de vinculação dos usuários PTM's, percebemos que eles não identificam as equipes de saúde da família e a USF de referência como um local para proporcionar uma retaguarda a sua saúde. Analisamos que para ocorrer um efetivo processo de criação de vínculo, deverá ocorrer um processo de estreitamento da inter-relação de mútua confiança entre trabalhador- usuário- família, o que por sua vez, possibilitará aos usuários irem em direção ao estabelecimento de saúde na busca por cuidado com trabalhadores em que confiem e saibam da sua biografia, bem como estabelecerem uma relação de cuidado-afeto nas visitas domiciliares.

Compreendemos assim, que o estabelecimento do processo de vinculação aliado ao acolhimento dos usuários PTM's possibilitaria para essas equipes um novo ordenamento da lógica de recepção dessa demanda em saúde mental, caminhando os processos de trabalho para um agir em saúde na direção de um comprometimento e responsabilização com o sofrimento dos usuários (Campos, 1997; Campos, 2007). Diferentemente, do que ocorreu no caso exposto no caso I, onde os trabalhadores não valorizaram as queixas, o sofrimento e as ameaças de suicídio trazidas pela usuária. Tal fato, não possibilitou gerar uma relação de mútua confiança e vínculo terapêutico entre equipe-usuária.

Todavia, observamos que diante dessas dificuldades a anti-produção se anuncia novamente no trabalho das equipes, ou seja, perante as situações de não saber como conduzir seu agir em saúde para produzir um cuidado a uma demanda cada vez crescente para os profissionais da atenção básica, eles não planejam, conjecturam ou articulam alguma proposta de intervenção específica para sua área de referência, bem como a gestão não problematiza essas questões com os trabalhadores. Ao contrário, os trabalhadores fazem apenas o encaminhamento para outros setores e serviços, como

observamos no caso III, onde a “família” era encaminhada para a internação no hospital psiquiátrico.

Recordo-me, com cenas coloridas e fortes, das minhas inquietações perante as tais anti-produções, e assim questionei os trabalhadores dessa USF sobre o porquê desse não planejar/arquitetar ações específicas para o cuidado em saúde mental. As respostas foram praticamente, as mesmas que já havia escutado: *“porque não há uma determinação para o trabalho com essa demanda por parte da FMS e do Ministério da Saúde”*.

Enfermeira (02): Assim, saúde mental como não tem uma coisa que direcione a gente, por que na realidade não tem um direcionando pra gente seguir. O direcionamento é a gente que cria, vai marcando consulta com um psicólogo, com um psiquiatra, vai tentando, vai conversando, vai tentando.

Entretanto, nos questionamos: será que se houver essa determinação por parte da gestão, outra produção de cuidado que coadune com os princípios da reforma psiquiátrica realmente irá ser produzida na atenção básica? Porque para realizar processos de trabalho a favor da vida, anteriormente deve ser institucionalizado um projeto, programa ou determinação das organizações?

Para responder a essas questões nos apoiaremos novamente nos textos do médico sanitário Mehry (1999), o qual salienta que qualquer perspectiva de mudança no campo da saúde, ou está calcada em alta concentração de poder para movimentar um setor instituído, muito bem estruturado, ou está calcada por estratégias que explorem as tensões-potências, para gerar um modo de cuidado instituinte, como novos desenhos territoriais e novas direcionalidades para o agir em saúde, e isso implicará necessariamente passar por outra produção de subjetividade para esses trabalhadores. O

agir em saúde é sempre tenso e seu foco é a produção do cuidado, pois o cotidiano trabalho em saúde produz atos em saúde, que poderá ou não ser curador ou promovedor de saúde (Mehry, 1999).

Pode-se dizer que todo processo de trabalho em saúde, para produzir o cuidado, tem que primeiro produzir atos em saúde, e que esta relação em si é tensa. Produzir um procedimento é produzir um ato de saúde, mas isto pode ser feito dentro de um certo modo de cuidar, que não é necessariamente “cuidador” (Mehry, 1999, p. 307).

Assim, retomamos o final da fala da enfermeira (02), exposta acima, para explicitar que os trabalhadores compreendem que atender um usuário PTM’s em muitos momentos é caminhar num terreno que se apresenta “movediço”, no qual têm que utilizar a criatividade para realizar os processos de trabalho, “*vai tentando, vai conversando, vai tentando*”. Desse modo, entendemos que para a produção e qualificação de um novo modelo assistencial que se quer fazer na atenção básica, o qual tenha como proponente o trabalho focalizado na defesa radical da vida, centrado no usuário, primeiramente deve-se intervir para produzir uma reorganização das relações entre as tecnologias leves e duras. Também se deve levar em conta que o território das tecnologias leves não é exclusivo de nenhum profissional de saúde, entretanto, é a base para atuação de todos (Merhy, 2002a).

Analisamos ainda que uma das causas da insegurança para desenvolver processos de trabalho com usuários PTM’s na atenção básica, é que os profissionais têm que agir a partir da criação de redes de cuidado e manipulação de afetos. Isto é, o trabalho em saúde também é um trabalho afetivo, pois as equipes de saúde da família manipulam afetos, um produto imaterial, como o sentimento de conforto, bem-estar e satisfação das necessidades (Hardt & Negri, 2004). As redes de produção de cuidado são as próprias produções de redes sociais, de formas de gestão da vida, de comunidades, de produção

de subjetividades individuais e coletivas. É a partir do encontro de dois corpos, trabalhador e usuário e da afetação de um sobre outro onde se encontra uma substância eminentemente afetiva e a produção de subjetividade que propicia o cuidado e o vínculo do usuário ao serviço.

Nesses encontros quando há uma primeira impressão positiva entre os corpos, ocorre o que se denomina de "empatia" e tem-se aí a substância imaterial essencial para a adequada realização do trabalho em saúde. Contudo, o primeiro impacto afetivo nessa relação pode ser considerado complexo, porque uma série de afetos é mobilizada em um primeiro contato, podendo levar à formação ou não de vínculo entre esses (Teixeira, 2001). Mas, entendemos que esses afetos parecem muito mais amplos e diversificados, tanto quanto os fatores que podem condicionar esses encontros, como podemos observar no caso II, onde diversos afetos foram disparados no ato da usuária se apaixonar pela médica e que no decorrer dos encontros não foram acolhidos e trabalhados, tanto pela usuária quanto pela equipe, o que culminou em medos, raivas, afastamentos e intervenção policial.

Desse modo, a partir de todo o exposto nesse capítulo, analisamos que para a produção de trabalho em saúde no território onde o sujeito vive, deve passar pela modificação da relação que se estabelece entre gestão e atenção em saúde, pensando essa relação com algo indissociável. Dessa forma, modificando-se o modo com os trabalhadores pensam essa relação, modificar-se-á também os processos de trabalhos realizados com os usuários PTM's na ponta dos serviços. Tal proposta, indicada pela PNH (Brasil, 2004d), implica indispensavelmente na construção de um vínculo efetivo dos trabalhadores da saúde com as necessidades "de vida" dos usuários, pois assim se pode explorar o que as tecnologias em saúde detêm de efetividade, e produzir um novo modo de gestão do cuidado em saúde.

Para tanto, se faz necessário a produção de novos coletivos de trabalhadores, usuários e gestores comprometidos ético-politicamente com a defesa radical da vida individual e coletiva, para que se possa modificar os modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho e estabelecer como foco as necessidades dos cidadãos e da produção em saúde. Um coletivo que proponha a autonomia, protagonismo, vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão, para proporcionar a coresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos. Por fim, deve-se estabelecer um compromisso por melhores condições de trabalho e de atendimento para os usuários (Brasil, 2004d).

Por fim, para que essas redes de cuidado existam, faz-se necessário o estabelecimento de vínculos entre os corpos, como um elemento essencial para se efetivar a vinculação dos usuários às equipes de saúde da família, e isso permite a efetivação do trabalho territorial e o usuário sentir que pode ser cuidado pelas equipes de saúde da família e não tenha que se deslocar ao hospital psiquiátrico e encontrar um cuidado manicomial e medicalizante, tal como vimos no caso III.

FECHANDO AS CORTINAS: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Caro leitor, chegamos ao fim da nossa viagem pelas trilhas da saúde. Trilhas pelas quais nos lançamos, nos perdemos, nos aventuramos. Pensando melhor, não chegamos de fato ao fim, mas temos que finalizar a viagem, pois diversas instituições atravessam a composição dessa pesquisa, para além do fator tempo que é incontrolável.

Chegar ao fim, e ao fim não chegar. Mais questões se abrem para o cartógrafo, uma fala, um texto, uma vivência. A viagem não pára. Mas, é necessária uma pausa para a finalização do escrito.

Sendo assim, diante do todo o exposto, se faz necessário frisar, sinteticamente, os principais pontos observados e analisados no campo de pesquisa:

- A implementação da ESF na Unidade Integrada Ozeas Sampaio, ocorrida no ano de 2002, acarretou um ponto inicial a ser analisado, pois o espaço físico e os equipamentos destinados apenas às atividades da Unidade Integrada passam a ser compartilhados com os trabalhadores da ESF. Esse processo apresenta vantagens e desvantagens. As vantagens referem-se à utilização da estrutura física para realização de exames laboratoriais e internação, fato esse que possibilita ao usuário ser cuidado no território onde reside. As desvantagens são que as equipes e suas práticas de cuidado, devido às estas tecnologias duras disponíveis na Unidade, são capturadas pela lógica de trabalho hospitalocêntrica, onde é possível observar a manutenção de relações hierárquicas entre os trabalhadores, bem como a reduzida utilização de tecnologias leves no cuidado aos usuários;

- As demanda em saúde mental, em linhas gerais, são problemas associados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, egressos de hospitais psiquiátricos, transtornos mentais graves, transtornos de humor, transtornos de ansiedade, fobias específicas, situações decorrentes de violência familiar, sexual e exclusão social. Vale destacar, o significativo número de usuários que tentam cometer suicídio, sendo que já houve casos de concretização desse ato, fato esse que percebemos provocar nos trabalhadores um extremo desconforto, disparando um sentimento de impotência e dúvidas sobre os processos de trabalho realizados com esses usuários;
- Os processos de trabalho em saúde operados no cotidiano da ESF, apesar da maioria dos trabalhadores atuarem há mais de 4 (quatro) anos nessa USF, bem como o encontro com os usuários e com a comunidade, caminham no sentido das saberes/fazeres dominantes, isto é, do modelo de saúde assistencialista e curativo, que tende a ser conservado, exatamente pela força de permanência do instituído;
- Acompanhando as equipes nas visitas domiciliares, observemos que as atuações do programa se voltam para as famílias, essas que se tornam uma instituição de destaque para as intervenções. Contudo, as equipes se detêm à terminologia clássica e romântica de “família” para definir o programa e suas atuações. Explicita-se que essa “família” nem sempre existe, ou, mesmo quando existe, seu núcleo pode estar composto sob uma nova configuração. Deve-se destacar que esses outros modos de arranjos familiares e de vida devem ser compreendidos como um desafio a ser

superado pelas equipes, em contraposição a idéia de que essas novas configurações familiares se tornem um empecilho para suas atuações;

- Observamos também que as ações de promoção de saúde nessas visitas domiciliares e no trabalho na USF, não possuem como proposta central uma atuação integrada entre os trabalhadores (médicos, enfermeiros e ACS). Os processos de trabalho são esquadrihados a partir da categoria profissional de cada trabalhador e o usuário não é compreendido a partir das problemáticas sociais do território onde vive;
- Com relação à Fundação Municipal de Saúde/FMS, observamos que ela realiza uma gestão de dados, em detrimento de uma gestão que deveria gerenciar as políticas públicas, os financiamentos e os modos de cuidado em parceria com os trabalhadores que estão nos serviços. Outro ponto a ser salientando é que a FMS e os distrito sanitários não apresentam espaços para reflexão e problematização acerca dos processos de trabalho desenvolvidos na USF. O que por sua vez, resulta na insegurança gerada pela falta de capacitação dos profissionais para exercer a prática de generalista;
- Por fim, apontamos que todas essas questões ressaltadas acima, para serem modificadas, devem ser problematizadas a partir da perspectiva de indissociabilidade entre atenção em saúde e gestão, tal como indica a PNH (Brasil, 2004d), bem como a gestão e as equipes da ESF deve problematizar que acolher também é um modo de cuidar, e pode ser realizado por qualquer trabalhador, desde ACS, enfermeiros ou médicos.

Concordamos com Ayres (2004), que não há métodos prontos para resolver tais pendências na ESF. Temos, por um lado, a expansão das oportunidades abertas pela tentativa de mudança de práticas de cuidado, as quais também dependem da ação e do compromisso da população, aliadas por uma solidariedade social construída paulatinamente pela interação democrática. De outro lado, faz-se necessário o monitoramento da constante abertura democrática desse processo de construção, através da reflexão crítica, da pesquisa e da teoria.

Sendo assim, pretendemos utilizar de tais reflexões expostas ao longo desse estudo, para discutir, debater, pensar junto com os trabalhadores, com a gestão e usuários sobre tais processos de trabalho que caminham para a manutenção dos saberes instituídos, bem como propor ações em conjunto voltadas para problematizar a prática do cuidado integral aos usuários e as dificuldades dos trabalhadores no cotidiano. Propor para os coletivos de usuários, familiares e técnicos produzirem um processo de auto-análise e auto-gestão, ou seja, um diálogo sobre os serviços ofertados pelos técnicos da ESF e a comunidade de sua responsabilidade, e promover que coletivos de usuários possam se “auto-gestarem” no tocante a busca por cuidados de saúde.

De acordo com Barembliitt (1992), auto-análise é a constituição de um processo de produção e re-apropriação, onde os coletivos, aqui no caso os técnicos da ESF, se propõem a serem auto-gestionários, ou seja, problematizam os seus limites, os saberes acerca de si mesmos, suas necessidades e desejos, as demandas que se apresentam na unidade, bem como outros problemas que surgem e as soluções que buscam para satisfazer as necessidades dos usuários. A auto-análise é um processo que ocorre concomitantemente ao da auto-gestão porque no momento em que os coletivos produzem saberes acerca de si, possibilitam a construção de estratégias, saídas e alternativas em busca da solução dos problemas que os afligem.

Lançamos essa proposição, pois como já descrevemos, essas reflexões sobre si, sobre as práticas desenvolvidas, acabam por serem “esquecidas”, desqualificadas ou mesmo subordinadas pelos saberes científicos – disciplinares que, por sua vez, estão a serviço de uma “Verdade” e “Eficiência” e das entidades dominantes, como, o Estado e o Capital. Como afirma Lourau (2004), a auto-análise permite que os coletivos obtenham esse conhecimento e a enunciação de sua alienação. A auto-gestão, por sua vez, é, ao mesmo tempo, processo e o resultado de um arranjo independente que os coletivos podem utilizar para gerenciar sua vida-trabalho.

Desse modo, concordamos com Campos (1999) que a partir de um novo modo de arranjo de saúde, como no caso a ESF, pode-se potencializar alterações na subjetividade e na cultura dominante entre os trabalhadores da saúde, através da idéia de vínculo terapêutico, da transversalidade dos saberes e das práticas. Nesse sentido, fazendo um paralelo a partir de Hardt e Negri (2004) que na fábrica, além de produtos materiais, também se produz subjetividade, produz trabalhadores sonhadores, desejosos. E assim como nas fábricas, as unidades de Saúde da Família envolvem trabalhadores (médicos, enfermeiros, agentes de saúde, odontólogos) e usuários possibilitando uma produção permanente de relações, de subjetividades.

Ou seja, as produções subjetivas estão sempre na possibilidade de serem destruídas e reconstruídas, desfeitas e recolocadas em funcionamento. Guattari e Rolnik (1986) afirmam que subjetividade é produzida por agenciamentos de enunciação nos quais processos de subjetivação, de semiotização não se focalizam em agentes individuais e nem nos grupais. O modo de produção capitalístico produz subjetividades em série, as quais ele necessita. Subjetividades serializadas, repetitivas, que pouco buscam e se permitem experienciar novos caminhos, novas formas de ser e existir. Dessa forma, os autores apontam o conceito de subjetividade como tendo uma:

Natureza industrial, maquínica, ou seja, essencialmente fabricada, modelada, recendida, consumida. As máquinas de produção de subjetividade variam. Em sistemas tradicionais, por exemplo, a subjetividade é fabricada por máquinas mais territorializadas, na escala de uma etnia, de uma corporação profissional, de uma casta. Já no sistema capitalístico, a produção é industrial e se dá em escala internacional (Guattari & Rolnik, 1986, p. 25).

Acreditamos que nesse estudo foi possível revelar muito mais do que explicar, descobrir e participar das composições de intensidades que buscam expressão e constituem os processos de trabalho em saúde, compostos por multiplicidades de forças que estão por via de compor-se, decompor-se e recompor-se, incansavelmente. Refletir sobre as ações integradas entre os serviços/territórios/famílias é pensarmos constantemente no processo de desinstitucionalização da loucura. Articulação na qual analisamos poder dialogar com as políticas de Atenção Básica e mais especificamente com a Estratégia Saúde da Família, na medida em que acreditamos que esta pode se efetivar como um grande potencializador da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Nesse sentido, acrescentamos que concordamos com Machado e Lavrado (2001) que “a luta pela desinstitucionalização da loucura também deve passar pelo fim dos “desejos de manicômios” e pelo direito a desrazão (p. 47)”.

Por fim, tenho mais uma confissão a fazer. Após todo esse processo de planejamento, fecundação, gestação e parto desse processo de pesquisar/encontrar/escrever já não sou mais aquele Danilo Camuri que atracara em Natal-RN em fevereiro de 2007, no início do curso do mestrado. Os encontros na base de pesquisa, as aulas, os textos, os cafés, o pesquisar, ir a campo, foram de extrema relevância para produzir um outro de mim e conseqüentemente produzir esse escrito. A produção de subjetividade é constante, às vezes não nos damos conta, em outras vezes levamos um susto com as intensas mudanças que ocorreram.

Cantando um pouco de Arnaldo Antunes, gritaria:

Eu não tenho mais
A cara que eu tinha
No espelho essa cara
Não é minha
Mas é que quando
Eu me toquei
Achei tão estranho
A minha barba estava
Desse tamanho...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alverga, A. R. & Dimenstein, M. (2005a) Salud Mental em la atención básica. Construyendo la integralidade em el Sistemas Único de Salud em Brasil. *Revista Alternativas em Psicologia, México*, p.67-77.
- _____. (2005b). A Loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In Amarante, P. (Org.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro, NAU, p. 45-66.
- Alverga, A. R & Dimenstein, M. (2006) A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 10, n. 20.
- Alves, D. S. (2001). Integralidade nas políticas de saúde mental. In: *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (R. Pinheiro & R. A. Mattos, orgs.), pp. 167-176, Rio de Janeiro: IMS – UERJ - ABRASCO.
- Amarante, P. (1996). *O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P & Torres, E. H. (2001). A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, V.25, n. 58: p.26-34.
- Araújo, M. D. (2005). *O cotidiano de uma equipe do programa de saúde da família: um olhar genealógico sobre o controle social*. Tese de doutorado não publicada. Doutorado em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo.
- Araújo, M. M. B. (1995). *Cotidiano e Pobreza: a magia da sobrevivência em Teresina*. Teresina: Fundação Cultural Monsenhor Chaves.
- Ayres, J. R. C. (2001). Subjetividade, intersubjetividade, e práticas de saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1.
- Ayres, J. R. C. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade* v.13, n.3, p.16-29.
- Baptista, L. A (1999). *A Cidade dos Sábios: Reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades*. Ed. Summus, São Paulo. 128p.
- Barros, R. B. (2003). Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: *Loucura, Ética e Política: escritos militantes*. São Paulo: Caso Psicólogo, p. 196-206.
- Baremblytt, G. F. (1992). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 2ª ed. Rio de Janeiro.

- Brasil (1994). Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Programa de saúde da família*. Brasília: Âncora Comunicação.
- Brasil (1999). Presidência da República. *Lei 8.080*, de 19 de fevereiro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Constituição Federal. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/legislação/lei8080_190990.htm Acesso em 08 de junho de 2007.
- Brasil. (2000) Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Atenção Básica. *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família: análise por Estados*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2002). Portaria 373/GM. *Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002*. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde.
- Brasil (2003). Ministério da Saúde/ Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde Mental e Atenção Básica: O Vínculo e o diálogo necessários*. Material acessado em <http://200.214.130.38/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> no dia 20-05-2007.
- Brasil (2004a). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE.
- Brasil (2004b). Ministério da Saúde. Humaniza SUS. *Equipe de Referência e Apoio Matricial*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF.
- Brasil (2004c). Ministério da Saúde. Portaria 224/92, de 22 de janeiro de 1992. Normatiza o atendimento em saúde mental na rede do Sistema Único de Saúde. Disponível em <http://www.inverso.org/index.php/content/view/5964.html> acessado em 26 de maio de 2007.
- Brasil (2004d). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>.
- Brasil (2005a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília.
- Brasil (2005b). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. *Saúde da família: panorama, avaliação e desafios*. Brasília.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de

Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.
– Brasília.

Brasil (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Ministério da Saúde: Brasília, 85p.

Brêda, M Z & Augusto, L G da S. (2001). O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2.

Campos, A. P (2007). *Os encontros entre os Agentes Comunitários de Saúde e as Famílias dos Portadores de Transtorno Mental: dispositivos para a desinstitucionalização da loucura*. Dissertação de Mestrado não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Campos, G. W. (1997). Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In.: Merhy, E. E; Onocko, R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo, Hucitec, p. 229-266.

Campos, G. W. (1999). Equipe de Referência e especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização de trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (2); 393-403.

Campos, G. W. S. (2000) Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. In: *Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco*, v.5, n.2: p. 219-230.

Campos, G. W. S. (2003). *Saúde Paidéia*. 2º ed. Hucitec, São Paulo.

Capozzolo, A. A. (2003). *No olho do furacão: Trabalho médico e o Programa de Saúde da Família*. Tese de doutorado em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, p. 242- 249.

Dell'acqua, G.; Mezzina, R. (1991) Resposta à Crise. In: Delgado, J. (Org.). *A Loucura na Sala de Jantar*. São Paulo: Resenha, p. 53-79.

Deleuze, G. (1992). *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34.

Deleuze, G. & Guattari, F. (1995a). *Mil Platôs*. Capitalismo e esquizofrenia. V.1. Rio de Janeiro: Ed. 34.

Deleuze, G. & Guattari, F. (1995b). *Mil Platôs*. Capitalismo e esquizofrenia. V.3. Rio de Janeiro: Ed. 34.

Deslandes, S. F. (2005). O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago.

Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1): 53-81.

- Dimenstein, M. (2006). O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental: Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC*. Ano IV – n. 6 junho p. 69-84.
- Dimenstein, M; Santos, Y. F; Brito, M.; Severo, A. K. & Moraes, C. (2005) *Demanda em saúde mental na unidade saúde da família*. *Mental: Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC*, nov. ano III, n. 005. Barbacena.
- Franco, T. B.; Bueno, W. S. & Merhy, E. E. (1999) O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2 .
- Freire, F. H. M. A.; Ugá, M. A. D. & Amarante, P. (2005). *Os Centros de Atenção Psicossocial e o Impacto no Modelo Assistencial*. In Amarante, P. (Org.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro, NAU 224p.
- Fonseca, T.M.G. & Kirst, P.G. (2004) O desejo de mundo: um olhar sobre a clínica. *Psicologia & Sociedade*; 16 (3): 29-34; set/dez.
- Fortuna, C. M. (2003) *Cuidando de Quem Cuida: notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como egehoca mutante para a produção de vida*. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.
- Foucault, M. (1999). *A ordem do discurso*. 14ª Ed., São Paulo: Louyola.
- Foucault, M. (2001). *Os Anormais*. São Paulo, ed. Martins Fonseca.
- Foucault, M. (2004). *História da Loucura*. São Paulo, ed. Perspectiva.
- Fundação Municipal de Saúde (2007). Material acessado no site oficial da referida fundação: <http://www.saude.teresina.pi.gov.br/> Acessado no dia 13-03-2007.
- Guattari, F & Rolnik, S. (1986). *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes.
- Hardat, M. & Negri, T. (2004). *Império*. Rio de Janeiro: Record.
- Kastrup, V. (2007). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicol. Soc.*, v. 19, n. 1, Porto Alegre.
- Lancetti, A. (2001). Saúde mental nas entranhas da metrópole. *Saúde e Loucura* 7. São Paulo: Hucitec, pp. 11-52.
- Lemos, D.C.R; Silva, D.B; Gesser, W. & Nascimento, R. F. (2005). *A Saúde Mental em Teresina e sua Prática na Fundação Municipal de Saúde*. In Rosa, L.C. S. (Org) *Panorama da Assistência Psiquiátrica no Piauí*. Teresina, EDUFPI, 137- 156p.

- Lourau, R. (2004). René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec. 2004.
- Machado, L. D. & Lavrador, M. C. C. (2001). Loucura E Subjetividade. In: Machado, L. D.; Lavrador, M. C. C. & Barros, M. E. B. *Textura da Psicologia: Subjetividade e Política no Contemporâneo*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Matumoto, S. (2003). *Encontros e Desencontros entre trabalhadores e usuários na Saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento*. Tese de doutorado não publicada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - SP.
- Mendes, E. V. (1996). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (1999). O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2 .
- Merhy, E. E. (2002a). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo; Hucitec, 189 p.
- Merhy, E. E. (2002b). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: E. E. Merhy & R. Onocko (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público* (pp 77-112. 2º Ed. São Paulo. Hucitec.
- Merhy, E. E. & Franco, T. B. (2000). Programa Saúde da Família: Contradições e novos desafios. In: Congresso Paulista de Saúde Pública, *Anais*, pp. 145-154, São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública.
- Nietzsche, F. (1981). *A gaia ciência*. São Paulo, Hemus.
- Nietzsche, F. (1995). *Ecce homo: como alguém se torna o que é*. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras.
- Nietzsche, F. (2000) *Assim falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém*. Trad. Mário da Silva. 11. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Osório, C. S. (1994). *Curar Adoecendo: um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da inventividade e da vida*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, não publicada. Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil.
- Parente, Soares, Araújo, Cavalcante & Monteiro (2007). Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 6, p. 377-381.
- Passamani, M. C. (2005) *A Reforma da Assistência Psiquiátrica no Piauí: representações sociais construídas pelos gestores e trabalhadores de saúde mental*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Federal do Piauí.
- Passos, E. & Barros, R. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de Transdisciplinaridade. *Teor. E Pesq.* V.16 n.1 Brasília.

- Pedrosa, J. I. S. & Teles, J. B. M. (2001). Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 3.
- Portal da Saúde (2008). <http://www.saude.gov.br>
- Rabelo, M. C. M. (2007). Religião e a Transformação da Experiência: notas sobre o estudo das práticas terapêuticas nos espaços religiosos. *Revista de Antropologia* (Florianópolis), v. 7, p. 125-145.
- Ribeiro, F. A. (2007). *Atenção primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica*. Dissertação de mestrado não publicada. Mestrado em Ciências, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/USP. Brasil.
- Rosa, L.C. S. (2005). Retrospectivas do Impacto da Reforma Psiquiátrica no Piauí. In ROSA, L.C. S. (Org) *Panorama da Assistência Psiquiátrica no Piauí*. Teresina, EDUFPI, 13- 41p.
- Rosa, L.C. S (2006). *O Nordeste na Reforma Psiquiátrica*. Teresina - Pi, EDUFPI, p. 136.
- Rosa, W. de A. G & Labate, R. C. (2003) A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. *Rev. bras. enfermagem*;56(3):230-235, maio-jun.
- Rolnik, S. (1993). Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/político no trabalho acadêmico. *Cadernos de Subjetividade* (São Paulo), 1(2), 241-251.
- Rolnik, S. (1989). *Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade.
- Ronilk, S. (2006). Geopolítica da Cafetinagem. In: *Transform - "Machines and Subjectivation"*. Disponível em: <http://transform.eipcp.net/transversal/1106/>.
- Rotelli, F.; Leonards, O. & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via: A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In Nicácio, F. (Org.). *Desinstitucionalização* (pp. 17- 59). São Paulo: Editora Hucitec.
- Santana, M. W. (2001). Programa e moradia digna em Teresina. In. Farah, M. F. S. & Barboza, H. B. (orgs.) *20 experiências de gestão Pública e cidadania*. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania.
- Sampaio, J.J.C. & Barroso, C.M.C. (2001). Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: Diretrizes e Experiências no Ceará. In: *SaúdeLoucura 7/Saúde Mental e Saúde da Família* (A. Jatene & A. Lancetti, orgs.), pp. 199-219, São Paulo: Editora Hucitec. 2ª ed.
- Silva Jr., A. G.; Merhy, E. E., & Carvalho, L. C. (2003). Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Rubem A. (Orgs.).

Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 113-128.

Silveira, D. (2003). *Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde*. Dissertação de Mestrado não publicada. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro/RJ.

Scóz, T. M. X.; Fenili, R. M. (2003). Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no Programa de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5, n. 2, p. 71-77.

Teixeira, R. R. (2001) Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. *Ciênc. saúde coletiva* , Rio de Janeiro, v. 6, n. 1.

Teixeira, R. R. (2005) Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), p. 585-598.

Valla, V. V. (2000). Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Rev. Interface _ Comunicação, Saúde, Educação*, v.4, n.7, p.37-56.

Vanderlei, M. I. G & Almeida, M. C. P. (2007) A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2.

ANEXO I
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA- CEP
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE [TERESINA-PI]-FMS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: **Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo sobre processos de trabalho na Unidade de Saúde da Família do Bairro Matadouro [Teresina-PI]**¹². A vossa participação neste estudo não é obrigatória e a qualquer momento o senhor (a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Unidade de Saúde.

Este estudo tem como objetivo investigar os processos de trabalho em saúde na atenção básica na Rede SUS Teresina [PI], focalizando no trabalho desenvolvido com os usuários portadores de transtornos mentais. Sendo que a sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em responder algumas perguntas durante uma entrevista. Ressalvamos que não haverá nenhum risco na sua participação.

E os benefícios relacionados ao seu consentimento serão a possibilidade de contribuir para uma reflexão crítica quanto aos processos de trabalho em saúde desenvolvidos em sua Unidade de Saúde, bem como propiciar um aumento na qualidade da atenção em saúde mental prestada à comunidade.

Por fim, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação, ou a de qualquer outra pessoa que venha a contribuir com este estudo. O senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e da instituição responsável pelo estudo, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Danilo Camuri Teixeira Lopes
Assinatura do pesquisador

End.: Campus Universitário, Residência de Pós-Graduação, quarto 09, S/N. Bairro Lagoa Nova; Cidade: Natal; Estado: Rio Grande do Norte-RN CEP:59072-970
Tel.: Res. (84) 3215-3204 - Cel. (84) 99876294 ou (86) 8813-3134.

Instituição Responsável: Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, Caixa Postal 1524 - Campus Universitário Lagoa Nova CEP 59072-970 Natal - RN – Brasil. Telefone Departamento de Pós-Graduação em Psicologia: (84) 3215-3584.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios do meu consentimento para a realização da pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

¹² Ressaltamos que este era o título da dissertação na época da aplicação deste instrumento.

ANEXO II
Saúde Mental na Atenção Básica:
Um estudo sobre processos de trabalho na Unidade de Saúde da Família do
Bairro Matadouro [Teresina-PI].¹³
ROTEIRO DE ENTREVISTA

BLOCO DE PREOCUPAÇÕES:

1. PERFIL PROFISSIONAL:

- A) Idade:
- B) Instituição de Formação:
- C) Tempo de formação:
- D) tempo de trabalho no serviço:
- E) Vínculo Empregatício:
- F) Experiências profissionais anteriores no campo da saúde:
- G) Especialização/Curso técnico/Curso de Aperfeiçoamento:

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA OZEAS SAMPAIO (USF):

- A) Atividades que desenvolve cotidianamente na USF:
- B) Tipo de demanda que recebe;
- C) Há demanda em Saúde Mental;
- D) Como identifica (o que considera como) a demanda/Saúde Mental;
- E) Como age diante questões trazidas pela demanda em Saúde Mental, que casos acompanha e de que forma. Em que casos encaminha ou articula com a rede de serviços de saúde [CAPS, Residências Terapêuticas, Hospitais Gerais e Psiquiátricos].
- F) Existe algum tipo estratégia, proposta de ação, em saúde mental sendo desenvolvida na Unidade? Se sim, qual? Se, não por quê?
- G) Quando você encontra dificuldades ou entraves para com esta demanda, isto de algum modo é discutido com a equipe?

3. DESAFIOS QUE O CAMPO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA PROVOCA PARA OS TRABALHADORES:

A) Como é atender um PTM's no PSF?

- a. O que esse trabalho provoca em você; como te afeta; o que isso exige enquanto técnico;
- b. Encontra dificuldades para trabalhar com os PTM's; como lida com essas dificuldades; que mudanças nas práticas cotidianas têm que fazer para realizar estas atividades?

B) A partir deste encontros que vivenciou no serviço com PTM's?

- a. O programa saúde da família tem capacidade para atender a demanda em Saúde Mental;
- b. O que é viável ou não entre a Atenção Básica e a Saúde Mental; Você acha que esta demanda pode ser atendida aqui, se não PORQUE? E se sim, o que tem sido feito;

¹³ Ressaltamos que este era o título da dissertação na época da aplicação deste instrumento.

- c. Tem diferença em atender esta demanda em SM das outras demandas que chegam ao serviço; o que é diferente?

C) Você lembra de algum caso em saúde mental que mais te tocou ou marcou. Algumas situações, acontecimentos, momentos de dificuldades em relação aos encontros com os PTM's?

- a. Como você agiu/reagiu; como foi vivenciar isso; que sensações, pensamentos, imagens, lembranças você tem?
- b. De que forma lidou/lida com essas vivências? O que foi possível fazer ou como agiu nesse caso?

4. ACERCA DO SEU TRABALHO NA POLÍTICA DA ATENÇÃO BÁSICA, SAÚDE MENTAL, DO SERVIÇO E DA COMUNIDADE:

- A)** Como percebe seu trabalho dentro desta política da atenção básica, na ESF? Nesta Unidade, e na comunidade?
- B)** Em relação aos encontros que experienciou com os PTM'S, com suas família, como você os avalia?
- C)** Por fim, como é pra você falar de suas experiências aqui do serviço e/ou de suas experiências pessoais?