

CARLOS ALBERTO PEGOLO DA GAMA

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
As relações entre a subjetividade e o território**

CAMPINAS - SP

UNICAMP

FEVEREIRO DE 2011

CARLOS ALBERTO PEGOLO DA GAMA

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
As Relações entre a subjetividade e o território**

Tese de doutorado

Pós-graduação em Saúde Coletiva

Departamento de Medicina Preventiva e Social

Faculdade de Ciências Médicas

Universidade Estadual de Campinas

**Orientadora: Profa. Dra.
Rosana T. Onocko Campos**

Departamento de Medicina Preventiva e
Social/FCM/UNICAMP

Campinas - SP

Fevereiro de 2011

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Rosana Evangelista Poderoso – CRB-8ª / 6652

Gama, Carlos Alberto Pegolo da

G14s Saúde mental na atenção básica: as relações entre a subjetividade e o território / Carlos Alberto Pagolo da Gama. Campinas, SP : [s.n.], 2011.

Orientador : Rosana Teresa Onocko Campos

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Atenção básica a saúde. 3. Programa de saúde da família. I. Campos, Rosana Teresa Onocko. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : Mental health in basic attention: the relationship between subjectivity and territory

Keywords: • Mental health
• Primary health
• Family health program

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva
Área de concentração: Saúde Coletiva

Banca examinadora:
Prof^ª. Dr^ª. Rosana Teresa Onocko Campos
Prof^ª. Dr^ª. Lilian Miranda

Prof^ª. Dr^ª. Solange L'Abbate
Prof^o. Dr^o. Benilton Carlos Bezerra Júnior

Prof^ª. Dr^ª. Marilene de Castilho Sá

Data da defesa: 11-02-2011

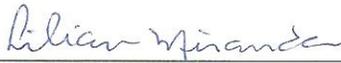
Banca examinadora de Tese de Doutorado

Aluno(a): Carlos Alberto Pegolo da Gama

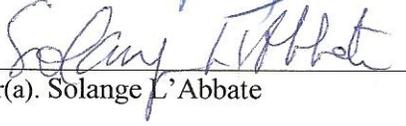
Orientador: **Prof.(a). Dr.(a).** Rosana Teresa Onocko Campos



Prof.(a). Dr(a) Rosana Teresa Onocko Campos



Prof.(a). Dr(a) Lilian Miranda



Prof.(a). Dr(a). Solange L'Abbate



Prof.(a). Dr(a). Benilton Carlos Bezerra
Júnior



Prof.(a). Dr(a). Marilene de Castilho Sá

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 11/02/2011

Mas como é que faz para sair da ilha?

Pela ponte, pela ponte

A ponte não é de concreto, não é de ferro, não é de cimento

A ponte é até onde vai o meu pensamento

A ponte não é para ir nem para voltar

A ponte é somente pra atravessar

Caminhar sobre as águas deste momento.

Lenine

AGRADECIMENTOS

Aos trabalhadores da Atenção Básica do município de Campinas que participaram com muito interesse dos grupos focais e deram uma contribuição valiosa para o aprofundamento das questões discutidas neste trabalho.

Aos integrantes do grupo de pesquisa *Saúde Coletiva e Saúde Mental: interfaces* pelo cotidiano de trabalho marcado pelo companheirismo e pelas trocas no nível científico e pessoal.

À minha orientadora Rosana Onocko pelas discussões, pelo apoio e pela oferta de diversos espaços de pesquisa e reflexão na área de Saúde Mental que foram fundamentais na minha formação.

Às professoras Lilian Miranda e Eloisa Rubello Valler Celeri , pelas sugestões feitas durante a qualificação que foram muito importantes para o desenvolvimento e aprofundamento das questões trabalhadas nesta tese.

Aos professores Benilton Carlos Bezerra Júnior, Marilene de Castilho Sá, Solange L'Abbate e Lilian Miranda por aceitarem o convite de compor a banca de defesa desta tese.

Ao professor Gastão Wagner de Souza Campos pelas grandes contribuições na área de Saúde Pública e pela generosidade com que compartilha este saber.

À Mirna Koda pelas contribuições no momento da concepção deste projeto.

À Capes que, através de uma bolsa de estudos, possibilitou o estágio em Montreal.

À Paula Brum, Diana Gagnon, Lisa Benisty e Lorraine Guay pela acolhida e pelo apoio em minha estadia em Montreal.

À professora Lourdes Rodriguez Del Barrio pela disponibilidade em me receber na Universidade de Montreal abrindo as portas e promovendo a integração de saberes.

Ao Fernando Pires pelas discussões intermináveis sobre política e saúde pública.

Ao Thiago e ao Bruno companheiros para todas as batalhas.

À Ana Luiza pelo apoio e disponibilidade em todas as situações.

À Sandra Aquino e Inês Bustamante pelo apoio e pela convivência diária.

Ao meu pai Ulrico e à minha mãe Azélia por estarem sempre presentes.

À minha filha Luisa pela curiosidade e alegria que demonstra cotidianamente, eterna fonte de inspiração.

RESUMO

Saúde Mental na Atenção Básica- As relações entre a subjetividade e o território

O presente estudo tem como objetivo investigar quais as concepções que os profissionais da atenção básica têm a respeito da relação entre saúde mental e território e do processo de implantação da saúde de mental no território. Este processo é bastante complexo e inclui as concepções sobre o que significa saúde mental na atenção básica, o que é um problema de saúde mental, como se configura a demanda de saúde mental, como deve ser atendida e qual o objetivo deste atendimento. Primeiramente realizamos uma pesquisa bibliográfica sobre a saúde mental na atenção básica, em seguida apresentamos algumas concepções a respeito do conceito de território e introduzimos alguns conceitos psicanalíticos relacionados à constituição psíquica do sujeito e ao desamparo. Partimos do pressuposto que o território tem a função de suporte da subjetividade. A coleta de dados foi realizada através de seis grupos focais com trabalhadores da Atenção Básica da rede de saúde da cidade de Campinas. Estes grupos foram áudio-gravados, transcritos e organizados utilizando o referencial da hermenêutica-crítica. Do trabalho de análise dos dados emergiram três categorias: O conhecimento dos trabalhadores a respeito da população, Subjetividade e precariedade do social – demanda da saúde mental e As respostas ao sofrimento psíquico. Constatou-se que a Estratégia de Saúde da Família por privilegiar o território propicia uma maior vinculação e abre novas possibilidades de intervenção, no entanto provoca também uma série de resistências. Os trabalhadores reconhecem a ligação entre a demanda de saúde mental e a vulnerabilidade social e desenvolvem algumas práticas e dispositivos para lidar com a questão. Reconhecem o uso excessivo da medicação como resposta ao sofrimento e ao desamparo, mas ao mesmo tempo constata-se novos olhares sobre o sofrimento mental, novos dispositivos de intervenção e a construção de lugares no social que propiciam a elaboração e tratamento do sofrimento mental. O matriciamento aparece como um dispositivo com potência para auxiliar no avanço das discussões e implantação da saúde mental na atenção primária, no entanto sua implantação ainda é inicial.

PALAVRAS CHAVES: Atenção Básica à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

Mental Health in Basic Attention- the relationships between subjectivity and territory.

This study aims to investigate what conceptions the basic health attention professionals have about the relationship between mental health and territory and about the deployment process of mental health within the territory. This process is very complex and includes notions about what means mental health in basic attention, what a mental health problem is, how to configure the demand for mental health, how it should be attended and what is the purpose of this attendance. First we performed a bibliography research about mental health in basic attention, then present some conceptions about the concept of territory and introduce some psychoanalytic concepts related to psychological constitution and helplessness. We assume that the territory has the support role of subjectivity. Data collection was performed by six focal groups with professionals of the Basic Attention network health of the city of Campinas. These groups were audio-recorded, transcribed and organized using the reference of the critical hermeneutics. From the work of analyzing the data emerged three categories: Workers knowledge about the population, Subjectivity and social precariousness – mental health demand and Psychological pain responses. It was found that the Family Health Strategy of privileging the territory propitiates a greater linking and opens new possibilities for intervention, however it also provokes a series of resistances. Workers recognize the link between the demand for mental health and social vulnerability and develop some practices and devices to deal with the issue. They recognize the excessive use of medication in response to suffering and helplessness, but at the same time appear new perspectives on mental suffering, new devices for intervention and the social construction of places that propitiate the development and treatment of mental suffering. The matrix appears as a powerful device to assist in advancing the discussion and implementation of mental health in primary care, however its implementation is still incipient.

KEYWORDS: Health Basic Attention, Primary Care Attention, Mental Health, Family Health Program .

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
AS	Assistente Social
AUX. ENF.	Auxiliar de Enfermagem
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CS	Centro de Saúde
ENF	Enfermeiro(a)
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MED	Médico(a)
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSIC	Psicólogo (a)
PSIQ	Psiquiatra
PSF	Programa de Saúde da Família
RS	Reforma Sanitária
RP	Reforma Psiquiátrica
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtornos Mentais Comum
TO	Terapeuta Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

RESUMO	xiii
ABSTRACT	xv
1 – INTRODUÇÃO	23
1.1 - A ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – O MODELO DE ATENÇÃO	25
1.2 - A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL	28
1.3 - A APROXIMAÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA	33
1.3.1- O conceito de saúde mental	33
1.3.2 - A proposta do Ministério para a “Saúde mental na atenção Básica”	36
1.3.3 - Epidemiologia da Atenção Básica	42
1.3.4 – A implementação do modelo de Saúde Mental na Atenção Básica	50
1.4 - DESIGUALDADE SOCIAL E VULNERABILIDADE	58
1.5 - SUBJETIVIDADE E TERRITÓRIO	64
1.6 - DESAMPARO E APOIO PSÍQUICO	77
2 - METODOLOGIA	86
2.1 - INTRODUÇÃO	86
2.2 - A HERMENÊUTICA NA CONCEPÇÃO DE GADAMER.....	91
2.3 - A “PESQUISA MAIOR”	95
2.3.1- Aspectos metodológicos	95
2.3.1.1- Objetivo Geral (pesquisa maior)	95
2.3.1.2 - Reconhecimento do campo	95
2.3.1.3 - Os trabalhadores da atenção básica em Campinas	97
2.3.1.4 – Coleta de dados qualitativos: Grupos Focais	98

2.4 - PESQUISA – SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA- AS RELAÇÕES ENTRE O TERRITÓRIO E O PSIQUISMO.....	101
2.4.1 - Objetivos	101
2.4.1.1-Objetivo geral.....	101
2.4.1.2 – Objetivos específicos.....	101
2.4.2 - Tratamento e interpretação dos dados	102
3 - ANÁLISE DOS DADOS.....	104
3.1 - O CONHECIMENTO DOS TRABALHADORES A RESPEITO DA POPULAÇÃO.	105
3.2 - SUBJETIVIDADE E PRECARIIDADE DO SOCIAL – DEMANDA DA SAÚDE MENTAL.....	117
3.3 – AS RESPOSTAS AO SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	131
3.3.1- A medicação como resposta ao sofrimento e ao desamparo	131
3.3.2 - O trabalho no território como possibilitador de um novo olhar	136
3.3.3 - Novos dispositivos de atenção – Alguns Avanços.....	139
3.3.4 - Organização do espaço – Produção de um lugar.....	149
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	153
5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	167
6 - ANEXOS	185

1 – INTRODUÇÃO

A escolha do tema da pesquisa, Saúde Mental na Atenção Básica, está relacionada a algumas questões com que me deparo em diferentes situações no trabalho na área da saúde. Sabemos que as escolhas de maneira geral e também nas pesquisas, possuem relação com questões internas dos pesquisadores. No meu caso, particularmente, o trabalho com a saúde e a pesquisa nesta área, tem se configurado como uma espécie de militância, no sentido de poder contribuir para a ocorrência de transformações sociais e políticas numa época em que a participação está fora de moda.

Meu percurso na área se inicia, logo após a graduação no curso de psicologia, como trabalhador do SUS, numa unidade do PSF da região norte de Campinas/SP com a função de Psicólogo Clínico. Nesta mesma época, realizei também meu mestrado na PUC de São Paulo, na área de Psicologia Clínica, onde trabalhei com o quadro clínico da Agorafobia. Esta pesquisa foi motivada pelos inúmeros casos relacionados a crises de angústia, pânico e fobias, que cotidianamente demandavam minha atenção. No processo de desenvolvimento da dissertação fui elaborando a hipótese de que o “medo da Ágora” relacionava-se a certa dificuldade que determinados sujeitos encontram em se posicionar frente ao social e sustentar um lugar que leve em conta as singularidades do desejo. De certa forma, esta percepção abriu espaço para um olhar mais ampliado a respeito do processo de adoecimento psíquico e do reconhecimento de lugares de sustentação psíquica situados no exterior.

Juntamente com esta experiência/reflexão clínica, vivenciei como profissional/trabalhador do SUS uma série de transformações que ocorreram na Área da Saúde de Campinas durante a implantação do Projeto Paidéia (Campos, 2003). Aproveitando a proposta ministerial de transformação do modelo de atenção com a implantação do Programa de Saúde da Família, os gestores de Campinas propuseram transformações radicais no modelo, incorporando propostas do programa Saúde da Família, mas no entanto, introduzindo uma série de outros arranjos na maneira de fazer saúde.

Paralelamente, iniciei minha carreira docente, na área de psicologia social, problematizando as relações entre o individual e o coletivo, a estruturação do social, as

instituições e a produção da subjetividade na contemporaneidade. Estas reflexões estavam baseadas em autores de origem marxista, outros da psicanálise, psicanálise de grupos, análise institucional e psicossociologia.

Refletir sobre a Saúde Mental na Atenção Básica é uma tarefa bastante complexa pois é um campo bastante amplo que comporta diversos elementos, extrapolando a questão da assistência, incluindo aspectos da organização sócio cultural e psíquica que sustenta estas relações. Significa de um lado, identificar os pacientes que possuem problemas já instalados e que apresentam um grau de sofrimento que justifica uma intervenção mais especializada. Há necessidade de uma organização da rede para lidar com estes casos e principalmente a definição de quem vai se responsabilizar por eles. No entanto, entendemos que a Saúde Mental na Atenção básica vai além desta questão. A Saúde Mental faz parte de todas as ações de saúde. A separação entre Saúde Mental e Saúde Geral é fruto de uma certa dissociação que está presente e que é ligada a separação mente-corpo característica do modelo cartesiano. Vemos a necessidade de uma aproximação mais estrutural, de forma que os profissionais que possuam uma formação mais profunda em Saúde Mental possam dialogar com o restante da equipe problematizando esta dissociação e fornecendo elementos que possibilitem uma visão mais integrada da saúde. A Atenção Básica é um campo de conhecimentos e práticas que vai interagir com os diversos atores do território produzindo transformações mas também se transformando. A ampliação da clínica relacionada aos trabalhos nas instituições e no território vai exigir uma reconfiguração das práticas e conseqüentemente do campo teórico. O conceito de promoção da saúde vai trazer uma série de questões para o campo da saúde mental forçando uma aproximação com a saúde mais geral.

Este projeto de doutorado é uma tentativa de juntar tudo isto. A maneira que encontrei para iniciar este processo foi resgatar o conceito de “território”, partindo do pressuposto teórico de que o território é suporte da subjetividade. A Atenção Básica, enquanto parte integrante do território fará parte deste suporte e as demandas a ela dirigidas estarão contaminadas por esta função. Entender esta questão é muito importante, pois este entendimento ajudará na ampliação do olhar a respeito da importância da atenção básica na saúde psíquica da população e permitirá o aparecimento ou reconhecimento de certas práticas fundamentais para a implementação de um modelo de saúde mental.

1.1 - A ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – O MODELO DE ATENÇÃO

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) foi sendo construído no decorrer do século XX. A Conferência Internacional de Alma-Ata (OPAS, 1978) sobre cuidados primários em saúde é considerada um marco neste processo, pois sistematiza, consolida e transforma em propostas de políticas públicas, diversas teorias e práticas oriundas de experiências de diversos países. A declaração de Alma-Ata definiu que a APS focalizaria os principais problemas da comunidade nos níveis preventivo, curativo, reabilitativo e de promoção da saúde.

De acordo com Andrade et al. (2006) pode-se conceituar APS da seguinte forma:

... pode ser compreendida como uma tendência relativamente recente, de se inverter a priorização das ações em saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde. (p.786)

No Brasil, estas idéias tiveram penetração entre os formuladores das políticas públicas e estiveram presente na concepção do Sistema Único de Saúde aprovado na constituição de 1988. A Atenção Básica aparece como eixo estruturante do sistema, pois, além de ser porta de entrada, gerencia os encaminhamentos, coordena e integra o trabalho realizado por outros níveis de atenção, outros equipamentos ou por terceiros e acompanha de maneira longitudinal a saúde do sujeito durante a vida. Ela organiza e racionaliza a utilização dos recursos tanto do nível básico quanto das especialidades.

É importante destacarmos que a construção de um sistema de saúde da magnitude do SUS está sujeita a influências decorrentes do sistema político-social-econômico vigente no país. Desta forma, a construção de um modelo de atenção requer articulação entre diferentes fatores tais como concepção saúde-doença, concepção de mundo dos formuladores da política, conjunto de práticas e tecnologias disponíveis, etc.

Andrade et al. (2006) citando Vuori (1984) aponta diferentes modelos de atenção com diferenças substanciais na oferta de serviços à população. Ele propõe quatro enfoques que vão desde a oferta de um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar desafios em saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento, até enfoques com uma concepção mais politizada e uma concepção do processo saúde-doença mais complexa. O enfoque que mais se aproxima do modelo brasileiro é denominado de Alma-Ata com APS Ampliada:

A Declaração de Alma-Ata define a APS como um primeiro nível amplo e integrado, que inclui elementos como a participação comunitária, coordenação intersetorial, e descansa em uma variedade de trabalhadores de saúde e praticante das medicinas tradicionais. Inclui os seguintes princípios: resposta aos principais determinantes da saúde; cobertura e acessibilidade universal segundo a necessidade; autocuidado e participação individual e comunitária; ação intersetorial pela saúde; tecnologia apropriada e custo-efetividade em relação aos recursos disponíveis. (Andrade et al, 2006, p. 788)

A Atenção primária vinha sendo implementada no país através das Unidades Básicas de Saúde que representavam o início da verdadeira descentralização e universalização do sistema de saúde. No entanto, as práticas de saúde nestas unidades ainda permaneciam muito medicocentradas, curativas e descontextualizadas, estabelecendo relações muito hierarquizadas com a população.

A partir de 1994, o Ministério da Saúde adota o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para a atenção básica. O PSF torna-se o eixo estruturante dos sistemas municipais de saúde visando reordenar e promover a transformação do modelo tradicional de atenção à saúde buscando maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais. Tal programa é operacionalizado através da implantação de equipes multidisciplinares em unidades básicas que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias de uma área geográfica delimitada. O PSF aposta na aproximação da saúde com a comunidade e destaca a importância do vínculo nas ações de saúde. As equipes desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. O trabalho no território é muito valorizado principalmente pela participação do Agente Comunitário de Saúde. Dados do

Ministério da Saúde (2010) indicam que já foram implantadas 30.600 Equipes de Saúde da Família em 5.125 municípios alcançando 46,6% de cobertura da população brasileira que corresponde a cerca de 87,7 milhões de pessoas.

A implantação deste modelo encontra desafios e dificuldades relacionados principalmente à capacitação do profissional que atua diretamente no território. É importante salientar que o profissional da Saúde Mental não faz parte da equipe mínima do PSF.

No capítulo 4 discutiremos a proposta do Ministério da Saúde para trabalhar a Saúde Mental na Atenção Básica que está ligada à implantação dos Núcleos Apoio a Saúde da Família (NASF).

1.2 - A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL

A Reforma Psiquiátrica brasileira também se inicia na década de 70 e insere-se num movimento mais amplo de diversos países de mudança e superação do modelo asilar, isto é, a desinstitucionalização da psiquiatria, que vai mudar a ênfase do modelo de saúde mental: do hospital psiquiátrico para formas mais comunitárias de atenção à saúde mental.

Vasconcelos (1992) aponta as condições históricas que propiciariam, em diversas partes do mundo, mudanças na maneira de se conceber o tratamento da loucura e o início de um processo de desinstitucionalização: os contextos de guerra com o aumento de solidariedade e reabilitação dos soldados, momentos de escassez de mão de obra e revalorização do trabalho humano, processos de transição demográfica com o aumento da população idosa, conjunturas políticas de democratização e processos sociais de afirmação dos direitos civis e políticos, desenvolvimento de sistemas maciços de bem estar social, políticas neoliberais de desinvestimento em políticas públicas que induzem desospitalização em função do custo, mudanças teóricas e práticas no campo “psi”, desenvolvimento de terapias farmacológicas a partir dos anos 50 e modernização e humanização de setores da corporação médica. Todos estes fatores foram contribuindo para a criação de uma atmosfera favorável de mudanças.

No plano internacional podemos destacar, a partir da II Guerra mundial, alguns movimentos que, com diferentes intensidades, buscam uma ressignificação da Psiquiatria e uma transformação do modelo asilar tradicional. Na Inglaterra temos a proposta das Comunidades Terapêuticas e o movimento das Psicoterapias de Grupo, na França o movimento de Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, as Psiquiatrias Comunitária e Preventiva nos EUA e na Itália o Movimento de Desinstitucionalização (Amarante, 1999).

No Brasil este movimento envolve diversos atores e instituições, constituindo-se como um processo político e social complexo que provoca transformações das práticas, dos saberes e dos valores relacionados ao tratamento dos problemas mentais.

Furtado e Onocko Campos (2005) afirmam que apesar de serem contemporâneos, o Movimento da Reforma Psiquiátrica e o Movimento da Reforma Sanitária apresentam sensíveis diferenças:

Enquanto o Movimento da Reforma Sanitária optou pela ocupação de postos estratégicos no aparelho estatal, o da Reforma Psiquiátrica priorizou o estabelecimento de articulações intersetoriais, a inclusão de familiares e usuários e toda uma sorte de fóruns, associações, manifestações públicas, que em muito contribuíram para que a iniciativa viesse a extrapolar o setor de saúde, contando com a decisiva adesão de outros segmentos da sociedade. (p.111)

Na década de 70, assistimos a formação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que nasce sem ligações com o aparelho de Estado. No início, seus objetivos estavam centrados nas denúncias a respeito da indústria da loucura e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos. Em seguida, inicia-se um processo de pressão para a redução e não criação de novos leitos psiquiátricos e expansão da rede ambulatorial com equipes multiprofissionais em saúde. A partir da década de 80 o movimento vai incorporando avanços nos seus objetivos estratégicos, tendo como influência o movimento de Psiquiatria Democrática da Itália proposto por Basaglia. Nasce o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) que parte do princípio que o termo manicomial não diz respeito unicamente à instituição Hospital Psiquiátrico, mas ao próprio funcionamento social que sustenta esse tipo de instituição, assim como às relações de exclusão e de estigma. A questão da cidadania ganha lugar central no movimento. As ações visam à desconstrução de um modelo caracterizado como hospital-cêntrico e manicomial e construção de um modelo de cuidados pautado no território com equipamentos substitutivos (Koda 2002; Vasconcelos 2008; Amarante 1999, 2003).

Amarante (1999) aponta a complexidade deste projeto estabelecendo quatro campos de intervenção: O campo teórico-conceitual que se relaciona ao processo de desconstrução e reconstrução de conceitos básicos da psiquiatria; o campo técnico-assistencial relacionado à construção de uma rede de serviços substitutiva ao modelo anterior; o campo jurídico-político vinculado ao processo de revisão das legislações civil, penal e sanitária e o

campo sócio-cultural com o objetivo de transformar o imaginário social relacionado à loucura/doença mental.

Este movimento que tem participação dos profissionais de saúde mental, dos usuários e dos familiares consegue, através de muita pressão no Congresso, aprovar a lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001, chamada lei Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

No plano internacional, a Declaração de Caracas (1990) vai defender a permanência do usuário no território de origem através de equipamentos substitutivos descentralizados e territorializados integrados com redes sociais. Propõe a reestruturação da atenção psiquiátrica e sua vinculação com a Atenção Básica.

No início da década de 80, várias cidades brasileiras começaram a implantar Ambulatórios de Saúde Mental para atender as diversas demandas. No entanto, o próprio Movimento da Reforma Psiquiátrica critica este modelo que é desterritorializado, estruturado em especialidades, oferecendo atendimento muito individualizado e descontextualizado. Uma parte destes ambulatórios foi substituída pelos CAPS e o restante continua operando tendo como característica longas filas de espera para consultas e terapia individual.

Aos poucos, a partir da década de 90, começa a implantação dos Equipamentos substitutivos que são os Centros de Atenção Psicossocial, as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência, as Oficinas de Trabalho e as Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral. Percebe-se que vai ocorrendo uma inversão nos gastos em saúde mental, transferindo o financiamento do hospital para os equipamentos substitutivos. Em 1997, do total de gastos destinados à saúde mental, 93,14% era destinado ao pagamento de internações psiquiátricas. Passados treze anos, inverteram-se os gastos, sendo que 67,71% são destinados ao financiamento dos equipamentos substitutivos (Ministério da Saúde, 2010): A rede de CAPS, por exemplo, possuía 424 unidades em 2002 e passou para 1541 em 2006.

Dentre os equipamentos substitutivos, os CAPS são considerados fundamentais no processo de implantação do novo modelo (Ministério da Saúde, 2003):

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc. Os CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. (Ministério da Saúde; 2003, pag2)

Este modelo de atenção estruturado a partir dos equipamentos substitutivos parece estar consolidado dentro das políticas públicas. Recentemente identificamos ações do Ministério da Saúde no sentido de avaliar (Onocko Campos e Furtado, 2005) este processo e propor alternativas para fragilidades identificadas no modelo.

No ano de 2007, *The Lancet* (2007), uma das mais importantes revistas científicas na área médica publicou uma série intitulada “Global mental health”, que contém artigos discutindo a importância dos problemas de saúde mental para a saúde em geral, a prevenção, as propostas de tratamento, os obstáculos para a implementação, os recursos disponíveis e a necessidade de maior investimento na área de saúde mental. Os artigos têm uma preocupação especial com os países em desenvolvimento. Jacob et al. (2007), discutem no artigo intitulado “Mental health systems in countries: where are we now?”, o caso brasileiro que é considerado um modelo a ser seguido pelos países em desenvolvimento:

The change in policy and the strengthening of manpower has resulted in a major reform of the mental health system, changes in the delivery of care, widened accessibility to essential psychotropic medication, provision for care in the community, and provision of universal coverage and free access to a network of services. Political reforms in the country and commitment of the health

professionals to provide care in the primary health-care system were the main facilitators for its success. Nevertheless, many hurdles need to be overcome. Unequal distribution and coverage of community services across regions and the government's failure to increase resources for mental health care remain major challenges. The effect of changes in policy on mental health-care delivery across Brazil need to be regularly assessed to improve and fine-tune the system. (p. 1072)

1.3 - A APROXIMAÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA

1.3.1- O conceito de saúde mental

A definição de saúde de uma pessoa ou da população é sempre uma tarefa complicada. A definição proposta pela OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças” tem sido alvo de inúmeras críticas, pois definir a saúde como um estado de completo bem-estar faz com que a saúde seja algo ideal, inatingível. Outros autores sustentam ainda que a definição teria possibilitado uma medicalização da existência humana, assim como abusos por parte do Estado a título de promoção de saúde (OMS, 2001).

Caponi (2003), baseada nas idéias de Canguilem (1990) defende a idéia de que além deste caráter utópico e subjetivo a definição da OMS permite a utilização do conceito para legitimar estratégias de controle e exclusão de tudo aquilo que consideramos como fora do normal, indesejado ou perigoso:

A partir do momento que se afirma o bem estar como valor – físico, psíquico e social-, reconhece-se como pertencente ao âmbito da saúde tudo aquilo que, em uma sociedade e em um momento histórico preciso, nós qualificamos de positivo- aquilo que produz ou deveria produzir uma sensação de bem estar , aquilo que se inscreve no espaço da normalidade: a laborosidade, a convivência social, a vida familiar, o controle dos excessos. Ao fazê-lo, se desqualificará inevitavelmente, como um desvalor, como o reverso patológico e doentio de tudo aquilo que se apresente como perigoso, indesejado ou que simplesmente é considerado como um mal. (p. 67).

O conceito de saúde tende a se confundir com o conceito de frequência. Há uma aproximação entre saúde e normalidade, sendo que são construídos instrumentos de medição que atribuem parâmetros “científicos” que vão definir este intervalo. Estes

instrumentos na maioria das vezes são escalas construídas a partir de questionários sobre o problema em questão. As respostas que tem mais frequência são consideradas o padrão de normalidade e o “anormal” situa-se nas bordas da curva de normalidade. Esta lógica de construção faz com que qualquer expressão diferente ou discordante das respostas mais freqüentes, sejam consideradas “patológicas” o que não é necessariamente verdade.

Canguilhem (1990) mostrou em “O Normal e o Patológico” que a medicina explica suas enfermidades como desvios em relação a uma média estatística que indica a freqüência deste fenômeno na população em geral, sendo o tratamento um processo de normalização.

Canguilhem (1990) afirma:

A atribuição de um valor de “normal” às constantes cujo conteúdo é determinado cientificamente pela fisiologia reflete a relação da ciência da vida com a atividade normativa da vida e, no que se refere à ciência da vida humana, com as técnicas biológicas de produção e de instauração do normal, mais especificamente com a medicina. (pag 176)

Caponi (2003) afirma que o conceito de normal é duplo, isto é, de um lado se refere a média estatística e de outro transforma-se num conceito valorativo ligado ao que é considerado desejável em um determinado momento histórico numa determinada sociedade:

É preciso lembrar que a normalização das condutas e dos estilos de vida faz parte do próprio nascimento da medicina social. Desde o seu início, o âmbito do público e o âmbito do privado começaram a misturar suas fronteiras, fazendo com que as políticas de saúde se convertessem em intervenções, muitas vezes coercitivas, sobre a vida privada de sujeitos considerados “promíscuos”, “alienados” ou simplesmente “irresponsáveis”. Ao falar do corpo como um produto, devemos considerar a complexidade dessa distinção aparentemente trivial – basta pensar nas políticas de vacinação-, pois até hoje parece existir uma falta de simetria entre as intervenções que privilegiam um ou outro desses âmbitos. Tudo parece indicar que é mais simples normalizar condutas do que transformar condições perversas de existência. (p. 64)

A existência de uma pessoa inclui os erros, os fracassos, as privações, as opções de vida, os desejos, as angústias existenciais, os desafios e as contradições. Quando criamos um conceito de saúde que impede uma conexão com a vida cotidiana, que exclui as oscilações, as possíveis aventuras e as escolhas singulares, relacionando qualquer afastamento da regra a uma espécie de crime e merecedor de um determinado castigo, estamos, ao contrário de produzir saúde, normatizando o comportamento. O discurso da saúde acaba deslizando para um discurso jurídico e tudo que pode ser considerado perigoso pode se tornar objeto de intervenção. Esta ação não é mais entendida como um movimento de exclusão, mas ao contrário, é vista como uma atitude saudável de recuperação das pessoas e prevenção de riscos.

Assim, o conceito de saúde necessitaria ser ampliado, isto é, deveria englobar as possibilidades da vida incluindo aí a própria possibilidade de adoecimento. A análise poderia ficar mais centrada na capacidade de enfrentamento dos problemas. A idéia de saúde como abertura ao risco (Canguilhem 1990; Caponi, 2003) nos parece interessante, isto é, o indivíduo poderia, a partir do contato com o discurso científico a respeito dos riscos e das doenças, levar uma existência pautada por uma negociação interna, pessoal, a respeito das escolhas “saudáveis” que deseja realizar.

A definição de Saúde mental ou saúde psíquica é ainda mais complicada pois além de estar diretamente vinculada à questão do normal e do patológico vai envolver a complexa discussão a respeito da loucura e todos os estigmas ligados a ela.

Para Kaes (1991; 2005) a saúde psíquica estaria diretamente relacionada com a capacidade associativa, interpretativa, de elaboração e simbolização do psiquismo. Estaria ligada também a capacidade defazer laços sociais. Ele vai mostrar que as características da sociedade contemporânea vão exatamente dificultar estas operações, fragilizando o psiquismo do sujeito.

Nossa intenção é trabalhar com um conceito de saúde mental que possibilite uma certa liberdade ao sujeito de modo que ele possa dialogar com as diversas instâncias sociais (saúde, justiça, trabalho, etc) e com seus pares, sem submeter-se totalmente a um discurso normativo, restando um espaço para sua singularidade, para seu desejo aparecer. É importante destacarmos este aspecto de eterna criação e recriação das condições de manutenção da saúde mental do sujeito. Consideramos esta questão de vital importância

pois, a saúde mental na atenção básica pode facilmente se converter num programa higienista para controlar a vida da população de baixa renda.

1.3.2 - A proposta do Ministério para a “Saúde mental na atenção Básica”

Uma demanda importante relacionada à saúde mental chega diariamente na Atenção Básica, que é a porta de entrada do sistema de saúde, com a expectativa de que o profissional possa dar uma resposta ao sofrimento de forma rápida e eficaz. Todavia, uma série de fatores dificulta o acolhimento e tratamento do usuário. A falta de diretrizes por parte do Ministério da Saúde, a falta de preparo técnico do profissional, as precárias condições de trabalho, a falta de investimento por parte dos gestores, dentre outros, fazem com que a demanda de Saúde Mental não encontre uma escuta qualificada e muitas vezes seja tratada apenas com medicação, produzindo-se assim uma medicalização do sofrimento.

A criação do Programa, depois Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido apontada como um modo de promover a transformação do modelo tradicional de atenção à Saúde, valorizando o trabalho multidisciplinar, buscando aproximar as ações do território, fortalecendo o vínculo entre equipe de saúde e população, o trabalho de prevenção de doenças e promoção da Saúde (Santana e Carmagnani, 2001). Entendemos esse espaço como estratégico para se fazer a aproximação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica, haja vista que existe uma comunidade de concepções e objetivos que facilitariam este processo.

Neste sentido, desde 2001 pode-se notar uma maior preocupação do Ministério da Saúde para enfrentar esta questão. Através de Oficinas, Seminários e participações em Congressos, há um início de debate a respeito de como se fazer esta aproximação. Em novembro de 2003, houve a edição de uma Circular Conjunta da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03, denominada “Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica”. Este documento começou a delinear algumas diretrizes para esta

aproximação, propondo o Apoio Matricial da Saúde Mental às Equipes da Atenção Básica, a Formação como estratégia prioritária e a Inclusão da Saúde Mental no Sistema de Informações da Atenção Básica. O modelo propõe uma rede de cuidados articulada ao território com parcerias intersetoriais, possibilitando intervenções transversais de outras políticas públicas.

Há uma aposta no acolhimento, estabelecimento de vínculos e incentivo à responsabilização compartilhada dos casos como forma de combater a lógica do encaminhamento. Os princípios fundamentais são: Noção de território, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania e construção da autonomia.

Outro ponto importante sobre esta questão é que as iniciativas do Ministério da Saúde com relação à saúde mental, sempre visaram municípios com população acima de 100.000 habitantes que representam 4,78% dos 5564 municípios brasileiros, sendo que 45,8% da população brasileira ficam fora deste critério. Assim, 95% dos municípios brasileiros devem utilizar outros arranjos, que não o CAPS para dar atendimento a demanda de saúde mental.

Recentemente, em janeiro de 2008, o Ministério da Saúde lançou a portaria 154 que criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a finalidade de ampliar a abrangência e a resolubilidade da Atenção à Saúde. O NASF pode ser considerado a primeira iniciativa no sentido de pensar a Saúde Mental na Atenção Básica incluindo todos os municípios. Os NASF serão formados por profissionais que não estão contemplados dentro da Equipe mínima da ESF, sendo destinados a fazer o matriciamento das equipes. A portaria determina que na equipe do NASF, pelo menos um profissional deve ser da área da saúde mental.

Os Núcleos de apoio à Saúde da Família não funcionarão como porta de entrada do sistema, mas, sim, apoiando os profissionais das Equipes de Saúde da Família no atendimento das demandas do território. A proposta tenta rever a prática do encaminhamento com base na referência/ contra-referência, objetivando um acompanhamento longitudinal. Cada Núcleo ficaria responsável por um número de unidades de ESF realizando apoio matricial e construindo articulações com os serviços de

referência existentes, tais como Caps, Centros de Reabilitação, Centros de Lazer e Esporte e com profissionais de serviços especializados.

Segundo Campos (2007), o apoio matricial é uma metodologia de trabalho que pretende oferecer tanto retaguarda assistencial como suporte técnico pedagógico às equipes de referência. Baseados na concepção deste autor, técnicos do ministério propuseram a seguinte definição:

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. (Brasil. Ministério da Saúde; 2003. p. 4)

Figueiredo e Onocko Campos (2009) afirmam que este arranjo tem como objetivo aumentar a resolutividade das ações de saúde, propondo um contato mais horizontal entre as áreas especializadas e a atenção básica.

A partir de discussões clínicas conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas concretas (consultas, visitas domiciliares, entre outras), os profissionais de Saúde Mental podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos. A responsabilização compartilhada pelos casos permite regular o fluxo de usuários nos serviços. Através do Apoio Matricial, torna-se possível distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada da Saúde Mental, a ser oferecida na própria unidade ou, de acordo com o risco e a gravidade, pelo CAPS da região de abrangência. Com isso, é possível evitar práticas que levam à “psiquiatrização” e à “medicalização” do sofrimento e, ao mesmo tempo, promover a equidade e o acesso, garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidadesde

cada usuário. Isso favorece a construção de novos dispositivos de atenção em resposta às diferentes necessidades dos usuários e a articulação entre os profissionais na elaboração de projetos terapêuticos pensados para cada situação singular. (p. 130)

O matriciamento é um dispositivo que tem a função de facilitar o contato e a transmissão de informações entre os diversos níveis do sistema e entre os diversos componentes da rede de cuidados do município. Para que ele ocorra, é necessário a existência de profissionais que possuam uma visão mais complexa da saúde tendo condições de contribuir para a ampliação do olhar dos trabalhadores da atenção básica.

Este processo de implantação da Saúde Mental na Atenção Primária ainda está em construção. Na cidade de Campinas, por exemplo, os gestores optaram por inserir profissionais da área de Saúde Mental (psicólogos, psiquiatras, Terapeutas Ocupacionais), nas equipes do PSF. Desta forma, a população conta com atendimentos destes profissionais no nível primário. Sabemos que a maioria dos municípios não fez esta opção por questões orçamentárias e não possuem uma retaguarda especializada para atendimento de casos de saúde mental. Assim, determinados casos que necessitam de um suporte especializado, mas não são considerados graves, ficam desassistidos. O desenho da rede de Saúde Mental de cada município dependerá de uma série de fatores relacionados aos recursos já existentes e as características singulares de cada localidade.

Apesar destas iniciativas do Ministério da Saúde, a aproximação entre Saúde Mental e Atenção Básica tem esbarrado em dificuldades relacionadas às particularidades do campo da Saúde Mental. A ESF propõe mudanças paradigmáticas na maneira de se conceber a relação do profissional com a população e com a questão saúde-doença. Estas mudanças são muito difíceis de serem realizadas porque implicam em uma cadeia de transformações que afetam desde concepções pessoais dos diversos agentes a respeito do problema até questões políticas mais amplas.

No nível individual, o tema saúde-doença envolve a mobilização muito grande de questões emocionais no profissional. Muitas vezes, o diagnóstico apressado, a conduta extremamente técnica e desumana, a medicalização de toda a queixa e a barreira ao contato pode obedecer a mecanismos de defesa contra identificações e angústias relacionadas ao tipo de trabalho.

Pode, também, ocorrer o contrário, uma abertura muito grande do profissional ao sofrimento vivenciado pelo usuário de forma que seja invadido pelo problema, não conseguindo manter uma distância que lhe permita certo discernimento a respeito da situação, perdendo assim a potência de sua intervenção. É comum encontrarmos equipes trabalhando cindidas, uma parte trabalhando os problemas físicos e outra responsável pelos problemas psíquicos. Há grande dificuldade de implantação do que é preconizado pelas políticas públicas. As práticas de Saúde Mental na Atenção Básica ainda estão muito vinculadas ao modelo biomédico, faltando preparo aos profissionais. Isto acarreta uma série de posturas inadequadas como práticas discriminatórias e preconceituosas com relação ao portador de sofrimento psíquico, ações moralistas, normatizadoras e repressivas, infantilização, etc.

Até mesmo os profissionais que têm formação específica na área da Saúde Mental como Psicólogos e Psiquiatras possuem dificuldades, que estão ligadas a própria formação acadêmica que tiveram, para atuar na Atenção Básica. A formação do psicólogo ainda está centrada numa clínica tradicional e elitizada com enquadre rígido, privilegiando aspectos individuais e curativos dando pouca evidência às questões sociais e de promoção da saúde (CFP, 1994).

A formação dos psiquiatras, com raras exceções, tem privilegiado o biológico com ênfase nas medicações. Os cursos técnicos e de graduação na maioria das vezes propõem conteúdos da Saúde Mental muito descontextualizados da Atenção Básica.

Valentini et al. (2004), afirmam:

Frequentemente, esses profissionais da rede de atenção primária à saúde aprenderam sobre temas relativos à psicologia e psicopatologia em situações clínicas muito distantes da prática de seu dia-a-dia. Na realidade, a maioria dos médicos no Brasil, e frequentemente em outros países, é treinada em hospitais e ambulatórios psiquiátricos, onde os problemas dos pacientes são totalmente diferentes daqueles encontrados na prática diária do centro de saúde. (p. 527)

Com relação à formação, os autores enfatizam a necessidade da formação técnica continuada a partir da vivência cotidiana nos serviços. A falta de capacitação de algumas categorias profissionais para lidar com os problemas de saúde mental vai produzir grande sofrimento psíquico e comprometer a resolutividade da intervenção. Muitas vezes os

profissionais que conseguem estar mais próximos dos pacientes da mental são os Agentes de Saúde que seriam, em tese, os menos capacitados para esta tarefa.

Os conhecimentos técnicos teriam, na nossa argumentação, duas funções produtoras de eficácia: uma específica na produção de saúde dos usuários, e outra importante na produção de saúde dos trabalhadores. Eles poderiam ser a mola da ampliação da clínica (Campos, 2003), do resgate da dimensão do cuidado, da melhora nos processos intersubjetivos de comunicação, etc. (Onocko Campos; 2005. p. 579)

Amarante (2003), enfatiza que a capacitação deve acontecer em duas dimensões: a técnico-assistencial e a epistemológica para que se possa atingir o campo sócio-cultural mais vasto.

As políticas e propostas de formação dos profissionais do SUS deveriam realizar uma aproximação constante entre as práticas dos serviços, às práticas de investigação e a reflexão teórica, isto é, uma aproximação entre os profissionais da Universidade, da Gestão e da Assistência. No documento norteador que vai dar as diretrizes para a Implementação da Política de Educação permanente no Estado de São Paulo temos a seguinte concepção:

De modo geral, a integração do profissional ao cotidiano dos Serviços de saúde se desenvolve na prática de competências, habilidades e conhecimentos acumulados no processo de formação profissional e de vida. Esse conjunto de acúmulos precisa de espaços para análise e reflexão, orientados a articular os saberes e renovar as capacidades de enfrentar as situações cada vez mais complexas nos processos de trabalho, frente à diversidade das profissões, dos usuários, das tecnologias, das relações, da organização de serviços e dos espaços. Portanto, eleger estratégias e modelos de capacitação renovados e aderidos aos contextos de trabalho e espaço de ação dos participantes, tende a diminuir o vácuo na formação dos profissionais frente a essa permanente reestruturação. (São Paulo, 2007, pag. 8)

Este mesmo documento vai recomendar que a proposta pedagógica deva partir de metodologias ativas e participativas levando em conta os aspectos concretos e práticos, contextualizando e problematizando situações cotidianas. Há uma preocupação de democratizar os espaços de trabalho, a busca de soluções criativas, desenvolvimento do trabalho em equipe e desenvolvimento da capacidade de aprender e ensinar a todos os

autores envolvidos. Na prática, há uma grande dificuldade por parte dos gestores de operacionalizar este tipo de proposta, seja por deficiência no planejamento, falta de recursos financeiros e mesmo falta de profissionais capacitados para implementar este processo.

1.3.3 - Epidemiologia da Atenção Básica

A demanda de Saúde Mental na Atenção Básica é muito grande e variada. Os estudos epidemiológicos são de grande importância para determinar a magnitude dos problemas de saúde mental e fundamentais na formulação de políticas públicas, na estruturação de serviços e no planejamento de programas de prevenção e tratamento.

Vários autores realizam pesquisas no sentido de traçar o Perfil Epidemiológico da população atendida pela atenção básica (Faustini et al., 2003; Costa et al., 2005; Palazzo et al., 2003; Borges et al., 2007; Ferrioli et al., 2007; Caputo et al., 2007; etc.)

Mari et al. (2007) afirmam que não há estudo representativo dos índices de prevalência de problemas mentais a nível nacional e que para se ter uma estimativa da dimensão do problema é necessário recorrer a várias pesquisas. Em uma das pesquisas citadas (Kessler et al., 1994) são utilizados os índices de doenças mentais (DM), doenças mentais severas (DMS) e doenças mentais persistentes (DMP) que são considerados úteis para o planejamento de serviços de atenção. A partir das estimativas de prevalência de um estudo realizado nos Estados Unidos, se fez uma transposição para a população brasileira sendo encontrados os índices de 24,2% para doença mental, 6,0% para DMS e 3,1% para DMP.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2003) aproximadamente 20% da população do país necessitaria de algum cuidado na área de saúde mental. Os transtornos mentais severos e persistentes¹ correspondem a 3% da população e necessitariam de cuidados contínuos; os transtornos menos graves² corresponderiam a 9% da população e

¹ Os transtornos mentais severos e persistentes são principalmente as psicoses e as neuroses graves, ou seja, os problemas que incapacitam e diminuem a autonomia do usuário. (Ministério da Saúde, 2003)

² Os transtornos menos graves corresponderiam aos problemas que provocam sofrimento psíquico mas não incapacita o sujeito, como os transtornos ansiosos, as fobias, depressões leves e moderadas, estresse pós traumático, etc (Ministério da Saúde, 2003)

demandariam cuidados eventuais e 8% da população apresentariam transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas necessitando de atendimento regular. Estes dados, que apontam a magnitude do problema, fazem-nos refletir a respeito da melhor maneira de garantir o acesso e tratamento desta população.

Uma característica importante presente nos estudos epidemiológicos da Atenção Básica é a aplicação de escalas para detecção de Transtorno Mental Comum, Sofrimento Difuso e Transtorno Psiquiátrico Menor. Estas denominações referem-se a configurações clínicas muito semelhantes ligadas a queixas somáticas inespecíficas como dores no corpo, mal estar, dores de cabeça, nervosismo, insônia, nem sempre classificáveis nas grandes síndromes psiquiátricas.

Maragno et al. (2006), pesquisam a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) numa unidade do PSF-Qualis na periferia de São Paulo. A definição de TMC utilizada é a seguinte:

se refere à situação de saúde de uma população com indivíduos que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10a Revisão), mas que apresentam sintomas proeminentes que trazem uma incapacitação funcional comparável ou até pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos. (p.1639)

Sofrimento Difuso é, segundo, Valla (2001):

um quadro que apresenta queixas somáticas inespecíficas, tais como dores de cabeça e no corpo, insônia, nervosismo, problemas gástricos e estados de mal-estar não classificáveis nos diagnósticos médicos ou psiquiátricos, cujas múltiplas raízes podem se encontrar nas relações sociais, familiares, laborativas ou econômicas.

Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008), explicam:

Os transtornos mentais comuns podem se apresentar através de múltiplos sintomas, tais como queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia,

nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento, falta de concentração, assim como uma infinidade de manifestações que poderiam se caracterizar como sintomas depressivos, ansiosos ou somatoformes. O continuum e a comorbidade entre essas três síndromes, assim como a indiferenciação entre alguns dos sintomas, faz do conceito de transtornos mentais comuns uma chave para que os estudos epidemiológicos possam capturar a prevalência dessas manifestações de sofrimento na comunidade ou em unidades de atenção básica, sem que necessariamente esse tipo de queixa preencha todos os critérios diagnósticos para os transtornos depressivos, transtornos ansiosos ou transtornos somatoformes, de acordo com as classificações do DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition) e do CID-10 (Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão). (Maragno et al., 2006).

Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008), afirmam que este tipo de queixa é uma das maiores demandas da Atenção Básica e de maneira freqüente não recebem tratamento. Esta demanda recebe classificações como: poliqueixosos, psicossomáticos, funcionais, psicofuncionais, histéricos e pitiáticos. Estes autores insistem na importância da capacitação dos profissionais da atenção básica para a compreensão destes quadros, pois muitas vezes portadores destas queixas são tratados de maneira preconceituosa. Apontam que a compreensão desta problemática vai além da individualização do problema, havendo necessidade de ampliação do foco para o contexto social, as condições sócio-econômicas, as relações sociais, etc.

Maragno et al. (2006) apontam que esta configuração clínica é subnotificada, pois tanto os usuários não procuram tratamento como, quando procuram, não recebem a devida atenção e tratamento adequado. A prevalência encontrada foi de 24,95% sendo que os grupos mais vulneráveis foram mulheres, idosos, baixa escolaridade e menor renda per capita. A relação entre incidência de transtornos mentais e classe econômica aparece em vários estudos (Fleck et al., 2002; Caprara e Rodrigues, 2004; Kronbauer e Meneghel, 2005).

Outro estudo citado por Mari et al. (2007), foi realizado na cidade de Pelotas RS e encontrou um índice de prevalência para Transtornos Mentais de 22,7% (Lima et al., 1996). Este estudo também verificou uma relação inversa entre ganhos, escolaridade e prevalência

dos transtornos emocionais. Barros (2005), estudando uma população de 3890 pessoas com 18 anos ou mais, verificou a prevalência de TMC de 17,4%.

Maragno et al. (2006), afirmam: “O principal achado deste trabalho é ter encontrado tanto nas áreas cobertas quanto nas áreas não cobertas pelo PSF uma associação significativa entre a ocorrência de casos suspeitos de TMC e os indicadores de desvantagem social”(pag 1644).

Kac et al. (2006), dizem que a relação inversa entre transtorno mental e classe econômica é um dos resultados mais consistentes dos estudos epidemiológicos populacionais e de atenção primária no Brasil.

Estes dados confirmam outras pesquisas internacionais que associam o baixo nível sócio econômico com um aumento dos problemas mentais. Outro fator importante a se considerar é que as adversidades duradouras e repetidas são muito prejudiciais ao desenvolvimento infantil. A acumulação de muitos fatores negativos ocorrendo simultaneamente contribui mais para o aparecimento de problemas mentais que a presença de fatores de estresse isolados, independente de sua magnitude. (Bordin e Pula, 2007).

Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008) afirmam que esta constatação não deve induzir a uma postura preconceituosa onde a população das periferias estariam condenadas a uma situação imutável e estática.

É preciso que se tenha em vista que os recursos e as potencialidades de quaisquer seres humanos, no nível individual, não podem ser capturados por números. Mas as vulnerabilidades de grupo e seus fatores associados sim. Os estudos epidemiológicos não visam condenar os pobres à doença, mas sim mostrar que algumas condições de vida podem vulnerabilizar as populações, inclusive para doenças não transmissíveis e não infecciosas, mas com potencial incapacitante equivalente a tais manifestações já reconhecidas pelo campo da Saúde Pública. (pag.290)

Bordin e Paula (2007) afirmam que existem dados escassos com relação à prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. Citam o estudo de Fleitlich e Goodman (2001) que realizaram pesquisa em Campos do Jordão, com crianças e adolescentes na faixa etária entre 7 e 14 anos. O estudo trabalhou com população de uma favela, com uma comunidade urbana estabelecida e uma comunidade rural. No total, 15%

dos sujeitos apresentaram problemas de saúde mental, no entanto, a população oriunda da favela apresentou 22%, da comunidade urbana 12% e da comunidade rural 12%.

Podemos citar Tanaka e Lauridsen-Ribeiro (2005) que realizaram um estudo comparativo entre os diagnósticos de Problemas de Saúde Mental (PSM), realizados pelos pediatras, e os prováveis PSM identificados por meio da aplicação de um questionário padronizado *Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência* (CBCL). Eles encontraram evidências de dificuldades por parte dos pediatras de reconhecer os PSM. Do total de crianças com escore clínico do CBCL, portanto com diagnóstico provável de PSM, apenas 25,3% foram identificadas com diagnóstico de PSM pelos pediatras. Foi constatado no estudo que os pais possuem uma percepção a respeito dos PSM nos filhos, mas não transmitem ao médico durante a consulta. As hipóteses levantadas para explicar este comportamento são tempo muito curto da consulta, desinteresse do médico, priorização de queixas somáticas e que os pais não acreditam que a consulta médica seria o espaço para esse tipo de queixa.

Neste estudo também foram realizadas entrevistas com os pediatras a respeito da concepção, reconhecimento e ação com relação aos PSM. A análise do material revelou diversas dificuldades dos profissionais: como definir a magnitude dos problemas encontrados, dificuldade de hierarquização das queixas em relação aos problemas biológicos tendo como conseqüência a valorização do problema orgânico em detrimento do psíquico, dificuldades pessoais em trabalhar com questões subjetivas. Os médicos reconheceram problemas na formação onde os aspectos psicológicos são relegados a um segundo plano.

Estes artigos, em sua maioria, realizam estudos transversais, que apontam a prevalência de determinado transtorno. São utilizados vários instrumentos quantitativos que são aplicados em determinada amostra e os resultados são tratados estatisticamente. A argumentação é toda construída a partir dos números obtidos e não se verifica questionamento a respeito dos instrumentos utilizados na pesquisa. Estes instrumentos, como já afirmamos, vão definir um padrão de normalidade (Canguilhem, 1990).

Uma reflexão importante sobre este modelo de pesquisa está relacionada aos objetivos e aos limites do conhecimento produzido pelos instrumentos estatísticos (escalas, testes, etc). Há uma tendência de se criar categorias mais abrangentes tais como Transtorno

Mental Comum, Morbidade Psiquiátrica Menor ou Sofrimento Mental Difuso, correndo-se o risco de patologizar todos os estados afetivos, o que não ajuda a organização da atenção ao problema mental. Muitas vezes, na tentativa de detectar precocemente determinado transtorno, há propostas de aplicação de testes em larga escala na população. Esta prática também merece uma reflexão aprofundada, pois se corre o risco de produzir estigmatização na população.

Esta tendência de ampliação (amplificação) da sensibilidade dos manuais diagnósticos de transtornos mentais é bastante controversa. Identificamos uma lógica presente no discurso de uma parcela dos profissionais que entende esta amplificação como ampliação e prevenção dos cuidados. Quando esta lógica é transposta para a atenção básica, pode se transformar numa psiquiatrização e psicologização dos transtornos mentais. O caso das pesquisas que envolvem os Transtornos Mentais Comuns é exemplar para ilustrar esta questão.

Sobre esta questão, Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008) afirmam:

Existem muitas críticas dirigidas ao conceito de transtornos mentais comuns. Alguns pesquisadores consideram que tal conceito propõe uma psiquiatrização e medicalização da vida. No entanto, para além da perspectiva medicalizante, se tal conceito for visto como um modo de apreender uma determinada manifestação de sofrimento e como uma categoria que torna possível a investigação, a pesquisa e as associações com variáveis sócio-demográficas, pode-se enxergar esse conceito como um instrumento que aponta para além da perspectiva medicalizante. Ao contrário de uma postura medicalizante, as pesquisas apontam para a conexão entre este tipo de manifestação de sofrimento e suas raízes psicossociais. (287)

Outros autores vão refletir mais profundamente a respeito do próprio sistema de classificação psiquiátrica, os chamados manuais como o DSM-IV e CID X.

Caponi (2009) vai afirmar que as classificações psiquiátricas modernas se referem a condutas, sentimentos e comportamentos de sujeitos sem redes sociais, não sendo levados em conta os vínculos, as relações pessoais, afetivas e de trabalho, na hora de se definir o diagnóstico.

La desconsideración de la necesaria y siempre particular interrelación individuo-medio, considerar a los sujetos como normales o patológicos independientemente de las frustraciones, infidelidades y riesgos que el médium impone a todo ser vivo (desde la ameba al hombre) conduce inevitablemente a inconsistencias y debilidades epistemológicas. (p. 332)

Pereira (2000) vai problematizar a própria concepção dos manuais de diagnósticos psiquiátricos como o DSM-IV e o CID-10. Ele identifica que na atualidade, a abordagem hegemônica privilegia a sintomatologia do paciente e está ligada a uma tentativa de se criar uma abordagem empírica, operacional e pragmática dos problemas mentais. Este movimento inicia-se na década de 70 por um grupo de psiquiatras americanos. No início, pretendia-se criar uma classificação das doenças mentais que permitisse a comunicação científica. Para tanto, esta abordagem deveria ser atórica e não teria pretensão de se constituir como uma psicopatologia. No entanto, o que observamos é um deslocamento deste enfoque inicial na medida em que, a partir de uma visão biologizante dos problemas mentais, o debate a respeito da etiologia das doenças fica restrito a como determinado quadro responde a certo tipo de medicação. Desta forma, o debate psicopatológico fica abolido em favor do diagnóstico. Toda a influência que a psicanálise exercia na psicopatologia até a década de 60, é substituída de maneira brusca pela influência da psicofarmacologia. Novas entidades nosológicas são criadas sem levar em consideração a dinâmica e estrutura da doença.

Russo e Venâncio (2006) vão apontar que as versões mais recentes destes manuais aboliram o chamado diagnóstico dimensional, que comportava uma espécie de continuidade entre os diversos quadros, não havendo fronteiras nitidamente demarcadas e rígidas sendo substituído por uma classificação onde as fronteiras fossem bem delimitadas e objetivas.

Isso se explica devido à forma como os sintomas eram concebidos: sendo expressões polimórficas de processos subjacentes (que ocorriam sob a superfície) – o mesmo sintoma, ou um determinado conjunto de sintomas poderia, em casos diferentes, estarem referidos a mecanismos diferentes. O inverso também podia ocorrer: sintomas diferentes eram referidos a um mesmo mecanismo subjacente. Os opositores desta visão “dimensional” argumentavam

que a falta de critérios objetivos para determinar as fronteiras entre as categorias diagnósticas levava a uma baixa confiabilidade do diagnóstico.

Pereira (2000) afirma que uma das conseqüências desta mudança é a constituição de um discurso hegemônico que delibera sobre a legitimidade das proposições neste campo. Assim, o suposto “ateorismo” destes manuais terminou por excluir do debate cientificamente autorizado todas as outras disciplinas como a fenomenologia, a psicanálise e a análise existencial.

Dessa forma, tradições importantes da abordagem do psicopatológico foram relegadas a um segundo plano justamente por não se adaptarem às exigências do tipo científico-naturais subjacentes às definições positivadas dos sistemas diagnósticos operacionais. Resulta desse estado de coisas, uma concepção cada vez mais naturalizada do padecimento mental, de modo que as dimensões históricas, culturais, subjetivas e existenciais nele implicadas, passam a ser vistas como irrelevantes ou como perigosamente inefáveis - meros resquícios de metafísica aguardando pela redução científica ao plano neurobiológico, único nível explicativo não-metafórico desses fenômenos. (p. 121)

Russo e Venâncio (2006) vão chamar atenção para a visão estritamente biológica articulada à hegemonia do tratamento farmacológico. Estes pesquisadores questionam se o crescimento desmesurado do número de categorias diagnósticas não tem estreita relação com a produção de novos medicamentos, isto é, um interesse econômico. No entanto, questionam também se este movimento de criação de novas classificações não este também relacionado a uma tentativa de produção de sentido. Esta hipótese é bastante interessante para nossa discussão, pois, o referencial teórico que estamos utilizando, relacionado à psicanálise de grupos, vai propor que a saúde psíquica está ligada a capacidade de elaboração e produção de sentido. Entendemos que este debate sobre a concepção e classificação do problema mental é de fundamental importância, pois nele está contida uma visão de adoecimento e de tratamento.

Assim, retomando nossa afirmação que os estudos epidemiológicos são importantes para o planejamento da atenção básica, devemos utilizá-los mas com uma leitura crítica que aponte as limitações destas informações.

1.3.4 – A implementação do modelo de Saúde Mental na Atenção Básica

Em pesquisa bibliográfica (Gama e Onocko Campos, 2009) realizada percebeu-se que a partir de 2004 há um aumento da quantidade de artigos que tratam do tema Saúde Mental na Atenção Básica. Este aumento parece estar relacionado ao fortalecimento das Políticas Públicas (Brasil, 2007b) de fechamento de leitos psiquiátricos por um lado e aumento dos Caps de outro. O reordenamento do cuidado à saúde mental dos casos graves parece ter conseqüências na atenção básica. O usuário do Caps começa a frequentar mais o território trazendo demandas para a Atenção Básica. Por outro lado, vai ficando cada vez mais claro a existência de uma lacuna no que diz respeito ao atendimento dos casos menos graves.

A maioria dos artigos não discute em profundidade o modelo de Atenção Básica implantado. Entendemos que a discussão a respeito do papel da atenção básica na área de saúde mental, precisa levar em conta alguns aspectos que estão além da identificação e tratamento dos usuários diagnosticados como sendo da saúde mental. É importante pensarmos que a atenção básica e, mais especificamente, a estratégia de saúde da família possuem características que facilitam um acompanhamento longitudinal da problemática do paciente. O fato de estar no território e possuir profissionais que têm um conhecimento da história, da dinâmica familiar, das condições de vida e de habitação, podem ser utilizados como potência para o tratamento ou pode se tornar instrumento de ampliação da estigmatização e controle da população. A ampliação da discussão, no sentido proposto por Campos (1992), introduzindo juntamente com a discussão técnica, outros elementos como a história familiar, as condições de moradia, a relação do sujeito com a doença, isto é, elementos que aproveitem a informação obtida no território para potencializar a intervenção é um caminho muito interessante, mas depende da capacitação das equipes, caso contrário diversos recursos serão desperdiçados.

Encontramos alguns artigos que tratam interface Saúde Mental e Atenção Básica (Amaral, 1997; Bezerra, 2007; Breda e Augusto, 2001; Lancman, 1997; Nunes et al. 2007) . Eles contextualizam o campo da Saúde Mental na Atenção Básica em relação à Reforma

Psiquiátrica e à Reforma Sanitária. Percebe-se que os autores reconhecem a importância da Saúde Mental na Atenção Básica e apontam a pequena quantidade de pesquisas na área.

Nunes et al., (2007) afirmam:

Já nos anos de 1970 e 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a magnitude dos problemas de saúde mental e admite a impossibilidade do seu cuidado ficar a cargo exclusivo de especialistas. Preconiza então a descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade. (p.2375)

Os autores partem da premissa que a Atenção básica seria resolutive para grande número de problemas em saúde mental e defendem ações preventivas e promocionais que seriam desenvolvidas principalmente na atenção básica. Eles inserem na discussão tanto os Caps e outros equipamentos substitutivos como também os PSFs. Apontam uma confluência entre os princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica e o PSF tais como os princípios da integralidade da atenção, da participação social, da ampliação do conceito saúde – doença, da interdisciplinaridade e da territorialização.

No entanto, em todos os textos constata-se um distanciamento entre o que é preconizado pelas políticas públicas e o que acontece na prática. No PSF as práticas de Saúde Mental ainda são incipientes, não conseguindo superar o modelo biomédico dominante, com profissionais despreparados para entender o universo da Saúde Mental. Afirmam que há um desconhecimento dos profissionais do PSF a respeito da Reforma Psiquiátrica. Esta falta de capacitação acarretaria uma série de posturas inadequadas tais como: ações normatizadoras e hospitalocêntricas; ações de cunho discriminatório, moralistas e repressivas; infantilização; medicalização do sofrimento psíquico; expectativas de comportamento agressivo, entre outras. Chamam atenção às dificuldades de tratar os problemas físicos dos pacientes com transtornos mentais. Apontam ainda que não existe uma estratégia no PSF para lidar com a Saúde Mental. A própria comunidade não identifica o PSF como um lugar para se tratar de problemas mentais. As Equipes se organizariam para tratar da demanda espontânea, não conseguindo organização para focalizar as prioridades baseadas em critérios de risco (Nunes et al., 2007).

Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008) vão apontar algumas dificuldades nesta integração relacionadas a diversas origens:

Falta de compreensão a respeito de códigos culturais diferentes para expressar o sofrimento, ausência de capacitações adequadas para as equipes, serviços e profissionais ainda aprisionados no modelo individual e fragmentado de atendimento, prioridade das políticas de saúde mental para as clientela consideradas graves, ausência de metodologias de cuidado e acolhimento para a clientela com queixas difusas.

Pesquisas recentes mostram que para os usuários portadores de Transtorno Mental Severo e Persistente, já existe no Brasil, uma política de saúde mental em andamento. Através dos equipamentos substitutivos, programas de transferência de renda como "volta para casa" e moradias protegidas, vai se construindo uma rede de proteção, tratamento e reinserção social (Onocko Campos e Furtado, 2005). No entanto, para os transtornos menos graves, percebe-se a ausência de uma política mais efetiva e o desafio de se construir uma rede de assistência competente, que tenha como horizonte a implantação de políticas públicas abrangentes na Saúde Mental. Na pesquisa avaliativa referida (Onocko Campos e Furtado, 2005) um dos pontos em destaque foi a dificuldade da integração entre os Caps e a Atenção Básica.

Outros artigos tratam dos “dispositivos” que são novas estratégias para se trabalhar a Saúde Mental. Campos (1999) citando Baremlitt (1992) define dispositivo da seguinte forma: “dispositivo é uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, atualiza virtualidades e inventa o novo Radical.”(pag 151). Assim, os dispositivos seriam as ferramentas que facilitariam mudanças na forma de intervir na Atenção Básica.

Estes dispositivos são: acolhimento³ (Ferri et al. 2007; Gomes e Pinheiro, 2005; Ramos e Lima, 2003; Takemoto e Silva, 2007; Schimith e Lima, 2004) e apoio matricial⁴ (Campos, 1999, Campos e Domitti, 2007). São trabalhados alguns temas como

³ O acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários (Merhy et al., 1994). O acolhimento pode ser definido segundo Silva jr & Mascarenhas(2004) como uma postura que pressupõe uma atitude da equipe que demonstre comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas demandas, através de uma relação de mútuo interesse.

⁴ O conceito de Apoio Matricial foi discutido na página 10.

subjetividade (Traverso-Yépez e Morais 2004) e humanização (Teixeira, 2005; Ferri et al. 2007) que estão intimamente ligados com os dispositivos citados.

No que diz respeito às relações entre profissionais e usuários, os artigos encontrados tratam das diversas dificuldades relacionadas à própria concepção saúde-doença e a reprodução de relações de poder entre classes sociais diferentes. Neste sentido, as relações de poder desiguais acontecem tanto no interior da equipe, como entre a equipe e os usuários. A prática médica apresenta características que dificultam a mudança de modelo, focando a atenção no sintoma e na doença, não priorizando uma escuta mais complexa que permita incorporar mais elementos da vida do usuário, a percepção dele a respeito da doença e o entendimento que ele tem a respeito de seu problema e o tratamento proposto. (Caprara e Rodrigues, 2004; Crevelim e Peduzzi, 2005; Onocko Campos 2005)

Outra discussão presente está ligada à possibilidade de participação dos usuários nas propostas e decisões da atenção básica. Os autores relatam que há uma tensão entre a proposta de democratização das relações e a reprodução das relações de poder entre saber técnico e saber popular.

Crevelim e Peduzzi (2005), afirmam:

No entanto observa-se que, no espaço não institucionalizado da participação da população no interior da equipe, ou seja, na relação direta e cotidiana do usuário e serviço e do usuário e trabalhador, o usuário está ausente do planejamento e da tomada de decisão. Ou seja, no plano assistencial e da construção do projeto assistencial comum, o trabalho em equipe está “para dentro” da equipe. Nesse sentido, reproduz-se o modelo de “pensar por”, “planejar por”, “decidir por”, ao invés de “pensar com”, “planejar com”, “decidir com” o usuário e a população. Nisto parece residir o grande conflito entre trabalhadores e conselhos, pois a população é chamada a participar, sobretudo para legitimar decisões técnicas já tomadas pela equipe. Ou ainda, há situações em que usuários e usuários conselheiros apresentam críticas ou sugestões para a organização do trabalho da equipe, que são percebidas pelos trabalhadores e trabalhador-conselheiros como fiscalização estrita, sem relação com o controle social e a participação. (pag 329)

Em última instância a população é chamada a participar, quase sempre para legitimar decisões técnicas já tomadas pela equipe.

Outras pesquisas qualitativas encontradas têm como objetivo apreender as concepções dos profissionais que trabalham na Atenção Básica a respeito de temas como: queixas dos nervos, uso de drogas, saúde mental de adolescentes, violência doméstica e sobre os serviços de saúde mental. (Araújo et al., 2006; Campos e Soares, 2006; Cavalcanti 1999; Ferrari et al. 2006; Levigard e Rozemberg, 2004).

Campos e Soares (2006) relatam pesquisa realizada junto a profissionais da área de saúde mental inclusive da atenção básica e apontam que há mudanças nas concepções a respeito do tema, tais como: concepção de multicausalidade do processo saúde doença; ampliação do recorte do objeto; ampliação da finalidade do tratamento incluindo a prevenção e a ressocialização; apropriação de instrumentos mais complexos, etc. No entanto, mostram que estas mudanças ainda são iniciais, encontrando-se muitas contradições na prática cotidiana.

Cavalcanti (1999) realiza pesquisa que tem como objetivo entender as percepções e vivências dos profissionais a respeito do tema violência contra crianças e adolescentes numa unidade de PSF. Aponta a necessidade, sentida pela equipe como um todo, de poder contar com uma supervisão na área de saúde mental por conta de carga psicológica que são submetidos no contato com a comunidade. A falta de treinamento e as falhas na supervisão são consideradas prejudiciais ao desenvolvimento do trabalho.

Percebe-se uma tendência de concentrar pesquisas na área da criança e da mulher o que pode confirmar certa lógica do próprio sistema de saúde que, por exemplo, exclui os homens de suas ações programáticas. Costa et al. (2005), no texto “Gravidez na Adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança” abordam esta questão apontando a ausência de dados sobre a população masculina nos Sistemas Oficiais de Informação relacionados a nascidos vivos (IBGE e SINASC) evidenciando a necessidade de adequação destes sistemas incluindo a população masculina..

Kronbauer e Meneghel (2005); Marinheiro et al. (2006); Martin, Quirino e Mari (2007) discutem a violência contra a mulher apontando a dificuldade dos profissionais de saúde em reconhecê-la. Schraiber et al. (2007), apontam que 44,4% das mulheres pesquisadas relatam terem sofrido pelo menos um caso de violência durante a vida. A maioria dos casos constatados não é registrada em prontuário.

Com relação às pesquisas na área de Saúde Mental, constata-se uma ausência de estudos a respeito do custo benefício na implementação de serviços de Saúde Mental e também a necessidade de aprimorar os dados a respeito da situação da Saúde Mental no Brasil. O financiamento da pesquisa em Saúde Mental no Brasil corresponde a 3,4% do financiamento total de pesquisas na área de saúde, o que é pouco, haja vista que dos 20 principais problemas de saúde, cinco são incluídos na categoria de distúrbios mentais (depressão, abuso de álcool, esquizofrenia, transtorno bipolar, Alzheimer e outras demências.) (Mari et al., 2006). Constata-se também que não há uma coordenação entre as diversas instituições de fomento à pesquisa e um distanciamento entre pesquisadores e tomadores de decisão na esfera das políticas públicas. Apesar das dificuldades percebe-se um aumento na produção científica brasileira a este respeito nos últimos anos. (Mari et al., 2006; Razzouk et al., 2006).

Este percurso nos permite ter um panorama das publicações a respeito de saúde mental na atenção básica. A inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica revela-se uma necessidade, no entanto, possui um grau de complexidade que dificulta a implementação de propostas. Na medida em que desloca o problema do adoecimento para o psiquismo, vai *a priori*, questionar uma visão de saúde muito biológica e orgânica. Percebemos que há uma tentativa de incorporar a saúde mental a partir dos paradigmas tradicionais, o que, em nossa opinião, causará muitas distorções e práticas questionáveis. Por exemplo, na saúde tradicional, o aumento da atenção sobre determinada questão transforma-se rapidamente em vigilância e controle social; é o que podemos observar em alguns casos com relação à sexualidade. O tema da saúde mental traz dentro de si a questão do normal e do patológico e pode servir como prática estigmatizante e normalizante.

Por outro lado, a tensão que coloca, ao introduzir a subjetividade dentro do problema da saúde, pode contribuir para um aprofundamento das reflexões sobre práticas em saúde. Neste ponto, é interessante apontarmos novamente que há uma congruência entre as propostas da saúde mental, ligadas à reforma psiquiátrica e os princípios norteadores do PSF. Podemos inclusive apontar que várias inovações na proposta do PSF são oriundas de práticas da Saúde Mental.

Os textos pesquisados mostram claramente que existe uma demanda expressiva na área de Saúde Mental na Atenção Básica que mereceria uma atenção especial por parte das

políticas públicas. Percebemos que há um reconhecimento do governo para a importância do problema que se revela, por exemplo, na obrigatoriedade de incluir um profissional da Saúde mental na Equipe do NASF. No entanto, os textos apontam uma distância grande entre a proposta de atenção primária das políticas públicas e a maneira como efetivamente está acontecendo a implantação da prática da saúde mental, que este processo caminha devagar e que os profissionais ainda estruturam seu trabalho em cima da demanda e acontecem poucas ações voltadas para a prevenção e promoção.

Esta realidade revela um pouco da inconsistência da política pública no sentido que ela prevê o nível secundário para os casos graves, mas não aponta quais seriam os equipamentos que prestariam atendimento aos casos menos graves que precisariam de tratamento. Existe um risco grande de, à revelia da proposta do governo, os profissionais do NASF serem utilizados para fazerem atendimentos clínicos curativos da população nos PSFs, sem tempo para matriciamento, prevenção e promoção. Esta ausência de retaguarda por um lado impede que os profissionais da atenção básica possam se dedicar à promoção da saúde e por outro estimula a medicalização da população, pois muitas vezes é o único recurso disponível.

Uma das diretrizes da Saúde Mental seria o trabalho em rede e constatamos em alguns textos que há uma dificuldade grande de integração entre a saúde mental dos PSFs e os CAPS. Este problema reflete primeiramente o que já foi apontado na introdução que o movimento da Reforma Psiquiátrica e o da Reforma Sanitária correram paralelamente sem uma integração, apesar de possuírem muitas afinidades. Por outro lado, esta desarticulação reflete a ambigüidade da política pública. Por exemplo, quando se coloca, como apontamos na introdução que o CAPS é responsável pela organização da rede de cuidados em saúde mental no território, isto vai de encontro às diretrizes relacionadas à atenção básica que também teria este papel.

É interessante pensarmos que a existência de políticas públicas com diretrizes modernas e avançadas, não garante a sua implementação, mas facilitam a indução de caminhos interessantes (Amarante, 1998b). Pudemos perceber que nos textos aparecem discussões a respeito dos conceitos de clínica ampliada, projeto terapêutico singular, matriciamento, humanização da saúde, trabalho em equipe multidisciplinar, acolhimento, vínculo, que remetem para boas práticas na área da saúde mental e de certa forma indicam

que aos poucos vai havendo uma mudança nas práticas mais tradicionais. A aceleração deste processo depende de vários esforços conjuntos que dependem da mudança das próprias instituições formadoras, educação permanente para os profissionais e investimento dos gestores na contratação de profissionais capacitados.

De maneira geral, identificamos uma proposta de política pública bastante genérica para a área, que ainda não se deparou com os questionamentos oriundos de uma prática. O desenho atual nos parece ainda bastante incompleto; de um lado temos o Caps, cuidando dos casos graves, de outro, os PSFs, muitas vezes sem profissionais específicos da saúde mental, arcando com uma demanda crescente. Quem vai cuidar do quê? As respostas não existem, dependem do aprofundamento das reflexões. Este texto pode ser considerado um estímulo a este debate.

1.4 - DESIGUALDADE SOCIAL E VULNERABILIDADE

Não se trata apenas de gerir a distribuição de renda, como pensam muitos que se deixaram fascinar pelo economicismo ideológico produzido pela mesma economia iníqua causadora da pobreza que condenamos. Trata-se da distribuição equitativa dos benefícios sociais, culturais e políticos que a sociedade contemporânea tem sido capaz de produzir, mas tem sido incapaz de repartir. (Martins, 2002, p. 10)

O Brasil apresenta uma série de problemas crônicos ligados à questão social. Alguns indicadores (IPEA, 2006) nos dão uma noção bastante clara a respeito desta situação. Há um desemprego estrutural que se situa na faixa dos 10% da população, onde encontra-se uma discriminação das mulheres com relação aos homens e dos negros com relação aos brancos. Aproximadamente 45% da população ativa possui trabalhos informais, isto é, empregados sem carteira assinada e trabalhadores por conta própria. Estes trabalhadores apesar de terem acesso à saúde universal, em sua maioria (60%) não possuem proteção previdenciária.

Aproximadamente 12% da população brasileira, 20 milhões de pessoas, vive em condições de extrema pobreza (indigência), isto é, com menos de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo mensal per-capita. Outros 30% da população, que corresponde a 50 milhões de pessoas são considerados pobres, isto é, vivem com rendimentos entre $\frac{1}{4}$ e $\frac{1}{2}$ do salário mínimo mensal per-capita. A desigualdade na distribuição de renda é muito elevada, por exemplo, a população que compõe o grupo dos 50% mais pobres tem um rendimento per-capita médio de R\$110,00, já a população que compõe o grupo dos 10% mais ricos tem um rendimento per-capita médio de R\$ 1.800,00. Já o grupo do 1% mais ricos tem renda per-capita de R\$ 5.000,00. Existem também grandes desigualdades regionais, por exemplo, 54% da população do Nordeste é considerada pobre, contra 17% na região sul e 20% na região sudeste.

No quesito educação, o país conseguiu universalizar o ensino fundamental, no entanto a escolaridade média do brasileiro ainda é muito baixa, em torno de 7 anos, sendo que 43% das crianças não conseguem concluir a 8ª série. Um dos graves problemas é a

baixa qualidade da educação persistindo o analfabetismo para 11% da população que corresponde a quase quinze milhões de pessoas. O acesso ao nível superior também é muito baixo estando na faixa dos 11%. Esta situação é pior na zona rural e nos estados Norte e Nordeste do país. Este quadro tem apresentado algumas melhoras nos últimos anos relacionadas ao crescimento econômico brasileiro juntamente com algumas políticas sociais para a população mais vulnerável.

Entretanto, o quadro social extremamente injusto que ainda permanece existindo provoca uma espécie de *apartheid social*, isto é, determinada parcela da população vai sendo excluída das áreas urbanizadas que possuem melhor infra-estrutura e vão se formando grandes bolsões de pobreza, principalmente na periferia das grandes cidades, onde outros problemas como a falta de saneamento básico, o tráfico de drogas e a violência urbana contribuem para a amplificação da vulnerabilidade. A situação de exclusão social vai produzir diversos impactos na subjetividade destas pessoas que vão desde uma espécie de identificação com o lugar de excluído que se manifesta através de comportamentos extremamente passivos, até o outro extremo, uma revolta social muito intensa que aparece através de comportamentos violentos.

Longe dos bairros periféricos as zonas centrais da cidade concentram as atividades comerciais, financeiras, políticas e culturais. A relação entre o Estado e a população vai ficando bastante fragilizada e o sentimento de desamparo vai se cristalizando.

Pereira (2004) afirma:

A periferia é o resto, quer dizer, é principalmente a habitação e o dormitório das classes sociais que, mediante um processo seletivo, são expulsas para longe da cidade “urbanizada”. Neste sentido, o morador de periferia não chega a ser cidadão. O denominador comum de toda essa população periférica é a falta de segurança psíquica, social e econômica. Em suma, a característica fundamental introjetada por este povo é a falta. Não pretendemos afirmar com isto que a falta não esteja presente em qualquer sujeito, independentemente de suas condições de vida. Pretendemos sim, afirmar que as circunstâncias materiais de sobrevivência, que normalmente funcionam como suporte para enfrentarmos em parte, o embate da falta psíquica, não se encontram presentes no meio desta população. (p. 94)

Para completar este cenário, introduziremos a Saúde Pública e mais especificamente a atenção básica. A área da Saúde ocupa um lugar muito importante nas relações entre o estado e a população. Podemos afirmar sem receio que é a área que se encontra mais próxima da população. A implantação da Atenção Básica e a estratégia de saúde da família possibilitaram uma verdadeira entrada no território, iniciando um processo de desvelamento de parte da realidade brasileira. Recentemente a área da Assistência Social adotou proposta muito semelhante a do SUS com a implantação do Sistema Único de Assistência Social.. Esta situação é bastante complexa, pois coloca a saúde e também a Atenção Básica num lugar bastante estratégico, no entanto bastante delicado também. Muitas vezes, em determinados territórios, a saúde é o único representante do Estado. Mais importante, é um representante de portas abertas ou quase abertas. De um lado temos uma grande parcela da população em condição de grande vulnerabilidade social, de outro, um Estado omissivo, que protege uma minoria e desampara grande parte dos cidadãos. Onocko Campos (2005) aponta a dificuldade do trabalhador da Atenção básica nesta situação, que vai entrar em contato com esta realidade:

Uma coisa é saber – em tese – que o Brasil é um país cheio de pobres. Outra bem diferente é tentar uma intervenção terapêutica com pessoas que estruturaram sua própria resistência à morte por meio de formas de subjetivação que não conseguimos compreender. Desejamos destacar a intensidade dessa experiência e a sua singularidade. O grau de esgarçamento simbólico que percebemos em algumas dessas comunidades, nas quais, por exemplo, em vez de conversar, mata-se, coloca em xeque todas nossas propostas interpretativas. Falta-nos suporte, arcabouço conceitual ou categorial para a saúde coletiva poder de fato apoiar os seus agentes nesse percurso. (p. 579)

Estamos diante de uma situação, onde a demanda por saúde está atravessada de forma muito intensa por uma série de outras demandas relacionadas tanto a questões concretas do cotidiano de vida desta população, quanto por demandas relacionadas ao psíquico. Este talvez seja o ponto central do objetivo de nossa reflexão.

A importância social, econômica e política da saúde é, no Brasil, cada vez mais evidente. O valor social atribuído a essa questão é confirmado por pesquisas de opinião que

colocam a saúde como o maior problema enfrentado no dia-a-dia, segundo 24,2% da população, seguido pelo desemprego (22,8%), situação financeira (15,9%), violência (14%) (CONASS, 2003). Ou, ainda, como o pior dos problemas nacionais, junto com a violência, de acordo com 21% dos brasileiros (Datafolha, 2007, *apud* Sinmed-MG, 2007).

O SUS, na medida em que possibilita acesso universal à população, independente de sua situação, acaba se tornando uma das únicas opções para o sujeito pedir ajuda. Em muitos casos, este pedido está relacionado com a precariedade e vulnerabilidade social. No entanto, no atendimento do paciente pode ocorrer um deslizamento do sofrimento social para o individual.

Carretero (2001, p. 93) afirma:

O sofrimento não encontra um lugar institucional que possa reconhecê-lo no interior da esfera de proteção social. Esta só confere um lugar à subjetividade dentro de duas perspectivas: corpo são, corpo doente, o que acarreta dizer que o sofrimento social, para obter reconhecimento institucional, o faz através da doença.

Assim, pode haver uma passagem de certo mal estar provocado pelo desamparo social para a doença. Se quisermos responder os problemas de gênese social no plano psicológico, estaremos aprisionando os indivíduos na culpabilidade e impotência. No entanto, não podemos deixar de lado os efeitos psíquicos das situações sociais e econômicas (Gaulejac, 2001).

Aliado ao problema das condições sociais vivemos numa sociedade regulada pela lógica capitalista, pautada num modelo neoliberal e globalizado, onde o que importa é a capacidade produtiva do sujeito e tudo que não se adequa a este ideal é desqualificado. A chamada “sociedade do espetáculo” pressupõe um sujeito competitivo e individualista, que valoriza sua ascensão profissional e seu sucesso pessoal em detrimento de princípios solidários. As relações interpessoais estão cada vez mais supérfluas baseadas em interesses

e projetos pessoais afastando-se de projetos coletivos. Há um imaginário social que associa a possibilidade de consumo à construção identitária do sujeito, valorizando o “ter” em detrimento do “ser” (Birman, 2001).

O processo de globalização introduz novas dinâmicas sociais onde mudanças ocorrem de modo cada vez mais rápido, exigindo do sujeito capacidade de adaptação e transformação. As relações de trabalho são precarizadas provocando tensão constante no sujeito a respeito de sua capacidade e permanência no trabalho. Em função da má distribuição de renda, da ausência de políticas públicas consistentes e da falência do Estado em gerir a educação e a segurança pública, ocorre uma explosão da violência, vitimando principalmente os bairros da periferia onde habitam as pessoas de baixa renda (Santos, 2008).

Todos estes fatores contribuem para o aumento da sensação de “desamparo” na contemporaneidade. O sujeito que não consegue, por algum motivo, incluir-se no trabalho e nas diversas instituições sociais inicia um processo de *desqualificação social* (Paugam, 2001) acompanhado de muito sofrimento, que num primeiro momento vai desestabilizá-lo e em seguida adoecê-lo.

Esta demanda acaba chegando aos profissionais do SUS, inicialmente na Atenção Básica e posteriormente nos outros níveis, sendo que muitas vezes é atendida prontamente sem uma reflexão a respeito do modo como é produzida. Problematizar este aspecto é extremamente importante, pois vai colocar dentro das pautas de discussão da saúde a questão da subjetividade articulada às condições de vida e ao adoecimento e vai requerer dos profissionais uma análise mais profunda que não se resuma à questão técnica de procedimentos em saúde. Frequentemente encontramos pessoas bem intencionadas, mas sem capacitação para lidar com uma problemática tão complexa. (Onocko Campos, 2003; 2005).

É interessante pensarmos que, historicamente, no Brasil existe uma rede de proteção social que está vinculada ao trabalho com carteira assinada. O trabalhador da economia informal e o desempregado não podiam contar com programas de proteção social. A constituição de 1988 introduziu um novo conceito de proteção social no país visando garantir um conjunto de direitos básicos a todo e qualquer cidadão independente de sua condição profissional ocupacional e de seu histórico de contribuições. Neste sentido

relativizou a vinculação estrita entre proteção e trabalho assalariado formal, incluindo outros grupos da população. Assim, estabeleceu as bases para universalizar o acesso de alguns serviços públicos como educação e saúde que a partir daí ganharam uma amplitude muito maior em termos de população atendida (IPEA, 2005). Outra característica importante desta nova constituição foi instituir para a sociedade civil mecanismos de participação e controle das políticas. Recentemente vemos surgir programas de renda-mínima para a população mais carente.

Este quadro traçado de maneira rápida nos permite pensar que há uma ligação muito estreita entre dinâmica social e processos de adoecimento. A questão dos determinantes sociais do processo saúde-doença está na pauta das discussões contemporâneas no campo da Saúde Pública (Sawaia, 2001; Araújo e Carreteiro, 2001; Birman, 2001; ABRASCO, 2006).

1.5 - SUBJETIVIDADE E TERRITÓRIO

O modelo proposto pelo Ministério da Saúde para a implantação da Saúde Mental na Atenção Básica pressupõe uma rede de cuidados de base territorial e possibilidades de intervenções transversais de outras políticas públicas. Os princípios fundamentais desta articulação são a noção de território, organização em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares.

No presente capítulo, focalizaremos nossa reflexão na noção de território, pois entendemos que o aprofundamento desta questão propicia uma abertura e um entendimento mais profundo a respeito de outros aspectos relacionados à implantação da Saúde Mental na Atenção Básica.

Nosso objetivo é trabalhar o conceito de território juntamente com vários aspectos que estão relacionados como “o espaço”, “o lugar”, a cidade, o bairro, a casa, pois entendemos que a constituição do espaço é uma tarefa que está vinculada a subjetividade dos sujeitos e que o entendimento do “adoecer psíquico” está vinculado ao entendimento de como o sujeito se articula no mundo de como concebe seu espaço e seu território. Acreditamos que complexizando a noção de território, propiciaremos uma ampliação nas possibilidades de intervenção dos profissionais de saúde através de uma ampliação da clínica que poderíamos chamar de clínica do território.

Monken et al. (2008) afirma que o interesse pelo tema do território na área da saúde é recente e partiu dos gestores de saúde, dos estudiosos em administração dos serviços e dos próprios trabalhadores. Num primeiro momento, o termo está muito ligado ao aspecto gerencial, concebido como área político administrativa. Aos poucos aconteceu uma redefinição do conceito ganhando maior densidade teórico-metodológica.

“Portanto, os territórios da saúde coletiva, onde se desenvolvem ações de saúde pública, são produções coletivas, com materialidade histórica e social e configurações espaciais compatíveis com a organização político administrativa e institucional do setor. O objetivo é prevenir riscos e evitar danos à saúde, com

base em um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de populações em áreas delimitadas. Por isso, eles pressupõe limites, organização e participação, para se constituírem em espaços de trocas e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem estar. Assim, o território de que falamos é, ao mesmo tempo:

- O território suporte da organização das práticas de saúde;
- O território suporte da organização dos serviços de saúde;
- O território suporte da vida da população;
- O território da conformação de contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e bem estar;
- “O território da responsabilidade e da atuação compartilhada.” (p.35)

Raffestin (1993) explorando as relações entre espaço e território afirma que o espaço é anterior ao território. O espaço é a matéria prima, isto é, já está dado e os territórios formam-se a partir da ação humana.

Há diversas concepções de território relacionadas a diferentes sistemas teóricos vinculados às ciências sociais, antropologia, história, biologia e geografia. Monken et al (2008) apontam que inicialmente o conceito de território estaria vinculado à vida de uma espécie, onde ela desempenha todas as suas funções vitais ao longo de seu desenvolvimento. Relacionar-se-ia ao ambiente e as condições de sobrevivência das espécies.

Haesbaert (2007) discute as diversas concepções apontando que elas se complementam pois vão dar ênfase a diferentes pontos. Ele aponta uma concepção que está relacionada a uma posição materialista que articula o território à natureza sendo o território uma fonte de recursos. Haesbaert (1984):

Designa-se por território uma porção da natureza e, portanto, do espaço sobre o qual uma determinada sociedade reivindica e garante a todos ou parte de seus membros direitos estáveis de acesso, de controle e de uso com respeito à totalidade ou parte dos recursos que aí se encontram e que ela deseja e é capaz de explorar. (p.112)

Outra visão vai pensar o território a partir de uma perspectiva idealista que articula o território com a cultura. Nesta vertente a relação e a apropriação do território levariam em conta não só os aspectos visíveis, mas também os poderes invisíveis presentes

em determinado local. O pertencimento ao território implicaria a representação da identidade cultural. Haveria uma necessidade de todas as sociedades humanas de estabelecer uma relação espiritual com seu espaço de vida.

Bonnemaïsson e Cambrèzy (1996) afirmam:

O poder do laço territorial revela que o espaço está investido de valores não apenas materiais, mas também éticos simbólicos e afetivos. É assim que o território cultural precede o território político e com ainda mais razão precede o espaço econômico. (p.10)

Nesta perspectiva o território não é visto como algo exterior, mas sim como um pertencimento, ele é uma parcela da identidade e aparece como uma ligação afetiva com relação ao espaço. O território é construtor e sustentáculo da identidade. As relações entre identidade e espaço são bastante complexas, por este motivo, retomaremos este tema mais a frente para aprofundá-lo.

Bonnemaïsson e Cambrèzy (1996) afirmam:

Enfim, o território não diz respeito apenas à função ou ao ter, mas ao ser. Esquecer este princípio espiritual e não material é se sujeitar a não compreender a violência trágica de muitas lutas e conflitos que afetam o mundo de hoje: perder seu território é desaparecer. (p. 13-14)

Outra vertente pensa o território priorizando as relações de poder e a condição política. Trabalha com questões relativas ao controle, ordenamento e gestão do espaço tanto por parte do Estado como das grandes corporações industriais, comerciais, de serviços e financeiras. O território, de qualquer forma, é definido a partir das relações sociais e culturais em que está mergulhado que implicam em relações de poder. É um campo de forças que envolvem relações complexas entre processos sociais e espaço material, possuindo uma historicidade.

Haesbaert (2007) afirma:

Além disto, outra consequência muito importante ao enfatizarmos o sentido relacional do território é a percepção de que ele não significa simplesmente enraizamento, estabilidade, limite e/ou fronteira. Justamente por ser relacional, o território inclui também o movimento, a fluidez, as conexões. (p. 56)

Milton Santos (2007) define território da seguinte forma:

O território é o lugar em que se desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações de sua existência. (p. 13)

Para Santos (2008) o território se transforma em uma categoria de análise que permite a compreensão da dinâmica sócio espacial, das formas de viver e dos usos que se faz dele. Há um caráter processual de construção e reconstrução relacionado ao jogo de interesses entre os diversos atores sociais. Em diversos momentos de sua obra, ele tenta relacionar questões mais amplas que envolvem o sistema capitalista, a globalização com questões mais singulares que envolvem o sujeito, seu espaço mais pessoal e seu local de moradia. Este cruzamento é bastante complexo, pois toda região é um produto político e ideológico e estas duas ordens (macro e micro) se articulam produzindo uma série de resultados que podem ser desde dominação, homogeneização e passividade até novas formas de subjetividade e resistência. Ele vai propor os termos verticalidade e horizontalidade para pensar de um lado o mercado global e sua racionalidade e de outro o meio local. A horizontalidade propiciaria a convivência, os conflitos, a solidariedade e a produção de uma lógica própria do lugar, um sentido que é localmente construído, diferente da lógica global. Na área da saúde, estas duas dimensões podem ser observadas. De um lado, um discurso técnico e científico que está atrelado às novas descobertas científicas e aos grandes laboratórios, e de outro o contato entre o profissional e o usuário da saúde pública no território, que muitas vezes está marcado pela questão da vulnerabilidade social.

Santos (2008) afirma:

Há, de um lado, uma economia explicitamente globalizada, produzida de cima, e um setor produzido de baixo, que, nos países pobres, é um setor popular e, nos países ricos, inclui os setores desprivilegiados da sociedade, incluídos os imigrantes. Cada qual é responsável pela instalação, dentro das cidades, de divisões de trabalhos típicas. Em todos os casos, a cidade é um grande sistema, produto da superposição de subsistemas diversos de cooperação, que criam outros tantos sistemas de solidariedade. (. 324)

Santos (2008) aponta que há uma grande diferença entre o dito setor formal da economia e o setor informal. A parcela da população que faz parte da economia globalizada está inserida numa racionalidade produzida pelas grandes corporações e pela lógica capitalista. Há uma grande especialização e uma rigidez de regras e normas vinculadas a conteúdos científicos e tecnológicos que tem como objetivo a busca de precisão no processo produtivo. Esta espécie de imersão numa racionalidade extremamente técnica vai produzir certa homogeneidade de condutas, produzindo espaços racionalizados e racionalizadores.

Neste sentido, Santos (2007) afirma:

No mundo atual, tudo ou quase tudo é feito a partir de normas, o que já é indicativo da tendência ao empobrecimento simbólico que estamos vivendo. Mas o cotidiano nos apresenta a possibilidade para a espontaneidade das ações a partir do lugar, a partir do que dele é específico, de suas qualidades e identidades próprias, de sua natureza solidária e convival. (p. 159)

A ordem global funda as escalas superiores ou externas à escala do cotidiano. Seus parâmetros são a razão técnica e operacional, o cálculo de função, a linguagem matemática. A ordem local funda a escala do cotidiano e seus parâmetros são a co-presença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização com base na contigüidade. (p. 339)

A ordem trazida pelos vetores da hegemonia cria, localmente, desordem, não apenas porque conduz a mudanças funcionais e estruturais, mas, sobretudo, porque esta ordem não é portadora de um sentido, já que o seu objetivo – o mercado global – é uma auto-referência, sua finalidade sendo o próprio mercado global. Neste sentido, a globalização, em seu estágio atual, é uma globalização perversa para a maioria da humanidade. (p. 334)

Santos (2007) afirma que sobretudo nas grandes cidades do terceiro mundo, a precariedade da existência de uma parcela importante da população produz atores sociais que vão exercer diversos tipos de ocupação de maneira informal o que ele vai denominar “flexibilidade tropical”. A partir de uma variedade infinita de ofícios, que permanentemente produzem combinações entre si, há a construção de modelos de adaptação que têm

características instáveis, plásticas e criativas embasados em relações de solidariedade. Ele vai denominar estas produções de “um híbrido de materialidade e relações sociais”.

Nesse sentido, os guetos urbanos, comparados com as outras áreas da cidade, tenderiam a dar às relações de proximidade um conteúdo comunicacional ainda maior e isso se deve a uma percepção mais clara das situações pessoais ou de grupo e à afinidade de destino, afinidade econômica ou cultural. (p. 325)

Esta condição propiciaria uma espécie de abertura nos espaços onde vivem os pobres que favoreceria espaços aproximativos e de criatividade. Em algumas situações, ocorreria a produção de novos debates sobre a realidade cotidiana, novos usos e finalidades para objetos e técnicas, novas práticas e novas normas na vida social e afetiva.

Santos (2007) afirma que “diante das redes técnicas e informacionais, pobres e migrantes são passivos, como todas as demais pessoas. É na esfera comunicacional que eles, diferentemente das classes ditas superiores, são fortemente ativos” (p. 326)

É interessante, que aos poucos vão surgindo elementos que nos permitem olhar os territórios mais vulneráveis com outros olhos, não somente negatividade, mas certa potência que se alicerça exatamente num tipo de exclusão. Quando saímos da análise macro, globalizada e tentamos apreender as dinâmicas singulares de determinadas pessoas, percebemos que o mundo é muito fragmentado e não globalizado. Este aspecto é fundamental para a nossa discussão, pois permite o vislumbre de possibilidades de produções singulares na relação entre a área da saúde e a população que vive em condições precárias.

Este fragmento de mundo é o que pode ser denominado de lugar. Para aprofundarmos nossa análise, vamos trazer para discussão o conceito de lugar, que é também desenvolvido por Milton Santos.

Santos (2008) afirma:

No lugar – um cotidiano compartilhado entre as mais diversas pessoas, firmas e instituições – cooperação e conflito são a base da vida em comum. Porque cada qual exerce uma ação própria, a vida social se individualiza; e porque a

contigüidade é criadora de comunhão, a política se territorializa, com o confronto entre organização e espontaneidade. O lugar é o quadro de uma referência pragmática ao mundo, do qual lhe vêm solicitações e ordens precisas de ações condicionadas, mas é também o teatro insubstituível das paixões humanas, responsáveis, através da ação comunicativa, pelas mais diversas manifestações da espontaneidade e da criatividade. (p. 322)

Milton Santos (2008) aponta um movimento de racionalização da sociedade. Existiria uma razão global e uma razão local que em cada lugar se superporiam, num movimento dialético, às vezes se associando outras se contradizendo. O lugar, dentro do território comportaria estas duas racionalidades. Da mesma forma as redes são globais e locais.

Queiroga (2003) afirma:

As diferentes escalas de análise do espaço permitem compreendê-lo melhor, dos aspectos estruturais aos níveis “microscópios” de apropriação social. Pode-se, dessa forma, investigar questões mais gerais da inter-relação entre as instâncias sociais (economia, cultura e espaço) em situações concretas do território e avaliar criticamente desenhos e usos sociais na escala do lugar. Território e lugar em análise dialética permitem níveis de compreensão maiores do que se tomássemos cada um como totalidades isoladas. (p. 133)

Santos (2008) complementa afirmando que “a ordem global busca impor, a todos os lugares, uma única racionalidade. E os lugares respondem ao Mundo segundo os diversos modos de sua própria racionalidade.” (p.338)

O desenvolvimento do conceito de lugar será muito importante para pensarmos o território, principalmente a dimensão subjetiva do que se passa no território. Esse conceito foi utilizado por ciências distintas como a psicologia, a arquitetura, a geografia, a antropologia a partir de diferentes vértices e recortes que estão em constante processo de reformulação e reconstrução.

Dando prosseguimento a nossa discussão, entraremos em contato com as idéias de alguns autores que nos ajudarão a estabelecer relações entre a subjetividade e o espaço, aprofundando os aspectos subjetivos do território. Anteriormente apontamos que o território é sustentáculo da identidade do sujeito e desta forma, a maneira como se configura esta relação determinará às possibilidades de vivência psíquica do sujeito neste espaço.

Para Augé (1994) um lugar pode se definir como identitário, relacional e histórico. Pensar os lugares como identitários significa compreendê-los como fazendo parte da subjetividade de cada sujeito, isto é, a subjetividade humana estaria imbricada no espaço e nos lugares. Trata-se de uma concepção de lugar que diz respeito, portanto, a um espaço nomeado, habitado, preenchido e inscrito por marcas históricas do indivíduo e de sua cultura. São espaços carregados de conteúdos afetivos e simbólicos.

É preciso apontar ainda para outra delimitação que trabalhamos sobre o conceito de lugar. Apoiados nas construções da psicologia social é possível pensar a partir do plano de lugares possíveis e ofertados por uma instituição aos seus membros. Podemos refletir sobre o lugar que o sujeito ocupa na estrutura institucional, determinado pelas relações de poder e determinante de sua condição de liberdade ou aprisionamento (saúde ou doença). (Fernandes 1989).

Gama (2001) trabalha as relações entre subjetividade e espaço mostrando que no processo de construção do psiquismo, existe uma integração com o espaço e, de certa forma, o espaço, a partir da fundação de lugares, vai permitir uma espécie de sustentação da organização psíquica.

Costa (2004) faz a seguinte afirmação a este respeito

... sustentei a idéia de que sentimentos sem expressão material é uma ficção idealista desprovida de sentido. Experiências emocionais ou se exteriorizam em coisas e eventos extracorporais ou desembocam no beco sem saída da psicopatologia. Emoções são feitas de imagens e narrativas de caráter mental, mas também das propriedades que lhes são emprestadas por objetos e situações materiais: peso, cheiro, cor, som, altura, largura e profundidade. Não conhecemos criaturas humanas que não tenham parte de suas emoções extrovertidas nos objetos do ambiente. Imaginar um eu, uma consciência ou um inconsciente confinados no “interior da mente” ou “dentro” dos limites do corpo

físico é ir de encontro à mais corriqueira evidência. Todos temos relações emocionais com objetos que, inúmeras vezes, são mediadores necessários à aproximação com o outro. (p. 18).

A existência de certa ordenação do espaço para o sujeito mantém relação com a manutenção de uma noção de eu, uma imagem que está imbricada neste espaço e que necessita de certa estabilidade. Qualquer ordenação arbitrária neste espaço nos atinge e nos demanda uma resposta no sentido de nos reintegrarmos. Assim, quando esta ordenação é tensionada, tensiona-se também a própria integridade narcísica do sujeito. Este tensionamento provoca angústia porque nos faz entrar em contato com o que estamos projetando neste espaço, o que estamos fazendo nele. Assim, a angústia está sempre ligada a uma desestruturação possível, a uma ameaça da integridade da forma narcísica.

Para lidarmos com esta angústia procuramos uma outra disposição deste espaço, isto é, fundamos um lugar. Um lugar seria a ordenação do espaço como um campo, segundo certos parâmetros e limites relacionados a determinada subjetividade. A fundação de um lugar coloca em jogo uma série de elementos e mecanismos internos do psiquismo do indivíduo, abrangendo mecanismos muito arcaicos associados com outros muito mais sofisticados. Há sempre certa dose de onipotência na fundação de um lugar, pois não podemos perder de vista que todas estas construções - que visam manter a noção de integração - são ilusórias e partem do princípio de que há diferenciação, previsibilidade, isto é, tentam contornar o desamparo. Entram nesta composição mecanismos como a incorporação (oral), projeção, deslocamento, condensação, negação, nos graus mais variados, dependendo da subjetividade em questão. Poderíamos estabelecer a seguinte relação: Quanto mais primitivos forem os mecanismos à disposição da subjetividade para a construção de lugares, mais sensível será esta subjetividade às mudanças do espaço concreto. Ao contrário, quanto mais sofisticados forem, menos influência a subjetividade sofrerá do entorno.

Este lugar é articulador, propõe certo arranjo e certa disposição que localizam o sujeito e definem uma espécie de posição. A criação de um lugar mantém estreito vínculo com a questão edípica e toda a ordenação subjacente a ela. O lugar nos remete também à questão da linguagem e do discurso.

Augé (1994) afirma que a modernidade é produtora de não-lugares:

Se um lugar pode se definir como identitário relacional e histórico, um espaço que não pode se definir nem como identitário, nem como relacional, nem como histórico definirá um não lugar. A hipótese aqui defendida é que a modernidade é produtora de não lugares, isto é, de espaços que não são em si lugares antropológicos. (p. 73)

“São espaços por excelência do viajante, do transeunte, da solidão, cada vez mais privilegiados nas sociedades atuais, uma vez que qualquer forma de fixação tem sido considerada contraproducente.” (Augé, 1994)

Os não-lugares são espaços, de passagem onde o sujeito não encontra signos aos quais possa se identificar. São espaços anônimos, provisórios, não preenchidos pela afetividade.

Saraceno (1999) discutindo o processo de desinstitucionalização trabalha com o conceito de lugar. Ele identifica o manicômio como lugar de troca zero. Por outro lado, o trabalho com os pacientes institucionalizados se dá no sentido da transformação de um espaço muito empobrecido em um lugar. Não está relacionado somente à arquitetura, mas, sobretudo às relações entre os homens (afetivas e de poder).

Assim Saraceno (1999) afirma:

“A transformação de espaço em lugares é um processo de ultra-investimento de sentido” (p. 99).

Santos (2008):

“Os lugares, desse ponto de vida, podem ser vistos como um intermédio entre o Mundo e o indivíduo.” (p. 314)

Weyler (2006) refletindo a respeito das residências terapêuticas mostra as relações entre o sujeito e o território explorando temas como a cidade, o bairro e a casa. Para a autora, as formas de viver e circular pelas cidades modificaram-se significativamente no último século. Diversas formas de desenraizamento apareceram; de um lado, alguns segmentos sociais, acompanhando o processo de globalização, começam a circular e habitar diferentes cidades e países por conta das transferências no trabalho. De outro, o que ela vai

chamar de “desterrados em sua própria terra”, que engloba os moradores de rua, os sem teto, os migrantes, etc.

Weyler (2006) afirma:

O espaço da cidade, alvo de políticas urbanas, sanitárias e administrativas, deve se constituir, sobretudo, de forma racional, funcional e produtiva. Nesta lógica, não cabem os elementos tidos como detritos. Aqui, a especulação imobiliária derruba importantes espaços testemunhas e protagonistas da história e da memória da cidade e expulsa indivíduos e grupos considerados inadequados para o convívio em determinadas regiões dos centros urbanos. Tal expulsão favorece o surgimento de um número cada vez maior de espaços degradados, carentes de políticas públicas de transporte, saneamento, segurança, educação, lazer, saúde.

Num artigo denominado *Espaço e tempo: a cidade e a história do viajante* (1997) a filósofa Olgária Matos, baseada na obra de Walter Benjamin afirma que “o lugar-locus-designa, além da localidade, o túmulo, o santuário, o espaço sagrado. Indica, também, o lugar no sentido do momento, da ocasião, da oportunidade. O lugar é, desse ponto de vista, um "entre dois", tomado pelo vazio ou por falhas.” (p. 140)

Este texto é muito interessante porque atribui uma temporalidade ao espaço, enfatizando o papel desempenhado pela memória para a sua percepção. A metáfora da cidade é usada para trabalhar esta questão. Há, de um lado, a cidade superficial, racionalista, adulta, que está estampada nos mapas, onde se consegue atingir pontos determinados, em que os caminhos levam a lugares precisos, definidos. De outro, a cidade labiríntica, a da memória infantil, subterrânea, onde é possível extraviar-se, uma cidade marcada pela afetividade, como o lugar em que nascemos, onde fatos importantes de nossa vida aconteceram e estão entrelaçados nas casas, nos monumentos, na própria disposição arquitetônica do lugar.

Weyler (2006) afirma:

É preciso atentar para as práticas que se estabelecem como estranhas ao espaço “geométrico” das construções racionalistas, visuais e panópticas. Há, na cidade, uma ordem que organiza todo um leque de possibilidades e proibições que podem ou não ser atualizadas pelo caminhante. Este, no entanto, desloca e

inventa tantas outras, pois suas idas e vindas, variações ou improvisações privilegiam, mudam, ou deixam de lado os elementos espaciais. Do mesmo modo que o caminhante torna efetivas algumas das possibilidades fixadas pela ordem, ele também aumenta o número dos trajetos possíveis e dos interditos, através da constante criação de atalhos, desvios ou proibições. Seus jogos de passos moldam os espaços e tecem os lugares. Tais práticas nos remetem a uma outra “espacialidade”, a uma forma de experiência antropológica, poética e mítica da cidade habitada. (pag 68).

Bosi (1987) afirma que é fundamental levar em conta as lembranças relacionadas a relação com a cidade e o espaço pois “... há algo na disposição do espaço que torna inteligível nossa posição no mundo, nossa relação com os outros seres, o valor de nosso trabalho, nossa ligação com a natureza”. (p. 451).

Weyler (2006) trabalha também o significado do espaço “bairro” como lugar de engajamento social, convivência com parceiros, lugar onde o encontro ocorre concretamente pela proximidade e repetição. É um espaço público que vai sendo aos poucos particularizado e adquirindo características do espaço privado. Neste sentido o bairro também é considerado uma totalidade estruturada, que possui uma comunidade e traz aos moradores um sentido de identidade. Ele oferece possibilidades de relação e inscrição numa rede social que é preexistente e que possui uma série de códigos de linguagem e de conduta que proporcionam tanto a inserção como a exclusão do sujeito.

“No mundo atual, tudo ou quase tudo é feito a partir de normas, o que já é indicativo da tendência ao empobrecimento simbólico que estamos vivendo. Mas o cotidiano nos apresenta a possibilidade para a espontaneidade das ações a partir do lugar, a partir do que dele é específico, de suas qualidades e identidades próprias, de sua natureza solidária e convival. (p. 159)

Inserida no bairro está a casa, lugar de proteção e abrigo, recolhimento e estabilidade.

Weyler (2006) comenta a obra de Bachelard (2003), “A poética do espaço”:

Bachelard afirma que todo espaço verdadeiramente habitado traz a essência da noção de casa. A experiência de habitar uma casa implica a possibilidade de ocupá-la, material e simbolicamente, de forma bastante pessoal, preenchendo-a com conteúdos, lembranças, sonhos, marcas e significados próprios. A casa, segundo o autor, se configura como um local que oferece a possibilidade aos seus moradores de experimentarem a liberdade e também o relaxamento de imprimirem, na esfera privada, ritmos próprios, em uma construção permanente de maior sintonia entre o espaço e seu habitante. (pag. 74)

A vida humana apóia-se profundamente no relacionamento com o “dentro” e com o “fora”. Trata-se de uma dialética que a casa ajuda a manter, na medida em que pode se fechar no familiar e também se abrir para o estranho, para aquilo que assusta e atrai.

Este percurso nos permitiu introduzir alguns elementos para pensar o território incluindo os aspectos subjetivos. No capítulo seguinte, continuaremos neste caminho, trazendo alguns conceitos psicanalíticos que nos parecem importantes para aprofundar esta questão.

1.6 - DESAMPARO E APOIO PSÍQUICO

Para aprofundarmos um pouco mais nossa análise realizaremos um percurso pela psicanálise com objetivo de pensar a constituição do psiquismo do sujeito e sua relação com o espaço e o território.

Para Freud, o psiquismo se estabelece a partir da experiência de desamparo. O desamparo aparece na obra freudiana, num primeiro momento, relacionado a uma questão concreta, isto é, a situação de desamparo do bebê após o nascimento, ligada há um despreparo do organismo diante de estímulos do meio externo.

Laplanche e Pontalis (1987) definem este momento como o “estado do lactente que, dependendo, inteiramente de outrem para a satisfação de suas necessidades (sede, fome), se revela impotente para realizar a ação específica adequada para pôr fim à tensão interna.” (p. 156)

No decorrer da obra, a noção vai ganhando complexidade. O desamparo motor produz no bebê a necessidade da relação com o outro e o conseqüente aparecimento de uma série de eventos advindos desta dependência.

Menezes (2008) afirma:

O desamparo infantil implica para o bebê, uma abertura para o mundo adulto, ao mundo do outro. Há a vivência de uma primeira experiência de satisfação, que é propiciada pela intervenção de um outro. Nesse sentido, essa abertura é necessária, tendo em vista seu caráter inaugural do psiquismo que, em última instância, funda-se no desamparo inicial. Sob este prisma, o encontro com o outro se inscreve como o processo de desejo e, desse modo, o desejo surge onde antes havia se manifestado o desamparo e a impotência. (p. 36)

Aos poucos, a noção de desamparo que estava relacionada ao aspecto motor vai sendo deslocada para o psiquismo, isto é, o desamparo psíquico. Freud vai relacioná-lo à fundação e estruturação do aparelho psíquico. Esta maneira de entender o desamparo corrobora uma concepção de sujeito que se constitui na relação com o outro, isto é, a partir de algo que o transcende e lhe é exterior.

O sujeito, durante a vida desenvolve uma série de estratégias para lidar com o sofrimento e o desamparo. É importante destacarmos que a percepção do sujeito a respeito

da situação traumática ou da situação que produz sofrimento sempre estará marcada por uma dupla determinação, isto é, os perigos estarão sempre vinculados a uma situação externa e outra interna. Para a psicanálise os perigos são sempre de natureza pulsional e as ameaças estarão relacionadas tanto com a realidade como com o tensionamento de nossa imagem narcísica.

Menezes (2008) afirma que “...os perigos reais que a natureza comporta não são exatamente uma ameaça de morte, mas uma ameaça a nosso narcisismo, uma ameaça à imagem amada de nós mesmos. Os perigos reais são avaliados segundo nosso referencial narcísico.” (p. 86)

Freud (1926) vai afirmar:

Em relação à situação traumática, na qual o paciente está desamparado, convergem perigos externos e internos, perigos reais e exigências pulsionais. Quer o eu esteja sofrendo de uma dor que não pára ou experimentando um acúmulo de necessidades pulsionais que não podem obter satisfação, a situação econômica é a mesma, e o desamparo motor do eu encontra expressão no desamparo psíquico. (p. 67- 193)

Esta linha de pensamento nos aponta que a separação externo-interno tão necessária para nossa constituição neurótica, não pode ser concebida de maneira muito radical, haja vista que nossa percepção da “realidade exterior” é contaminada pela subjetividade. Pensar a percepção de perigo, a percepção do mundo e mais amplamente a condição de sofrimento humano a partir desta ótica vai nos indicar possibilidades de compreensão do humano que possam comportar uma dissolução da separação externo-interno, da separação mente-corpo e indicar caminhos de intervenção que apostem na valorização dos aspectos subjetivos envolvidos no adoecimento e sofrimento humano. Apontamos esta questão no capítulo anterior quando trabalhamos a representação da casa no território.

Outra vertente de análise a partir da noção de desamparo está relacionada à condição de existência do sujeito no mundo (na civilização) que é apoiada numa condição de desamparo do psiquismo. O sujeito não é dado a priori, mas sim, construído na articulação com a sociedade. Os chamados “textos sociais” de Freud como Totem e Tabu, Psicologia de grupo e análise do eu, e O mal-estar da civilização vão fazer esta articulação.

O desamparo não seria uma etapa do desenvolvimento infantil, mas sim a dimensão fundamental e insuperável sobre a qual repousa nosso psiquismo.

Pereira (2001)

Em momento algum da obra freudiana, o desamparo humano é apresentado como podendo ser completamente superado, seja pelo indivíduo, seja pela cultura, mesmo com os maiores progressos da Ciência. Segundo Freud, a relação do homem com sua existência é sempre marcada pela precariedade, pelas falsas ilusões de domínio e pelas tentativas mágicas de proteção contra os perigos. Freud tem, nesse contexto, um grande apreço pela Ciência e Razão, pois estas são capazes de dar aos homens uma orientação possível, fundada na realidade externa e não em ilusões tranquilizadoras. (p. 145)

É interessante esta idéia de que existe a necessidade de construções para se lidar com o desamparo, nesta perspectiva a civilização pode ser concebida como uma tentativa de diminuir o desamparo diante das forças da natureza, dos enigmas da vida e da morte.

A situação de desamparo desempenharia um papel importante na formação do complexo paterno e da religião. Estas construções seriam importantes ferramentas para se lidar com o desamparo, pois há necessidade de criação de proteção durante toda a vida. A cultura e as instituições teriam a função de proteção da condição de desamparo humano com relação ao mundo e aos outros homens, ao mesmo tempo em que auxiliariam na organização de suas relações sociais e na divisão dos bens.

Existem alguns autores como Bleger (1989), Kaës (1991, 2005), Enriquez (2001, 2002), Lévy (2001) e outros que, a partir de Freud, pensam a constituição do psiquismo relacionada aos vínculos grupais, institucionais e sociais. A contraposição entre indivíduo e grupo não faria sentido. Para estes autores, o psiquismo se estruturaria apoiado em elementos externos que seriam responsáveis por garantir a estabilidade psíquica. Estes elementos seriam o próprio corpo, a mãe, os grupos, as formações coletivas, mitos, ritos, etc. Este apoio faz parte da construção para se lidar com o desamparo.

A este respeito nos diz Kaës (1991, p.28):

Entendo apoio no sentido que Freud empregou este conceito, não apenas nos Três ensaios sobre a sexualidade (1905), mas também nos desenvolvimentos ulteriores do seu pensamento e até nos seus últimos escritos. Ao lado do apoio de determinadas formações psíquicas sobre as 'funções corporais necessárias à

vida' ele desenvolveu o conceito de apoio de outras formações psíquicas sobre as instituições da cultura e do vínculo social.

As instituições são entendidas aqui como formações discursivas que adquiriram valor de verdade (Onocko Campos, 2005). Elas podem ser pensadas com um conjunto de práticas ou de relações sociais que se repetem e se legitimam enquanto se repetem (Guilhon de Albuquerque, 1978). Elas são um conjunto de regras, enunciados e valores produzidos histórica e coletivamente que, serão manifestados por organizações, leis, padrões de viver, sentir e relacionar que regem e organizam o viver num determinado momento (Barembliitt, 1998).

Os trabalhadores de uma dada instituição produzem serviços, idéias, imagens e falam a partir dos lugares que ocupam nas relações instituídas que se repetem e se legitimam nesta repetição. A singularidade do sujeito encontrará ressonâncias nas redes de relações que são estabelecidas nas instituições, demarcando uma posição a partir da qual ele se reconhece e é reconhecido.

Para Kaës (1991, p.20):

A instituição nos precede, nos determina e nos inscreve nas suas malhas e nos seus discursos; mas com este pensamento que destrói a ilusão centrada de nosso narcisismo secundário, descobrimos também que a instituição nos estrutura e que contraímos com ela relações que sustentam nossa identidade.

Para o autor a instituição realizaria múltiplas funções psíquicas, mobilizando investimentos e representações relacionados à estrutura, à dinâmica do sujeito e sua economia pessoal, proporcionando as bases da identificação do sujeito com o social. Ela facilita a organização do psiquismo ao mesmo tempo em que o ampara, constituindo “*o fundo da vida psíquica no qual podem estar depositadas e contidas algumas das partes da psique que escapam à realidade psíquica*” (p. 27).

Esta visão propõe que uma parte de nosso self está fora de si mesma. Kaes (1991) afirma:

Esta exteriorização de um espaço interno é a nossa relação mais anônima, mais violenta e mais forte que mantemos com as instituições. Ela constitui espaços

psíquicos comuns que são coextensivos aos agrupamentos de diversos tipos. O correspondente interno desse espaço exteriorizado comum indiferenciado é provavelmente um dos componentes do inconsciente e, por esta razão, deve ser considerado como aquele fundo irredutível a partir do qual se organiza a vida psíquica. (p. 20)

Ele desenvolve a idéia de que as representações sociais das instituições tem por função colocar um curativo na ferida narcísica, evitar a angústia do caos, do desamparo, manter as identificações asseguradoras de nossa identidade.

Kaes (1991) afirma:

Este trabalho coletivo do pensar realiza uma das funções capitais das instituições, que é fornecer representações comuns e matrizes identificadoras: dar um “status” às relações da parte e do conjunto, unir os estados não integrados, propor objetos de pensamento que tenham um sentido para os indivíduos para os quais é destinada a representação e que gerem pensamentos sobre o passado, o presente e o futuro; indicar os limites e as transgressões, assegurar a identidade, dramatizar os movimentos pulsionais. (pag . 22)

Bleger (1988) defende que cada indivíduo tem sua personalidade comprometida nas instituições e à medida que isto ocorre, configuram-se distintos significados e valores nesta relação. Quanto mais integrada à personalidade, menos depende do suporte que ela lhe presta e, ao contrário, quanto mais imatura a personalidade, maior a dependência. A instituição, além de ser um instrumento de organização, regulação e controle social, funciona também como depositário de conteúdos psíquicos organizando, regulando e equilibrando o psiquismo de seus membros.

Para este autor as instituições funcionam como sistemas de defesas ou controle das ansiedades psicóticas. Apesar de a instituição possuir uma existência própria e externa ao sujeito, seu funcionamento se acha regulado, de um lado, pelas leis objetivas da realidade social em questão e, de outro, pelos conteúdos projetados pelos sujeitos, isto é, pela dinâmica do psiquismo. Isto significa dizer que há uma contaminação do funcionamento e dos objetivos da instituição pela dinâmica do sujeito, que a utilizam como fonte de satisfação e compensações (normais e neuróticas).

Bleger (1989) afirma:

O ser humano encontra nas distintas instituições um suporte e um apoio, um elemento de segurança, de identidade e de inserção social ou pertença. A partir do ponto de vista psicológico, a instituição forma parte de sua personalidade e na medida que isto ocorre, tanto como a forma em que isto se dá, configuram distintos significados e valores da instituição para os distintos indivíduos ou grupos que a ela pertencem. Quanto mais integrada a personalidade, menos depende do suporte que lhe presta uma dada instituição; quanto mais imatura, mais dependente é a relação com a instituição e tanto mais difícil toda mudança da mesma ou toda separação dela. Desta maneira, toda instituição não é só um instrumento de organização, regulação e controle social, mas também, ao mesmo tempo, é um instrumento de regulação e de equilíbrio da personalidade e, da mesma maneira que a personalidade tem organizadas dinamicamente suas defesas, partes destas se acham cristalizadas nas instituições. (p. 55)

Portanto “trata-se de poder compreender também que esses espaços são freqüentemente lócus de apresentação de uma mise-en-scène de estados pulsionais inconscientes”. (Onocko Campos, 2005b, p.578)

As diversas formas de construir a subjetividade e lidar com o desamparo parecem ligadas a uma equação que correlaciona o aumento de sofrimento com a incapacidade de simbolização. A possibilidade de elaboração e simbolização indicam um repertório maior de possibilidades para o sujeito lidar com seu sofrimento.

Birman (2001) afirma

Ser sujeito, pois, é ter de recomeçar insistentemente seu percurso singular, ter de lidar com seu desamparo em um mundo em que universalidade e totalidade não mais existem. Assim, a subjetividade humana se caracteriza por uma fragilidade estrutural. Porque os sujeitos são frágeis e mortais é que buscam artificios para sustentar sua suposta auto-suficiência e onipotência, seus ideais fálicos e narcísicos. (p. 95)

A noção de *Hilflosigkeit*, para Freud, configura a finitude do sujeito, na medida em que o psiquismo se constrói sobre um fundo de desamparo (desamparo original estruturante do psiquismo) que, em última instância, diz respeito à falta fundamental de garantias sobre o existir e o futuro. Tal precariedade da organização psíquica decorre do fato de ser impossível a total subjetivação da pulsão. Haverá sempre um resto, algo que não é simbolizável e que, por essa mesma condição, poderá tornar-se traumático, fazendo emergir o sintoma que,

como vimos, é considerado por Freud como a angústia de desamparo da criança.
(p. 79)

Podemos perceber em Kaes (1991) o desenvolvimento deste aspecto, pois ele relaciona as dificuldades de simbolização e as patologias da modernidade com o que ele nomeia de fragilidade das funções intermediárias. Elas seriam responsáveis por realizar funções específicas de ligação, mediação e de transformação. Seriam formações que estariam entre duas ordens descontínuas de realidade como o interno e o externo, o dentro e o fora, o consciente e o inconsciente, o ego e a realidade externa. Entre o espaço psíquico de cada sujeito e o espaço psíquico do conjunto constituído por uma família, um grupo ou uma instituição. São funções limites entre a realidade psíquica e uma ordem biológica (como a pulsão, a realidade social ou física). A formação intermediária teria a função de mediatizar e transformar os vínculos sociais e a vida psíquica, neste sentido ela é gerador de cultura.

Kaes (2005) afirma:

Este conceito (intermediário), como seu nome indica, permite fazer uma mediação, a ponte entre duas ordens de realidade que possuem sua lógica própria, que são heterogêneas e que, por conseqüência, não podem ser reduzidas uma à outra. Trata-se, então, de construir um conceito que, sem destruir a ordem própria do social e sem reduzir a ordem própria da realidade psíquica, permita ultrapassar o afastamento que organiza estes dois espaços. (p. 11)

O objeto mediador estaria relacionado com o trabalho do pré-consciente que, segundo a concepção freudiana é o sistema do aparelho psíquico no qual se efetuam os processos de transformação dos conteúdos inconscientes para que possam retornar a consciência. O pré- consciente seria o lugar tópico onde ocorre a formação dos processos e das construções intermediárias. Assim Käs (2005) afirma que “a capacidade associativa e interpretativa, vital para a psique, está inserida neste sistema. É neste sentido que a função do pré consciente é fundamental na atividade de sublimação e simbolização. (p. 67)

O trabalho do pré-consciente vinculado às estruturas psíquicas intermediárias é extremamente frágil e sensível às transformações. Estas estruturas são responsáveis pela

transmissão da vida psíquica e se relacionam com o trabalho psíquico de elaboração no contato com a cultura e, também na possibilidade de produção de cultura.

Kaes (2005) afirma:

O mal estar do mundo moderno nos confronta a um conjunto de transformações agudas que afetam as funções do intermediário no campo da vida social e da cultura. Eu evocaria a mutação das estruturas familiares e a fratura dos laços intergeracionais; a notável mudança (advinda em apenas duas décadas) na relação entre os sexos (notadamente no status da mulher); a transformação dos vínculos de sociabilidade, de estruturas de autoridade e de poder; e a confrontação violenta resultante de um choque de culturas. Todas essas transformações põem em cheque as crenças e os mitos que asseguram a base narcísica de nosso pertencimento a um conjunto social. Elas comprometem os fundamentos da identidade. (p.53)

São problemas provocados pela dificuldade de constituição de limites internos e externos do aparelho psíquico e falha nos sistemas de apoio que vão dificultar a integração das pulsões no espaço psíquico e social.

O modelo de sociedade tradicional, onde havia uma autoridade estabelecida e integrada a um sistema onde cada sujeito tinha seu lugar, seu papel, proporcionava certas garantias identificatórias e identitárias que em última instância significavam segurança psíquica. Na sociedade moderna, estas estruturas encontram-se modificadas, pois há uma desorganização das referências simbólicas tanto pelo enfraquecimento das figuras de autoridade, como a fragilização dos dispositivos de elaboração dos conflitos gerados pelo desaparecimento da lei.

Kaes (2005) aponta que o enfraquecimento das funções intermediárias tem relação com uma insuficiência por parte das instituições de servir como apoio. Na medida em que as instituições regulam as relações entre os homens, as transformações e “as falhas na segurança do ambiente são também uma experiência geradora de angústia, na medida em que a perda reatualiza os conflitos intrapsíquicos entre as tendências de amor e de ligação e as tendências de raiva e de desligamento” (pag.55)

Pensamos que estes conceitos podem nos ajudar a pensar a atenção básica a partir de dois pontos principais: O primeiro refere-se à possibilidade de se pensar o serviço de

saúde e o território onde ele está localizado como lugares de sustentação do psiquismo das pessoas que ali habitam. Pensamos que olhar para o território a partir desta possibilidade, nos permite compreender como se estrutura a demanda de saúde mental , na medida que o serviço de saúde pode simbolicamente representar esta possibilidade de apoio, esta resposta de segurança psíquica. Outro ponto importante é decorrente do primeiro, isto é, quais as mediações possíveis de serem realizadas pelos profissionais destes serviços, no sentido de promoção da saúde mental destas pessoas. A partir do material produzido pelos grupos focais na pesquisa, tentaremos compreender como os trabalhadores compreendem a demanda e como respondem a ela.

2 - METODOLOGIA

2.1 - INTRODUÇÃO

“O real precisa ser ficcionado para ser pensado.”

Rancière (2005, p. 58)

A opção de pesquisar o tema “Saúde Mental na Atenção Básica” utilizando uma metodologia qualitativa traz o desafio inicial de explicitar nosso método de trabalho para qualificar a pesquisa dentro dos cânones científicos. Este debate a respeito da cientificidade da pesquisa relaciona-se a hegemonia de uma visão de ciência que foi construída a partir do método cartesiano de análise e das idéias positivistas. As bases epistemológicas desta visão de ciência concebem a relação sujeito-objeto marcada pela distância e a neutralidade e os fenômenos como portadores de uma regularidade que irá se traduzir em experimentos e generalizações, leis e fórmulas matemáticas que possibilitariam a previsibilidade e o determinismo. Esta concepção vem ao longo do tempo reconsiderando algumas posições relacionadas a certa onipotência na relação com o conhecimento mas, em linhas gerais, persiste o entendimento de que a metodologia tradicional é o divisor de águas entre o que é ciência e o que é especulação.

A área das ciências humanas que, pela complexidade de seu objeto, não compartilha a mesma concepção de ciência, vem nas últimas décadas desenvolvendo novas metodologias de pesquisa e reivindicando o estatuto de ciência para sua produção. Partindo de pressupostos epistemológicos diferentes daqueles da ciência tradicional, estas metodologias concebem seu objeto como algo complexo, dotado de singularidade onde a aproximação em relação ao fenômeno estudado é fundamental. A inclusão da subjetividade humana no processo de produção do conhecimento tensiona os pressupostos tradicionais assumindo o caráter de construção deste conhecimento. A este respeito Bordieu (1997) afirma:

O sonho positivista de uma perfeita inocência epistemológica oculta na verdade que a diferença não é entre a ciência que realiza uma construção e aquela que não o faz, mas entre aquela que o faz sem saber e aquela que, sabendo se esforça para conhecer e dominar o mais completamente possível seus atos, inevitáveis, de construção e os efeitos que eles produzem também inevitavelmente. (p. 694)

A escolha da metodologia que será utilizada na pesquisa não está circunscrita a análise dos dados obtidos, mas na própria concepção do objeto e do projeto. Assim, o desenho do projeto vai refletir uma opção do pesquisador que está relacionada com suas concepções a respeito do fenômeno a ser estudado. Por conta disto, observamos que a pesquisa nas ciências humanas em suas diversas vertentes tende a reconhecer um saber dos sujeitos envolvidos nos fenômenos a serem estudados, rompendo com a polarização entre saber e não saber, explicitando desta forma as relações de poder presentes no contato entre pesquisador e pesquisado. Esta postura, se por um lado revela aspectos políticos envolvidos neste contato, por outro, facilita o acesso do pesquisador a regiões do fenômeno em estudo que não seriam acessíveis pelo pesquisador tradicional, pois facilita o diálogo e o aprofundamento do conhecimento.

O grupo “Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces” foi criado em 2004 no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp e desde sua fundação vem desenvolvendo pesquisas relacionadas ao campo da Saúde Mental no contexto das Políticas Públicas. Temos salientado a complexidade do tema da Saúde Mental, vinculado a uma série de questões de natureza sociais, políticas e éticas. O entendimento de que a produção de saúde está diretamente relacionada com a produção de subjetividade (Campos, 2000; Onocko Campos, 2001) coloca-nos uma série de desafios enquanto pesquisadores.

O trabalho que vem sendo realizado pelo grupo possui algumas características que merecem ser destacadas, pois faz parte da construção de um estofamento epistemológico que considera a interação e reconstrução mútua entre objeto, investigador e realidade, o que influencia profundamente a metodologia de trabalho, balizando o tipo de conhecimento almejado. A primeira característica relaciona-se a uma tradição do

Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/Unicamp de desenvolver seus trabalhos em parceria com a rede pública de saúde. Esta proximidade permite amplo acesso dos pesquisadores ao campo da saúde pública local e o estabelecimento de relações de cooperação profícuas tanto para os serviços quanto para a Universidade. Esta relação permite que sejam desenvolvidas pesquisas avaliativas com relação aos serviços.

O grupo se utiliza de metodologias de pesquisa qualitativas e participativas em consonância com a chamada Quarta Geração de Avaliadores, ou Pesquisa Avaliativa Participativa Pluralista (*stakeholder-based evaluation*) que vem sendo sustentada por diversos autores para aumentar a chance de utilização dos resultados da pesquisa (Patton, 1997), para estimular a participação, a capacitação e o desenvolvimento dos envolvidos (Feuerstein, 1990), para a consideração dos diferentes interesses, questões e reivindicações existentes (Guba & Lincoln, 1989), para revelar as aprendizagens silenciosas do cotidiano e propiciar espaço para negociações e trocas simbólicas entre os envolvidos (Furtado, 2001b).

Assim, enfocamos a avaliação como processo participativo e inclusivo, visando à detecção e à consideração das percepções, valores e questões dos grupos de interesse envolvidos com um dado programa, bem como incluindo o maior número de atores no processo, sejam usuários, familiares, gestores e outros que tenham interesse na utilização efetiva dos resultados do processo avaliativo (Furtado, 2001; Furtado e Onocko, 2008).

A afirmação da importância da inclusão de diferentes grupos de interesse no processo avaliativo torna necessária a construção de metodologias de pesquisa que sejam coerentes com nosso quadro de referências. Ao assumirmos uma postura ético-política de garantia da participação de diferentes atores nas diversas fases da pesquisa, somos convocados à necessidade de criação de espaços de reflexão e também de devolutivas dos materiais elaborados nas pesquisas, com o objetivo de envolver os grupos de interesse nas problemáticas em foco e ampliar conjuntamente o conhecimento através do processo avaliativo. Destacamos nosso interesse em trabalhar de modo tal que os atores envolvidos no serviço participem da avaliação e possam continuar utilizando os resultados da pesquisa, após a sua conclusão (Furtado, 2008).

O objetivo das pesquisas que temos desenvolvido é justamente ajudar na avaliação das práticas de saúde no SUS, colaborando com a avaliação do impacto da implantação das políticas públicas da área de saúde mental). Temos buscado compreender como está se dando a transposição das diretrizes preconizadas pelas políticas públicas para a assistência e a gestão dos serviços, extraindo conseqüências práticas do processo e propondo alternativas, visando a melhorias (Furtado e Onocko Campos, 2005).

A área da saúde de maneira geral e da saúde pública de maneira mais específica configura-se como um campo de estudo bastante complexo, pois conjuga saberes oriundos de várias tradições que são necessários na operacionalização das ações e que necessitam de aproximações e diálogos para que o processo aconteça. De um lado temos as pesquisas da medicina e seu inegável avanço no entendimento dos processos biológicos do adoecer acompanhadas de terapêuticas eficazes na manutenção da vida. De outro, o esforço de transferência destes avanços para a população e as dificuldades inerentes neste processo. Há uma constante tensão entre o saber técnico e as respostas das pessoas ao tratamento proposto. Neste processo reconhecemos uma infinidade de variáveis que estão relacionadas à concepção do processo saúde doença, ao imaginário da população a respeito dos agentes de saúde e do estado, as condições sociais da população, a singularidade de cada sujeito, enfim, fica cada vez mais claro que não basta o conhecimento objetivo a respeito das questões fisiológicas do processo de adoecimento, mas a necessidade de um aprofundamento do conhecimento dos fatores subjetivos do adoecer.

Czeresnia (2003) reflete a respeito das dificuldades encontradas no campo da saúde com relação às maneiras de se encarar o adoecimento. De um lado temos um saber técnico, construído a partir de conceitos explicativos do real baseados numa racionalidade positivista e de outro o sofrimento do sujeito, carregado de afetividade e angústia. A comunicação entre estas duas experiências é bastante problemática, pois há uma tendência a querer encaixar o sujeito no modelo explicativo criado sem levar em consideração sua subjetividade. O que acontece é uma dificuldade grande na relação entre os técnicos da saúde e a comunidade o que provoca resistências no seguimento do tratamento proposto.

O desenvolvimento da racionalidade científica, em geral, e da medicina, em particular, exerceu significativo poder no sentido de construir representações da realidade desconsiderando um aspecto fundamental: o limite dos conceitos na

relação com o real, em particular para a questão da saúde, o limite dos conceitos de saúde e de doença referentes à experiência concreta da saúde e do adoecer.
(p.40)

Isto não significa o abandono dos modelos construídos a partir da racionalidade científica, mas encontrar formas de transitar entre razão e intuição, encontrar novos caminhos para articular e utilizar o conhecimento científico na operacionalização das práticas de saúde que possam dar conta da singularidade e subjetividade do adoecer concreto.

2.2 - A HERMENÊUTICA NA CONCEPÇÃO DE GADAMER

“Não entendo. Isto é tão vasto que ultrapassa qualquer entender. Entender é sempre limitado. Mas não entender pode não ter fronteiras. Sinto que sou muito mais completa quando não entendo.” (p. 42)

A paixão segundo G.H.

Clarice Lispector

Outra característica própria ao nosso grupo é a fundamentação que temos dado ao trabalho a partir da hermenêutica crítica (Gadamer, 1997; Onocko Campos, 2005),

Para Gadamer (1997) a hermenêutica não pode ser considerada uma metodologia de pesquisa. A hermenêutica seria uma atitude filosófica que pode indicar caminhos para uma epistemologia e para o método científico (Ayres, 2005).

A compreensão de um fenômeno está sempre relacionada a uma atitude projetiva. Os sentidos que aparecem vão sendo relacionados com sentidos pré-determinados e expectativas do investigador. O problema que se coloca é como escapar da tendência de ficar limitado às próprias opiniões prévias. O caminho estaria relacionado a uma abertura a opinião do outro, a possibilidade de contato entre o outro e o investigador, “que se ponha a opinião do outro em alguma relação com o conjunto das opiniões próprias...” (Gadamer 1997, p. 404).

Esta abertura não deve ser confundida com neutralidade, nem com uma auto-anulamento. É importante conjugar de um lado o que é da ordem de antecipações realizadas pelo investigador e de outro a alteridade do fenômeno em estudo, confrontando estas duas ordens produzindo assim reflexões novas. Assim Gadamer (1997) afirma:

A compreensão somente alcança sua verdadeira possibilidade, quando as opiniões prévias , com as quais ela inicia, não são arbitrárias. Por isto faz sentido que o intérprete não se dirija aos textos diretamente, a partir da opinião prévia que lhe subjaz, mas que examine tais opiniões quanto a sua legitimação, isto é, quanto à sua origem e validez. (p. 403)

Para avançarmos nesta discussão vamos examinar a maneira como Gadamer entende a questão do preconceito. Para ele o conceito de preconceito não deve ser tomado

de maneira negativa, pelo contrário, vai afirmar que toda compreensão porta um caráter preconceituoso. O preconceito não é *a priori* um falso juízo, ao contrário, ele tem que ser explorado a partir dos diversos elementos relacionados ao fenômeno em questão para que possa ser valorizado positivamente e negativamente. A este respeito Gadamer (1997) afirma que “por isso os preconceitos de um indivíduo são, muito mais que seus juízos, a realidade histórica de seu ser.” (p. 416)

Diante da impossibilidade de nos desfazermos dos preconceitos, a tarefa da compreensão estaria ligada a sucessivas aproximações do problema oscilando do individual ao todo e inversamente do todo ao individual retirando deste movimento conseqüências que irão compor uma participação num sentido comum.

“O movimento da compreensão vai constantemente do todo à parte e desta ao todo. A tarefa é ampliar a unidade do sentido compreendido em círculos concêntricos. O critério correspondente para a correção da compreensão é sempre a concordância da particularidade com o todo”. (p. 436)

A questão da distância temporal com relação ao fenômeno também é tratada por Gadamer (1997) de maneira diferente, pois ele vai reconhecê-la como uma possibilidade positiva e produtiva do compreender. Não deve ser entendida como uma espécie de abismo que impossibilitaria a compreensão, mas sim, como o reconhecimento de uma continuidade da herança histórica e da tradição.

A compreensão seria um processo infinito, no qual continuamente se faz necessário eliminar novas fontes de erro e filtrar as distorções. Ao mesmo tempo, surgem novas possibilidades de compreensão que sugerem novas relações de sentidos. Este movimento nunca é concluído, pois é incessante. A distância do tempo possui um lado que dificulta a compreensão, que estaria relacionado a diferentes maneiras de se posicionar frente ao fenômeno, no entanto, por outro lado, tem um aspecto positivo. Gadamer (1989) afirma que “nada além do que esta distância de tempo torna possível resolver a verdadeira questão crítica da hermenêutica, ou seja, distinguir os verdadeiros preconceitos, sob os quais compreendemos, dos falsos preconceitos que produzem os mal entendidos.” (p. 422)

A tarefa de compreender implica tornar conscientes os próprios preconceitos. Aqui Gadamer retoma novamente sua visão original a respeito dos preconceitos, pois afirma que quando somos determinados por um preconceito não conseguimos conhecê-lo nem pensá-lo como um juízo. O início da compreensão estaria ligado a uma interpelação que sofreremos durante o processo de investigação. Este estímulo provém do encontro com a tradição. Assim Gadamer (1989) afirma:

Já vimos que a compreensão começa aí onde algo nos interpela. Esta é a condição hermenêutica suprema. Sabemos agora o que ela exige com isto: a de suspender por completo os próprios preconceitos. Porém, a suspensão de todo juízo e, a fortiori, de todo preconceito, visto logicamente, tem a estrutura da pergunta.

É interessante pensarmos que a pergunta nesta situação não diz respeito apenas ao fenômeno pesquisado, mas vai, principalmente, questionar a subjetividade do pesquisador. Quando Gadamer (1989) afirma que compreender é compreender diferente, isto tem como decorrência a própria mudança do pesquisador. A compreensão de um fenômeno passa pelo auto-conhecimento isto é, “a essência da pergunta é a de abrir e manter abertas as possibilidades.” (p. 448)

Gadamer (1989) vai chamar a atenção para o fato de estarmos imersos em nossos preconceitos e no processo histórico. Nossas opiniões acerca de um fenômeno estão determinadas por uma posição que limita nossas possibilidades de ver. Ele vai usar o conceito de horizonte para explicar esta limitação. A elaboração da situação hermenêutica significa então a obtenção do horizonte de questionamento correto para questões que se colocam frente à tradição

Horizonte é o âmbito de visão que abarca e encerra tudo que é visível a partir de um determinado ponto. Aplicando-se à consciência pensante falamos então da estreitez do horizonte, da possibilidade de ampliar o horizonte, da abertura para novos horizontes, etc. (p. 454)

Ele reconhece ao menos dois horizontes diferentes: aquele pertencente ao pesquisador e o que ele denomina horizonte histórico que está referido ao fenômeno. Há sempre uma relação entre os horizontes, pontos de contato e comunicação. Não há

horizonte totalmente isolado e fechado, como também não há vinculação absoluta a uma determinada posição. Para ele “o horizonte é, antes, algo no qual trilhamos nosso caminho e que conosco faz o caminho. Os horizontes se deslocam ao passo de quem se move.” (p. 455)

Ele acredita que a relação entre os horizontes, entre diferentes culturas e entre diferentes momentos históricos, não possui a característica de uma total estranheza, mas há sempre pontos em comum como se houvesse um grande horizonte, que vai sendo subdividido para a facilitação da compreensão. Para se compreender não é necessário abandonar nosso horizonte, pelo contrário, a consciência de nosso horizonte e as possíveis diferenças percebidas no fenômeno é que serão os guias de nossa compreensão. Para se compreender é necessário tornar-se consciente da alteridade do outro. É necessário termos um horizonte para nos deslocar a uma situação qualquer. Neste deslocamento nós levamos a nós mesmos.

Este deslocar-se não é nem empatia, de uma individualidade na outra, nem submissão do outro sob os próprios padrões, mas significa sempre uma ascensão a uma universalidade superior, que rebaixa tanto a particularidade própria como a do outro. O conceito de horizonte se torna aqui interessante, porque expressa esta visão superior mais ampla que aquele que compreende deve ter. Ganhar um horizonte quer dizer sempre aprender a ver mais além do próximo e do muito próximo, não para apartá-lo da vista, senão precisamente para vê-lo melhor, integrando-o em um todo maior e em padrões mais corretos. (p. 456)

2.3 - A “PESQUISA MAIOR”

Esta pesquisa está inserida e utiliza parte dos dados de campo de uma pesquisa maior denominada “Estudo Avaliativo de arranjos e Estratégias Inovadoras na Organização da Atenção Básica à Saúde (Convênio Fapesp – CNPq – SUS Processo No 06/61411-4). O objetivo da pesquisa maior foi avaliar a rede de atenção primária de saúde de Campinas em relação ao impacto de alguns novos arranjos e estratégias.

Passamos agora a descrever como foi realizada esta pesquisa maior, até a coleta de dados e após retornaremos aos objetivos do presente trabalho.

2.3.1- Aspectos metodológicos

2.3.1.1- Objetivo Geral (pesquisa maior): Avaliar alguns arranjos e estratégias inovadores implementados na rede básica da cidade de Campinas/ SP em busca da melhora da eficácia do SUS.

2.3.1.2 - Reconhecimento do campo:

A pesquisa foi realizada na cidade de Campinas que está dividida em cinco distritos sanitários. A partir dos dados do IBGE em relação ao Censo Demográfico 2000, havíamos estabelecido os seguintes critérios de inclusão para os Distritos de Saúde:

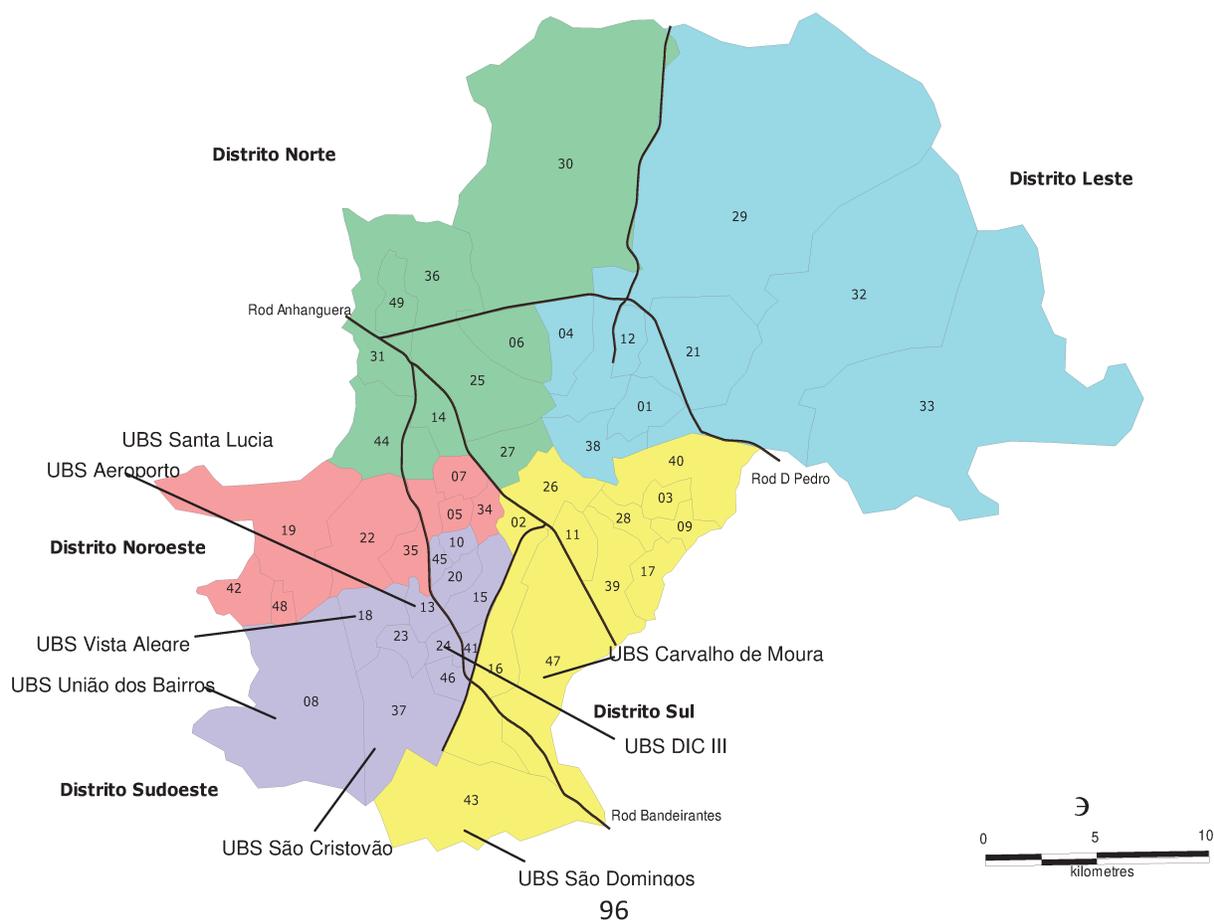
- SUS dependência alta (acima de 70% da população),
- proporção de chefes de família com 15 anos ou mais de estudo muito baixa (até 4% das famílias),
- proporção de chefes de família com renda igual ou maior a 10 salários mínimos muito baixa (até 7% das famílias).

Foram escolhidos dois distritos a partir deste critério: Sul e Sudoeste

As unidades pertencentes a estes dois distritos foram escolhidas a partir dos seguintes critérios de inclusão:

- unidades de médio porte (que possuam entre 10 a 20 salas),
- número de equipas de saúde da família entre 3 a 4 por unidade,
- com uma cobertura maior ou igual a 50%,
- que possuam número de médicos 36h semanais entre 4 e 8 por 20.000 habitantes.

Foram selecionadas 8 Unidades: UBS Vista Alegre, UBS União dos Bairros, UBS DIC III, UBS Aeroporto, UBS São Cristóvão, UBS Santa Lúcia, UBS Aeroporto e UBS Carvalho de Moura. O mapa abaixo mostra os Distritos Sul e Sudoeste (roxo e amarelo) e as unidades de saúde escolhidas.



A partir desta primeira seleção foram organizados 3 agrupamentos: Agrupamento I (DIC III e Aeroporto), Agrupamento II (São Domingos e Carvalho de Moura) e Agrupamento III (União dos Bairros e Vista Alegre).

2.3.1.3 - Os trabalhadores da atenção básica em Campinas

Na cidade de Campinas, campo escolhido para a pesquisa, o processo de implantação da Atenção Primária acontece desde a década de 70. A partir de 2001, - iniciou-se o processo de implantação de um Programa de Atenção Básica (Campos, 1991, 1994) com base no paradigma da complexidade, transversalidade e intersetorialidade. O PSF foi implantado, mas num modelo ampliado em relação ao sugerido pelo Ministério da Saúde. Na atenção básica de Campinas, além da equipe mínima há outros profissionais como o pediatra, o ginecologista, o dentista, o psicólogo, o psiquiatra, a assistente social e uma série de arranjos, estratégias e dispositivos de atenção que tem como objetivo ampliar a intervenção na área de saúde, saindo de um modelo médico tradicional para um modelo que leva em conta a complexidade do fenômeno saúde, tenta melhorar a acessibilidade, a integralidade dos cuidados e facilitar as relações horizontais entre as diversas instituições e atores sociais. Este município foi também um dos pioneiros, no Brasil, na implantação de uma razoável rede de saúde mental substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, supostamente articuladas com a rede de Atenção Básica e com propostas de ações intersetoriais com a assistência social, a educação, a cultura, as Ongs e os equipamentos sociais do território. Todo este processo de implantação foi acompanhado de muita discussão e diversas capacitações que produziram certo amadurecimento dos trabalhadores a respeito de seu papel, sendo que atualmente, tenta-se aprofundar este processo através do dispositivo do matriciamento. Apesar dos avanços há diversos problemas relacionados à composição das equipes, pois a política de reposição de profissionais é bastante lenta, o que produz equipes incompletas e sobrecarregadas de trabalho. Há também diferenças significativas com relação à formação, pois como já discutimos a formação acadêmica é descontextualizada e os programas de capacitação do SUS não acontecem com a regularidade desejada. Podemos afirmar que há um caldo de cultura interessante e sólido, como se houvesse um solo fértil,

no entanto, não é raro nos depararmos com profissionais sem nenhuma formação. Especificamente com relação à Saúde Mental, o quadro é um pouco mais problemático, pois trata-se de uma área extremamente complexa que vai exigir dos profissionais, além de um conhecimento técnico, uma revisão de seus próprios valores e preconceitos. Neste sentido, tanto um profissional de nível superior quanto um profissional de nível médio podem apresentar formas de atuação bastante inadequadas, pois o acento se coloca sobre a relação.

2.3.1.4 – Coleta de dados qualitativos: Grupos Focais

A técnica de Grupos Focais vem sendo amplamente utilizada nas áreas da saúde, educação e sociologia para a captação de dados e para a avaliação de programas e serviços (Wiggins, 2004), mostrando-se pertinentes em processos de avaliação participativa (Furtado, 2001).

O grupo focal é uma técnica que permite a obtenção de dados a partir de sessões grupais entre pessoas que compartilham um traço em comum. Tais grupos permitem a coleta de informações relevantes sobre um determinado tema, possibilitando a apreensão não somente do que pensam os participantes, mas também do por que eles pensam de determinada forma. Além disso, possibilita a observação da interação entre seus componentes e os diferentes graus de consensos e dissensos existentes (Westphal et al., 1996; Morgan, 1997).

Foram realizados 6 grupos focais coordenados pelos pesquisadores ligados à pesquisa maior. Os coordenadores foram auxiliados por outro pesquisador que fazia o papel de observador.

- **(1) Um grupo de trabalhadores das UBSs do agrupamento I**
- **(1) Um grupo de trabalhadores das UBSs do agrupamento II**
- **(1) Um grupo de trabalhadores das UBSs do agrupamento III**
- **(3) Um grupo de agentes comunitários de saúde do agrupamento I.**
- **(3) Um grupo de agentes comunitários de saúde do agrupamento II.**
- **(3) Um grupo de agentes comunitários de saúde do agrupamento III.**

Critérios de inclusão

Os seguintes critérios foram propostos para a inclusão no grupo focal de trabalhadores (1):

- Ter nível médio ou universitário.
- Não desempenhar tarefas de agente comunitário de saúde.
- Ter representatividade das varias categorias profissionais.
- Trabalhar a mais de seis meses na unidade de saúde.
- Ter interesse em participar do estudo.

Os seguintes critérios foram propostos para a inclusão no grupo focal de usuários (2):

- Conhecer a unidade há mais seis meses.
- Ter interesse em participar do estudo.
- Ter utilizado unidade pelo menos três vezes no último semestre

Os critérios propostos para a inclusão no grupo focal de agentes comunitários de saúde (3):

- Conhecer a unidade há mais seis meses.
- Ter interesse em participar do estudo.
- Trabalhar como agente comunitário de saúde

No encontro com cada grupo, foi explicado o desenho geral da investigação, seus propósitos, motivações e questões pertinentes aos investigadores. O período da coleta de dados foi entre maio a junho de 2008. Foram também levantadas e debatidas questões específicas dos participantes em relação aos serviços avaliados e que foram consideradas no processo avaliativo: quais são suas percepções e interpretações das

situações que vivenciam que percepções recíprocas os atores tem e quais seriam as insatisfações expressas. Desta forma, almejou-se alcançar os conflitos manifestos e os latentes além dos interesses em conflito que explicariam distintas tomadas de decisão.

Construímos um roteiro (anexo 1, 2, 3) para cada grupo focal que orientou os coordenadores na condução dos diferentes grupos focais.

2.4 - PESQUISA – SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA- AS RELAÇÕES ENTRE O TERRITÓRIO E O PSIQUISMO.

Os dados produzidos nos grupos focais da pesquisa maior, serão utilizados e analisados a partir dos objetivos traçados abaixo:

2.4.1 - Objetivos

2.4.1.1-Objetivo geral

Compreender a relação dos trabalhadores com a comunidade, identificando quais as concepções que os profissionais da atenção básica têm a respeito da relação entre saúde mental e território.

2.4.1.2 – Objetivos específicos

- Identificar se os profissionais da atenção básica estabelecem algum tipo de relação entre o processo saúde-doença e o território.

- Identificar quais os tipos de respostas ao sofrimento psíquico que são construídas a partir deste entendimento.

- Investigar os diversos dispositivos e estratégias de atenção à saúde mental existentes nas UBS.

2.4.2 - Tratamento e interpretação dos dados

Os dados foram considerados a partir da abordagem que permitiu conjugar análise e interpretação, tarefa para a qual foi utilizada a hermenêutica crítica utilizada por Ricoeur (1997, 1990), por sua vez inspirada na hermenêutica gadameriana (Gadamer, 1997).

A interpretação é composta de dois movimentos: análise e construção (Onocko Campos, 2002; Roudinesco e Plon, 1998); sendo a análise necessária para a compreensão aprimorada dos fenômenos em curso e a construção (Freud, 1975), à maneira de uma narrativa, fundamental para a formulação de propostas e elaboração de novos sentidos que poderiam ser agenciados por trabalhadores e gestores no aprimoramento da atenção em saúde no Brasil.

Como ressaltado por Gadamer (1997), a hermenêutica não deve ser considerada uma metodologia no sentido cartesiano, mas uma postura interrogativa que se aplicaria fundamentalmente ao estudo de textos. Pretendeu-se, honrando a abordagem hermenêutica, trabalhar o material produzido pelos grupos focais da seguinte forma:

1. Nesta pesquisa serão utilizados os dados produzidos nos grupos focais referentes aos trabalhadores e aos agentes de saúde. Portanto trabalharemos com dados de seis grupos focais.

2. Após a primeira aproximação do material gerado nos grupos focais (transcrição), uma primeira interpretação foi produzida, após realizarmos uma leitura flutuante e várias vezes reiteradas do material do grupo focal de onde saíram categorias que nos ajudaram a organizar o material a partir de eixos comuns. Na construção destas categorias procurou-se identificar os núcleos argumentais. Identificamos o conjunto de argumentos que não se referem somente a um tema, mas tentam atribuir a ele alguma explicação: um por que, um para quê e um como. Referem-se também à tessitura explicativa das diversas vozes dos grupos focais quanto a um determinado assunto também relacionado ao roteiro percorrido. (Ricoeur, 1997)

3. Finalmente, foi realizada outra volta hermenêutica. Nesse momento, buscou-se identificar a presença das várias tradições nas falas dos trabalhadores e, novamente, seus pontos de diálogo, interação, convergências, diferenças e recalques.

Dessa maneira, procura-se cumprir com o postulado hermenêutico de passar várias vezes pelo mesmo lugar e que caracteriza o círculo hermenêutico. Círculo que não deve ser visto como vicioso, pois apesar de ser obrigado a passar pelo mesmo lugar, passa sempre em uma altitude diferente, de maneira que “*quando se logra compreender, compreende-se sempre de maneira diferente*” (Gadamer, 1997, p. 437).

3 - ANÁLISE DOS DADOS

Os grupos focais nos permitiram uma aproximação com a realidade da Atenção Básica. Nosso objetivo nesta parte do trabalho é organizar este material de maneira a mostrar esta realidade, tendo como foco o olhar do trabalhador sobre as questões de saúde mental no território. Nestes seis grupos focais participaram trabalhadores do PSF: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e agentes de saúde. A profissão daquele que fala está identificada com uma abreviatura.

No trabalho de organização do material emergiram 3 categorias que são as seguintes: O conhecimento dos trabalhadores a respeito da população; Subjetividade e precariedade do social – demanda da saúde mental e As respostas ao sofrimento psíquico. Esta última categoria foi subdividida em 4 subcategorias: A medicação como resposta ao sofrimento e ao desamparo; O trabalho no território como possibilitador de um novo olhar ; Novos dispositivos de atenção – Alguns Avanços e Organização do espaço – Produção de um lugar.

Passamos agora a expor as falas oriundas dos grupos focais, tendo a preocupação de apontar as questões, mas privilegiando a argumentação presente no discurso dos profissionais da Atenção Básica.

3.1 - O CONHECIMENTO DOS TRABALHADORES A RESPEITO DA POPULAÇÃO.

A estratégia de Saúde da Família aposta na proximidade e no vínculo como propiciadores de um melhor cuidado de saúde. A entrada no território e o estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários do sistema produzem uma série de novidades que vão exigir reflexão e transformações nas formas de cuidados. No material coletado nos grupos focais pudemos perceber diversos aspectos desta questão. Primeiramente constatamos que a proximidade possibilita um melhor conhecimento da população que utiliza o serviço.

[...]É o convívio que você tem com a população, né, você fica conhecendo todo mundo, e você sabe os problemas, você conhece todo o pessoal que participa do seu CS, né [...] AUX. ENF.

[...] Um olhar diferente, né, pra cada um deles assim, você tem um, você recebe de forma diferente pela, pelo jeito da pessoa ser, se é uma pessoa mais tranqüila, se ela tem uma certa tolerância de espera ou não, né[...] ACS

[...] Há um convívio cotidiano com a população, você acaba conhecendo todo mundo, sabe os problemas de cada um e desenvolve um olhar diferente para cada pessoa[...] ENF

[...]Sabe mais sabe que pessoas moram na casa, assim tem uma especialidade pra entregar em tal rua, você consegue lembrar cada casinha uma do lado da outra pra chegar naquela entendeu? Você sabe ali, quem mora ali. Mora a mãe mais uma filha que é casada no fundo com um filho [...] ACS

[...]É por isso que nós discutimos muito em equipe, por quê? Às vezes eu não conheço a paciente, mas as agentes de saúde participam também da reunião, então eu falo, “olha, fulana veio aqui e falou isso, isso e isso.” Mas como a

*maioria mora lá na comunidade das agentes de saúde, então elas conhecem muito as histórias, porque moram há anos lá, “não, eu conheço essa pessoa, olha, ela falou isso, mas é assim, assim, assim”, então, é discutido, cê entendeu?
[...] MED*

[...]Se a gente sabe que aquela pessoa trabalha a gente liga pro vizinho da um recado por que a gente sabe quem é o vizinho ou vai até lá e se é urgente a gente pede ajuda pra alguém que agente conhece[...] ACS

[...]Agente é assim, notícia já, né, tudo que acontece a gente fica sabendo em primeira mão, quem morreu, quem tá doente, quem se mudou, quem tá morando naquela casa de novo, é tudo assim, cê fica sabendo assim, meio diário, né, então, esse requisito de morar na área, ele é um requisito muito importante, por causa disso[...] ACS

Uma questão apontada por alguns trabalhadores diz respeito a um movimento de troca de moradia bastante freqüente que seria um dificultador do trabalho. Este movimento relaciona-se principalmente com a questão da renda e impossibilidade de pagar o aluguel ou comprar uma casa própria.

[...] Isso vai depender muito da micro área, se eles mudam se eles não mudam. Lá na nossa área e da maneira que a gente é dupla, ela tem uma micro área dela e eu tenho a minha e as pessoas mudam bastante, então quando você vai conhecer melhor aquela família elas já mudaram nunca a gente conhece casinha por casinha não [...] ACS

[...] Acho que tinha esse problema lá na gleba também, agora o pessoal ficou mais assim, é o pessoal não tá mais mudando tanto. Mas logo que começou lá, já deve ter uns 10 anos, então lá quando começou funcionar lá o centro de saúde até uns 2 anos atrás era assim. A gente ia lá essa semana era uma família que morava, a gente voltava daqui 15 dias já era outra família, então a gente ficava também assim, mas agora não agora o pessoal parece que tá ficando

mais então agora é mais fácil da gente conhecer, talvez seja isso. Por isso vocês enfrentam mais dificuldade do que a gente[...] ACS

A proximidade física é realmente um facilitador, no entanto, o contato freqüente e a qualidade do vínculo dependerão da capacidade do profissional de estabelecê-los. Percebemos que, principalmente com relação aos profissionais sem formação superior, que tem origem mais humilde e que residem próximos ao local de trabalho, esta proximidade incomoda pelo excesso. A população faz demandas em locais e horários que extrapolam o período de trabalho e muitas vezes invadem a vida privada dos profissionais. Há trabalhadores que conseguem colocar um limite e também outros que não se incomodam.

[...] Pra nós é mais difícil, difícil porque eles cobram muito de nós, porque nós somos moradores do bairro próximo ao CS, principalmente porque a gente mora na área de abrangência [...] ACS

[...] grande parte dos auxiliares moram na região, então você tá falando de uma realidade que eles conhecem de cor e salteado, da frente para traz, do vizinho, de toda a história, né, isso é bom porque, às vezes, ajuda, mas acho que também fica pesado para o profissional ser procurado no final de semana, em qualquer horário e também para você conseguir distinguir quando é que você está ajudando e quando é que você está controlando a vida da pessoa[...] ENF

[...] eu vejo que é esse processo mesmo de compartilhar tudo isso assim, que nem a gente que fica na unidade e tá no dia a dia com eles não tem aquela coisa, por exemplo assim, da psicologia né, eu não to com distanciamento do meu paciente, do usuário, ele é super próximo, eu vou sair pra fazer uma cirurgia e a comunidade inteira sabe o que eu fui fazer, eu to no shopping, então assim, esse é o lugar de você compartilhar e eles te tem como uma referência, então às vezes acontece alguma coisa e nem é horário de consulta, mas eles vão lá na gente e algumas coisas a gente deixa pra conversar na consulta mas algumas coisas tem que ser agora, “a gente vai resolver isso agora”, eu acho que tem essa proximidade mesmo que é próprio da unidade básica assim, a gente tá no território a gente sai pra fazer visita pra uma pessoa de repente encontra outra e aí assim cê vai[...] ENF

[...]Aí tem uma cobrança em cima da gente também. Por que eles vão atrás da gente pra perguntar pra gente, se a gente estiver passando na rua ou perto da casa se encontrarem agente até mesmo fora do trabalho até mesmo na cidade ou na igreja ou no mercado ou em algum outro lugar eles perguntam, então tem um lado assim que um não que eles recebem lá no CS refletem em cima da gente sim[...] ACS

[...]Eu não ligo não, só se eu tiver tipo perdendo o ônibus pra ir trabalhar, mas do contrário eu não ligo que me pare na rua não, que vai na minha casa, não ligo mesmo[...] AUX ENF

[...]Eu já não gosto, fora do meu horário de trabalho já acho já um ponto negativo isso, pelo lado do agente de saúde, mas é muito pessoal, como ela já diz que ela gosta. Eu já não gosto, se eu tô no mercado aí... “e o meu exame, chegou?” não sei né não to lá pra saber só se eu procurar pra você mais agora não tem como te responder[...] ACS

[...]Sobre morar na área, eu não acho que só porque a gente mora que a gente conhece, eu a vida inteira morei ali e eu não sei de tudo que acontece no bairro.[...]
AUX ENF

É interessante apontar que com a estratégia de saúde da família e a conseqüente entrada dos agentes de saúde na equipe, a questão da diferença de classe social ficou amenizada, pois os agentes têm um duplo pertencimento e fazem uma espécie de ponte entre estes dois mundos. A presença dos agentes e as informações que trazem do território produz uma série de transformações no entendimento da problemática do usuário.

[...] É o vínculo com os pacientes, né, que o vínculo, quem liga os pacientes ao centro de Saúde, na realidade, somos nós né, porque o vínculo é uma ponte, né, o vínculo é os agentes de saúde[...] ACS

[...] Quando a gente entrou eles falaram que seria uma ponte da sociedade/comunidade com o centro de saúde [...] ACS

[...]Seria o conhecimento de fora pra dentro da unidade né. Conhecer as pessoas e as dificuldades e trazer pra unidade[...] ACS

[...]É como na saúde mental, sobre um caso a enfermeira chama pra discutir por que a pessoa tentou o suicídio alguma coisa assim, como nós estamos sempre na área fazendo visita e acompanhamento da família, nós sempre vamos até a casa da pessoa a gente conversa, você já tem aquela intimidade com a pessoa, e a pessoa começa a te falar te conta os problemas então você sabe o que acontece dentro da casa e tem como passar pra equipe, pro médico pro enfermeiro o que ta acontecendo e o que aconteceu mesmo pra ele dar o encaminhamento é uma parte legal do trabalho[...] ACS

Freqüentemente nos deparamos com situações que revelam a sensação de impotência produzida pela invasão do desamparo da população.

[...]Sempre no mesmo Centro de Saúde, isso, e o vínculo que você cria com essa população, né, é, agora, de ruim que a gente tem, muitas vezes você não poder dar para a população aquilo que ela precisa, né, que você sabe que ela precisa e você não tem como oferecer aquilo que ela ta precisando, então, isso é uma coisa que deixa a gente muito desgastado, estressado, porque você atende, você tem aquele vínculo, você sabe do que a pessoa precisa e você não tem condição de estar dando pelo sistema em geral, né[...] AUX ENF

Aparecem também concepções relacionadas ao processo de procriação, de migração, onde transparece certa crença num processo descontrolado e desorganizado que pode ser interpretado também como a impotência frente a um fenômeno incontrollável.

[...]Eu trabalhei em UTI neo-natal e em sala de parto , você sabe que é estressante, principalmente quando um parto é complicado ou quando nasce um prematuro, aqui, é estressante o hospital? É, nessa parte que eu te falei, mas

aqui, é tudo novidade, de ver o povo carente, o povo precisa muito de a gente conversar com ele[...] MED

[...]É diversidade. a cabecinha dele, o povo tá sofrendo, o povo precisa da gente, eles são carentes, eles são muito carentes[...] ENF

[...]Eu acho que não dá pra conhecer toda a população assim, né, ela é extensa demais e ela se cria bastante. É, ela multiplica rápido, né. Multiplica assim, por causa dos agregados, né. Além das famílias tem os agregados, porque é como se fosse uma isca, né, aí vem gente do Paraná, da Bahia, de Minas agregado na família, que recebe eles, e a gente acaba criando um vínculo com aquele também[...]ENF

A questão da diferença entre um bom cuidado em saúde e o controle é muito importante. Os profissionais têm acesso quase irrestrito ao território, entram na casa, no quarto e muitas vezes sabem coisas bastante íntimas de cada família. Não é raro presenciarmos posturas moralistas e extremamente autoritárias por parte dos profissionais.

[...]A gente sempre fica nesse limite de quando a gente tá ajudando a gente permite que ela diga não pra alguma coisa que a gente propõe, né. Porque, às vezes, a gente não consegue entender esse não. Não porque não quer, mas porque tem uma instituição que diz pra você que você tem que fazer tal coisa, né. Então assim, é bom, mas também tem que tomar um certo cuidado, né, às vezes, como psicóloga você vai conversar da vida da pessoa nos atendimentos e tal e isso fica um pouco confuso pra alguns pacientes, né, uma região muito carente de outros equipamentos, não só de saúde, de educação, de equipamentos sociais, então você acaba acolhendo toda e qualquer demanda. Você vê que a pessoa fica numa dependência mesmo com o serviço, né, porque não tem onde, outro lugar para ir buscar, né, e isso que traz esse dilema: até quando que eu to controlando, até quando que eu to ajudando[...] PSIC

A formação de vínculo entre o profissional e o usuário produz uma série de questionamentos entre os profissionais, pois a vinculação por si só não garante uma boa

prática de saúde. A questão da dependência e da autonomia aparece freqüentemente no discurso dos profissionais.

[...]Je sempre, também, tentando trazer pro usuário que ele também tem uma responsabilidade, uma parcela, né, assim, seja de vir na consulta, seja de um combinado que se fez, seja, eu vou levar, procurar vaga na escola, né, vou freqüentar o centro de convivência, mas a gente tenta fazer alguns combinados de que se cumpra das duas partes, né, eu acho que, não sei se isso está chamando de responsabilização, mas é uma coisa que é comum, assim, a gente fazer, né, uma estratégia[...] ENF

[...]Mas a gente tem feito muito o exercício assim, de também refletir como paciente, assim, eu já vi as meninas fazendo isso várias vezes, né, “tipo, olha, esse não é um problema que eu posso resolver aqui, mas você procurou o serviço por que? Por que você confia? Então, vamo pensar, o que você pode fazer uma questão de emprego”, sei lá, coisas, tem outras coisas em que acontece da gente tentar direcionar sendo que não é uma resposta que vai vir do serviço, propriamente dito, mas que são questões de saúde e aí a gente tenta encaminhar, tenta pra cada área[...] ENF

[...]Eles têm aquela mentalidade paternalista, que “eu tenho direito, a saúde não é direito de todos?”, né, então eles querem tudo pronto, eles não acham que eles vão ter que fazer o papel deles, assim, “Olha, eu não vou te dar um remédio pra você deixar o álcool, eu não vou te internar, eu vou fazer um projeto terapêutico, vamos fazer, vai envolver a família...” eles não querem isso, eles acham que você tem uma pílula lá, que você vai dar e que vai acabar com os problemas dele, a gente sabe que não é assim, né, que isso não é resolutivo[...] ENF

O aspecto relacionado à dependência traz um aumento da responsabilidade e da complexidade do atendimento pois vai exigir do profissional que tenha estrutura para suportar este lugar de apoio e, em seguida, que ele possa desenvolver ações que propiciem a reflexão em direção à autonomia do paciente.

[...]Eu acho que dá pra fazer um trabalho legal na prevenção, coisa que a gente não tem no hospital, porque você tem, você conhece o paciente, você conhece a casa dele, você tem a dinâmica da família inteira, só que o profissional, ele desgasta mais, porque o paciente é seu, a equipe é sua, o problema tá ali, entendeu? Você tá de férias, muita coisa pára, porque o profissional não tá ali, então, “volta de férias tal dia”, então, o paciente sabe “eu sei que ela vai resolver o meu problema!” entre aspas, então, ele fica esperando você voltar de férias, parece que parou tudo, então você volta parece que tem aquela enxurrada em cima de você, eu sinto muito isso no CS. Ao mesmo tempo cê vê que seu trabalho é muito proveitoso, a autonomia da gente é muito grande, você tem, assim, o que você fala eles confia, porque eles sabem que você tá ali há um tempo você é da equipe dele, eles podem contar, então eles vêm e deposita tudo em você, eu acho gostoso isso[...] ENF

[...]Você recebeu o problema, você tem que dar um jeito, você não pode virar e falar “Não, acolhi, já sei o seu problema, agora tchau!”, você tem que dar, dar um andamento pra aquilo, e aí? Ai é que chega a questão[...] ENF

[...]Eu acho que nós somos tudo nesses casos, tudo, porque nós tamo praticamente sozinha, praticamente, ou, quando você consegue alguma ajuda é de fora, assistente social[...] ENF

O processo de vinculação envolve principalmente aspectos relacionados às características pessoais dos profissionais e na maioria das vezes, a vinculação acontece com um integrante da equipe com o qual o usuário se identifica. Esta situação mobiliza bastante a equipe que, de certa forma, é obrigada a trabalhar em conjunto para, de um lado aproveitar este vínculo criado que vai favorecer a adesão ao tratamento e por outro lado, o profissional em questão precisa estar capacitado para fazer esta referência.

[...]Angústia, o maior sentimento é a angústia, porque assim, normalmente, principalmente o paciente de Saúde Mental, se você atender ele, independente de que profissão que você seja, qual seja a sua categoria, você atendeu a primeira vez você é o vínculo dele, ele pode acabar de passar no psiquiatra, no

psicólogo, que ele vem te contar tudo o que ele falou lá, que hipótese que ele teve, que remédio que ele vai tomar[...] AUX ENF

[...]E o paciente, gente, não adianta, eles conhecem tudo da gente, né, eu tenho paciente da época que eu fazia Saúde Mental, não tinha Saúde Mental eu que era a equipe de Saúde Mental, então, eu ia lá no Aeroporto discutir os casos, tem gente que até hoje vem com aquele vínculo, eu tive paciente que não queria, que não aceitou passar quando veio o psicólogo “Não, eu gostaria de continuar com você!” “Não, mas agora temos o psicólogo!”, você lembra aquele paciente que trazia pão pra mim (risos) teve paciente que não aceitou ir com o psicólogo porque queria continuar comigo, porque achava que eu era a psicóloga dele, sei lá, mas enfim, eu não acho ruim isso, entendeu, mas a gente não dá conta[...] ENF

[...]O que eu observo no centro de saúde onde a gente trabalha, algumas pessoas se identifica mais com os casos e até com a pessoa do que com o caso, com o paciente, e acaba se envolvendo mais por que conhece mais aquela pessoa e outros não. Mas já em outros casos o envolvimento da pessoa é até diferente. Mas tem aqueles que se envolvem em tudo e aqueles que não se envolvem tanto, mas não chega a ponto de dificultar o resultado, e quando a gente percebe que uma pessoa não ajuda muito a gente já vai procurar aquela que adere mais as idéias e que ajuda mais[...] AUX ENF

Quando a vinculação acontece, um fenômeno interessante se produz, pois esta mistura entre o profissional e o pessoal, dificulta a percepção de que esta relação é de trabalho. Muitas vezes o profissional não se dá conta de que a própria criação do vínculo faz parte do trabalho. Há uma concepção de intervenção muito estereotipada, relacionada principalmente ao modelo médico, onde, para ser considerado intervenção tem que existir procedimentos. O próprio Ministério da Saúde reafirma este modelo quando limita o que pode ser considerado procedimento. Um acolhimento que acontece no corredor, por exemplo, que muitas vezes é resolutivo, não é considerado como produção. Esta questão é muito importante, pois remete a outra reflexão a respeito de qual é o papel da atenção primária, da saúde mental na atenção primária e qual a importância dos diversos

dispositivos de escuta na organização e estruturação do trabalho. A sensação de que não se está fazendo nada está muito relacionada com esta visão que desvaloriza aspectos subjetivos da atenção e do cuidado.

[...]E eles nos acham, eles nos encontram dentro da Unidade, se não é, se eles não encontram o primeiro vínculo eles vão no segundo, terceiro, é por etapa, assim, eles sabem, nos conhecem, né, e nós também conhecemos, então, ao mesmo tempo que a gente acha que a gente não faz, a gente tá fazendo tanto só que cai na nossa rotina, no dia-a-dia e a gente não percebe isso, isso eu ouvi de profissionais da Unicamp que vieram fazer estágio na Unidade e falaram isso pra nós, que acha que a gente trabalha muito, eu fiquei feliz, sabe, porque eu fiquei pensando sobre isso[...] AUX ENF

[...]Então, por causa desse vínculo, desse elo dos agentes de saúde com os centros de saúde que, às vezes, vem essa parte chata de a gente ficar frustrado com alguma coisa que acontece, porque, foi o que ela disse, você conhece a pessoa, você vê a pessoa sete dias por semana praticamente, acompanha a vida dela, sabe das dificuldades que ela tem, aí você chega até o centro de saúde pra passar um caso, pra, né, ó, tá precisando de visita, porque tá assim, assado, sabe, muitas vezes, numa visita, já alivia um pouco a pessoa, mesmo que não faz nada, ela se sente melhor porque foi visitada[...] JACS

Alguns profissionais reconhecem a importância desta escuta, mas também não conseguem conceitualizá-la como parte do trabalho.

[...]As pessoas gostam muito das coisas que a gente faz e da atenção que a gente dá, a simplicidade, a atenção, a conversa com eles, escutar. Isso pra eles é muito importante, eles sentem uma coisa com a gente por que tem atenção carinho[...] AUX ENF

[...]Saber ouvir, então eles agradecem muito a gente por isso, por a gente saber ouvir, escutar, informar, não sei por que, mas eles gostam muito de conversar com a gente[...] JACS

[...]É psicólogo né, geralmente a gente ouve muito os pacientes, como a gente tem um vínculo muito grande com eles, muitas vezes eles vem e passam o que tá acontecendo e conversam com a gente então a gente tem esse ouvir. Assistente social também, sempre que eles tã com algum problema, alguma dificuldade eles sempre procuram a gente e às vezes a gente acaba juntando e de uma maneira ou de outra agente consegue ajudar[...] ENF

Para alguns profissionais a vinculação com a população produz um bem estar, produz uma certa identidade que permite olhar o trabalho como algo positivo e prazeroso. Ao mesmo tempo, podemos pensar que este lugar de profissional da saúde permite a manutenção de uma auto-imagem positiva que é confirmada todo o tempo pelos usuários. Estar ocupando o lugar daquele que ajuda, que cura, que cuida, está sempre relacionado à manutenção de um lugar de onipotência.

[...]Usamos esses espaços pra desabafar, pra botar pra fora. Eu não atendo mais em consultório, não quero mais, meu consultório agora é aqui. Eu não troco essa população por nenhuma de convênio. É um emprego que você tem estabilidade, me pagam um salário justo, acho que não é um salário alto, mas não é um salário baixo, acho que e justo pelas 36 horas que eu trabalho[...] MED

[...]Cê não tem noção, eu fiquei afastada 4 meses e chegava em casa e dizia: “to sentindo falta daqueles remelentinhos, daquelas crianças chegar e me abraçar. “lembra aqueles tempos que eu fiquei afastada? Quando eu voltei “o que aconteceu, eu pensei que você não vinha mais”, “magina, vaso ruim não quebra”, assim é uma coisa muito boa mesmo, alguém chegar pra você e dizer assim: “deus lhe pague[...] AUX ENF

[...]Os pacientes se tornam seus amigos...Às vezes eles trazem umas lembrancinhas, pra você[...] AUX ENF

[...]Uma vez eu ganhei, assim, meio pão caseiro, na verdade ½ ela já tinha comido mas coitada, ela fez questão de levar ½ pão. Achei assim né, puxa é muito gratificante né? [...]ENF

*[...]É legal mesmo, gente, eu digo que não tem dinheiro que pague isso, não tem, não tem. Venho trabalhar capenga, tem dia que to pior que os pacientes às vezes olhava pros outros e não acreditava e dizia: “nossa senhora eu to tão capenga”, mas é uma coisa tão bacana aquele: “deus te ajude”, “se vai melhorar, você vai ver eu vou orar por você” eu disse que se fosse contar todas oração vixe eu já tava curada. E realmente eu to aqui firme por que vale a pena.
[...]AUX ENF*

[...]Ma é isso mesmo, todos que estão aqui estão por amor mesmo, por que quem não gosta não fica[...] AUX ENF

[...]O que me deixa contente e feliz é estar com essas pessoas no posto com todo esses complicador você ainda tá levantando a bola junto com eles. Né, então essa parte é muito importante. A gente cai junto, levanta junto, chora junto né, enato essa parte é gratificante[...] ACS

3.2 - SUBJETIVIDADE E PRECARIIDADE DO SOCIAL – DEMANDA DA SAÚDE MENTAL

Há uma percepção clara entre os profissionais de que a demanda de Saúde Mental é grande e está relacionada à localização da Atenção Básica na estrutura do sistema de saúde, isto é, ela é a porta de entrada do sistema.

*[...]Aqui entra de tudo! A porta está aberta, a porta está aberta para tudo[...]
ENF*

[...]O problema emocional, é a terceira queixa, perde para hipertensão e dor muscular, se a gente for pegar o grande volume de atendimento tanto no PA como na consulta: hipertensos, dor muscular ou problema emocional. [...] ENF

[...]O nosso maior montante é emocional mesmo, assim. [...] MED

*[...]No centro de saúde é assim, a população tá muito grande, cresceu muito por causa das invasões aqui perto né, e tem crescido muito a saúde mental né, por que as pessoas estão estressadas precisando de psiquiatra e no caso nós só temos um aqui, então a demanda é muito grande[...]
AUX ENF*

A demanda de saúde mental produz angústia nos trabalhadores porque é complexa, exige um trabalho de compreensão e tensiona certo tipo de procedimento mecanizado de queixa-conduta, representado principalmente pelos protocolos. Aparecem diversas falas da falta de capacitação do profissional frente à complexidade da demanda.

*[...]Eu acho que tem uma angústia ai, que não é da ordem do prático, assim, é o que eu sinto, né, chega uma coisa mais assim subjetiva. Não tem um protocolo[...]
ENF*

*[...]Que não tem algo assim olha, cê faz isso, faz aquilo, encaminha pra tal lugar e ai é onde chega pra gente, né[...]
AUX ENF*

*[...]Que os funcionários do Caps são mais preparados do que nós? Eu espero que sim, que eles sejam mais preparados do que nós, porque nós não estamos preparados, pelo menos pela experiência que eu passei eu acho que não[...]*ACS

[...]Eu acho que ela quer dizer assim é mais mexe mais com emocional né[...]
ACS

[...]Eu acho que melhorou, eu acho assim, eu não vejo é... um preparo pra tá fazendo um acolhimento ou o atendimento de um paciente que tenha problema mental, eu não me vejo com preparo pra isso, o que eu posso fazer, se eu chegar numa casa vamos supor e a pessoa tá chorando eu acho que eu posso até conversar com ela mas gente tem casos que eu não acho que o seja pro agente estar se envolvendo, eu falo por mim, eu não me vejo com preparo para trabalhar com casos, com casos de saúde mental. De jeito nenhum[...] ACS

[...]Mas antes, a gente tinha que tá dando conta desses pacientes, que eles eram nossos, né, então assim, eu lembro que a gente tinha que acompanhar alguns pra, é, fazer grupo em algum lugar, ou festa no Tear das Artes, tinha pacientes, que tinha até o dia, uma vez por semana, pelo menos, acompanhar, a gente tinha uma dificuldade tremenda, dessas questões que eu falo, dessas capacitações que a gente fez, que a gente como sujeito, eu falo assim, o agente de saúde é um sujeito que foi pego assim sem saber o que ia fazer e, de repente, depois ele aprendeu, teve uma noção de várias coisas. Que é um leque de coisas que a gente faz, e muita coisa eu acho que o povo estranha muito da gente, sabe, por exemplo, acompanhar um paciente que nem olha no olho da gente, já sai pra rua com ele, e acompanhar, que a gente não sabe nem os nomes das doenças, então, na verdade, eu não sei nem o que que ele era. Acompanhar igual o outro, que a menina que ia junto comigo na, era a 9 que acompanhava um, que ele enfiava a mão nas bocas dos cachorros, cachorro bravo, pit Bull, ela tinha que ficar tirando ele de cima dos cachorro pra ele não ser mordido, inclusive, queria pegar no corpo dela, ela tinha que brigar muito com ele, às vezes, não sabia como lidar com aquilo e depois o medo de qualquer coisa que poderia acontecer com eles e a família responsabilizar a gente porque a gente tava, tava sendo responsável por aquele paciente, por aquele período. Eu não sei se a gente tá preparado pra tudo isso, quando eu penso, foi muito difícil pra

gente, foi muito difícil pra gente ficar livre dessa dificuldade, porque assim, enquanto a gente reclamou que não tava dando conta, que achava que não era capaz, ninguém quis nem saber. A sorte, que eu chamo assim talvez, foi o Caps ter abrido, porque, enquanto isso a gente passou um mal pedaço, pessoal sem experiência e fazendo coisas, que eu acho, muito complicadas pra gente fazer[...] ACS

[...]É a escuta mesmo, né, mas normalmente as pessoas não sabem o que que é mesmo pra saúde mental e encaminha pra saúde mental, pra saúde mental avaliar, cê percebe que muitos chegam e você fala "- Ah, esse aqui não precisa!" [...] PSIC

Quando refletimos sobre a demanda da saúde mental percebemos que ela comporta uma diversidade de possibilidades, e este ponto é fundamental para a reflexão que estamos propondo, pois ultrapassa o entendimento de que a saúde mental é atender os sintomas de saúde mental. Há os pacientes considerados casos graves como aqueles que tiveram as tentativas de suicídio, pessoas que vivem isoladas, trancadas num quarto, há os pacientes que são crônicos utilizando medicação em excesso, há os casos ligados à violência e ao abuso sexual que estão relacionados ao conselho tutelar e inúmeros outros. O que atender? Qual o limite deste atendimento? A questão de fundo permanece, o que é o cuidado em saúde? Como deve ser o atendimento em Saúde Mental na Atenção Básica?

Percebemos que os profissionais possuem uma percepção de que a demanda não é homogênea e que para cada tipo de demanda há possibilidades de respostas diferenciadas. Novamente a questão da escuta e do acolhimento aparece como um primeiro dispositivo que permitirá uma melhor compreensão do caso.

[...]Eu acho que tem muitos pacientes que às vezes necessitam só de uma conversa, eu acho que de um ouvir. Eu acho que qualquer pessoa pode estar ouvindo, e muitas vezes chega à pessoa e não tá legal não tá bem e a gente chama, senta, conversa e a pessoa até melhora, assim acho que a gente pode tá conversando com essa pessoa e depois a gente passa isso na reunião pra decidir se isso é avaliação junto ali com o psicólogo né com o clínico pra poder fazer a avaliação vê se é um caso de psicólogo, de psiquiatra, mas ali no momento que

as pessoas chegam, não essas que realmente, igual ela ta falando, chega uns casos que a gente não sabe mesmo, mas aí já é caso da psiquiatria mas essas que chegam que as vezes ficam chorando as vezes mesmo querendo conversar[...] AUX ENF

[...]Hoje uma paciente me procurou porque ela precisava, ela não sabe escrever direito e ela precisa escrever uma carta e pediu pra eu escrever uma carta pra ela, eu sei que não seria minha função, mas como é que você vai dizer não pra uma pessoa que precisa escrever uma carta? Posso encaminhar pro supletivo, pra isso ou pra aquilo vai ser bom, mas vai demorar[...]ENF

[...]O que eu percebi assim de positivo na nossa chegada, é que, talvez uma coisa que a gente não tenha pensado antes a respeito do, do usuário, o usuário que mais frequenta o centro de saúde, não é necessariamente o que mais precisa de frequentar, então assim, tem pessoas que vão ali, às vezes com uma frequência que não tem a necessidade real, talvez tem alguns que não consegue chegar, que nem vai porque fala “toda vez que eu vo lá tem uma fila enorme” e, às vezes, é uma pessoa que precisa fazer um controle, de um problema, muitas pessoas não conseguiam chegar e a gente vai descobrindo com o tempo, que essas pessoas precisam chegar e sem, eu acredito que essa dificuldade por conta desses que vão demais sem essa necessidade de ocupar essa vaga, esse espaço[...] ENF

[...]Os mais comprometidos, psicóticos, os mais graves não solicitam e os que menos precisam são os que mais solicitam, e, que às vezes, coisas que não faz sentido não precisavam ser naquela hora, mas não conseguem ouvir um não e volte amanhã sabe? Se o problema existir, ele vai continuar existindo amanhã e ele vai escutar, mas não: “Tem que ser agora” e se você disser um não, hum, é difícil[...]ENF

[...]O cenário, era assim, tinha uma enorme demanda pra saúde mental, mas uma enorme demanda que não necessariamente eram casos pra Saúde Mental, eram casos para todo mundo. A pessoa chorava na consulta, ah, tem que passar

*com o psicólogo e hoje isso já é muito mais considerado, né, acontece, aí, ela separou do marido, então, a gente discute na reunião e assim, o paciente de visita é aquela, ah, eu acho que podia ser bom. Ai cai naquela história, pode ser bom? Com certeza pode ser bom, eu acredito nisso. É o momento, será certo? Se você nota alguma coisa, investe nisso, nisso e nisso por enquanto e daqui um tempo cê vê, se ela piorar, aumentar, não sei o que, a gente volta a conversar, a gente tá sempre ali conversando. Amanhã a história é outra, amanhã a gente torna. Ah, precisa marcar? Vamos marcar. Mas acho que essa, essa coisa agora a gente já consegue ter, filtro elas já conseguem ter, a equipe consegue ter. De que dá pra segurar, dá pra acalmar, dá pra conversar, dá pra olha, oferecer o grupo de convivência, de repente é uma senhorinha, que aparece lá, ah, depressão! Depressão nada, tá sozinha, isolada, se ela não gosta de fazer, tal, tenta-se outras coisas[...]*ENF

*[...]Então casos que... Eu não sei muita coisa de psicopata e essas coisas que a psiquiatra falou né. Mas os casos que chegam são psicossociais mesmo né. E eu sabia definir qual que era, como eu falei a gente aprende né, raramente mudava alguma coisa que era pra ela por que eu não tenho conhecimento de psiquiatria mesmo, agora quando atinge o psicológico a gente é muito capaz de observar de detectar do que uma doença mesmo que já vem de lá de baixo né. Muitas vezes eu chegava direto pro psicólogo e eu ia direto com o caso pra ele e nem passava por enfermeira nada. Eu mesma com ele cheguei a fazer uns dois ou três casos ele fazendo relatório, e eu ajudando lá na consulta com ele e acabava mesmo que aquilo que eu tinha mandado pra ele era pra ele mesmo, não era pra psicóloga. Então a gente acaba aprendendo muito sabendo direcionar a pessoa pro lugar de fato, o que ela falou mas eu não vou repetir, são essas coisas todas[...]*AUX ENF

Algumas colocações são no sentido de identificar novos tipos de demandas que estariam chegando à atenção primária. Estas exigiriam da equipe novos conhecimentos e novas ofertas de tratamento. Ao mesmo tempo há o reconhecimento que já existe um saber, uma produção. Dentre estas se destaca a dependência química e o suicídio.

[...]Eu acho que a gente tem muito mais dificuldade com outros grupos hoje com a questão da adolescência, ou da dependência química, ou de vítimas de

*violência que são demandas novas, novas entre aspas, novas nessa coisa do conhecimento acumulado, né, e que é uma demanda que bate na porta todo dia do serviço, e isso a equipe partilha muito mais, aí a tendência nossa é sempre de individualizar os casos, pensar o projeto terapêutico pra aqueles casos, mas se você for ver isso tem uma, um reflexo coletivo, né? Então, eu acho que por mais que ainda falte, porque a gente também, claro, é exigente, quer que seja legal, quer pro grupo, quer que a pessoa participe, né, assim, mas eu acho que já se tem muita coisa, que já se avançou muita coisa. E muda também porque mudou as pessoas, aí muda a cara, muda o jeito de ser, um é de fazer dinâmica, outro é mais palestra, muda muito com as pessoas também[...]*PSIC

*[...]Alcoólatra, etilista e ela dificulta muito, ela é muito agressiva, então, tem vezes que a gente vai lá e tem até que sair brigando com ela mesmo porque tudo que ela faz, tudo o que ela pode fazer pra empatar o nosso atendimento com esse paciente ela faz, tudo, tudo o que você imaginar. Eu cheguei lá e ele não tinha cueca pra sair e ela secou no ferro, e o moço da sirtransc esperando, e eles não podem esperar, né, e eu tendo que enrolar o rapaz pra poder levar o menino[...]*JACS

[...]Aí eu pergunto “o que tá acontecendo com você minha querida?” aí você vai falar que tá com dor no pé, dor na cabeça, dor não sei aonde, aí eu vou triar você, se você vai ser medicada pela sua queixa aguda e aí você começa a falar “então, eu vou me matar, eu quero matar o vizinho, aí, não sei o que”, aí eu falo, gente! Aí eu começo é, aí eu penso, meu Deus tem mais vinte lá, mas vou ter que ouvir, né, porque vai que ela se mata, ela fica pra cá. Aí temos, uma vez por semana reunião de equipe, sou da equipe amarela, então o que acontece? Eu chego na equipe amarela e passo pra equipe “Gente, esta moça aqui tá passando por isso, por isso[...] ACS

[...]Tem essa, tem uma outra na área do Z também, que no outro dia tentou se matar e eu fui lá, e ela dizia, né, que tava com idéias assim, suicidas, aí eu fui lá, conversei com ela também, fiquei uma tarde toda lá conversando com ela, ela melhorou um pouquinho, tá andando pra rua, então melhorou um pouco agora, né, mas antes ela não fazia nada. A gente conversou, depois eu levei o

*caso pra equipe, a psicóloga também atendeu ela, né, a psicóloga lá do centro de saúde, e agora tá melhorando[...]*JACS

*[...]Tentou se matar com dipirona, tinha hora de ela tá cortando o braço, sabe, aí corria pro Ouro Verde, sabe, pro Caps, sabe, e tudo quanto é programa que colocava pra ela, ela não aderiu esse programa. O negócio dela era suicídio, os braços eram tudo cheio de cicatriz porque ela cortava o braço, gente, tinha que cortar no lugar certo, que ela cortava aqui, que era aqui que ela cortava. Aí assim, e eu sou meio, eu sou uma pessoa que fala diretamente sabe, eu tratava ela assim bem, sabe, não era como coitadinha, com a mão na cabeça não, eu falava mesmo. Aí a minha colega foi uma vez lá comigo, ela cismou que a minha colega, em mim eu falava um monte de coisa pra ela, mas um monte mesmo, mas energicamente, sabe, e ela lá, no dia que a minha colega foi comigo lá, a minha colega não falou nada, aí ela acho de descontar em cima da minha colega, acho que ela viu que não podia. Aí assim, pararam de passar a mão na cabeça dela, porque assim, tudo quanto é coisa vinha em cima do centro de saúde[...]*JACS

Há um tipo de demanda que está ligada ao Judiciário que exige um manejo diferente dos profissionais. Dentre estes casos há diversos relacionados ao Conselho Tutelar que envolvem problemas de maus tratos, de abuso sexual e perda de guarda. São casos que vão tensionar o papel da atenção básica, pois muitas vezes os profissionais são colocados pelo Conselho Tutelar no lugar de avaliadores de comportamentos e fiscais de condutas. São casos bastante complexos que exigem uma discussão profunda por parte da equipe.

*[...]E é escudo, inventa uma desculpa pra fazer um cadastro pra saber a dinâmica da família, né, o que tá acontecendo, ah, o pai agrediu o filho, é caso de estupro, é casos sérios mesmo, isso é caso de polícia, porque o agente de saúde tem que ir lá, ah, porque o conselho tutelar obriga que a saúde também esteja envolvida, né, muitas vezes, a família não passa no centro de saúde, o centro de saúde não tem conhecimento daqueles casos, então, é uma situação muito difícil pra gente tá fazendo, né, um papel, diria, investigativo que a gente tá fazendo, e essa parte é muito chata do agente, (00:38:41) não é da função do agente também, né[...]*JACS

[...]Uma coisa que eu acho mais chato também, é que muitas vezes sai até da nossa função, tipo assim, chega uma denúncia do conselho tutelar que envolve criminalidade, violência doméstica, né, e muitas vezes, é jogado nas costas do agente lá, a gente tem que ir lá pra saber a situação[...]ACS

Existem alguns tipos de demanda que mostram as especificidades do trabalho no território. São usuários que na maioria das vezes perderam a autonomia de se movimentar e necessitam de cuidados no local de moradia.

[...]Tem uma na minha área, toda semana eu levo os psicotrópicos pra ela, esses dias, toda sexta-feira, eu fiquei doente não deu pra eu ir, aí eu peguei e levei na segunda-feira, eu cheguei lá, fiquei mais de uma hora conversando com ela, eu nunca tinha conversado com ela, porque eu chegava, o portão da casa dela fica aberto, então tinha que entrar, ela mora numa casa em cima, subir, ir no quarto dela, acordar ela e avisar ela que o seu remédio estava ali, e ela continuava dormindo, “ah, então tá, pode deixar aí.” E saía, dois dias que ela ficou sem o remédio eu consegui conversar com ela, ela tava super bem, quer dizer, ali, eu acho que é mais, um tratamento assim com psicólogo, sabe, conversar bastante com ela, porque, ela ficou assim porque deu um problema muito sério de família, aí ela contou meio por cima pra mim, e tem hora que a gente tem que fazer meio o trabalho de psicóloga, ouvir. Só ouvir, deixar a pessoa chorar, deixar a pessoa sorrir, cê entendeu, eu fiquei mais de uma hora conversando com ela. Quanto tempo faz, nunca tinha conversado com ela, só pegava a mulher dormindo, cê entendeu, então é um caso, que eu até, inclusive, passei pra enfermeira da minha área e pro psicólogo também lá da, do CS, né, mais pra ela “ah, então é assim?” eu falei “é! É assim, assim, assim, que tá acontecendo. – Então nós vamo ter que rever o caso dela.”. Então, quer dizer, a gente faz esse trabalho, cê entendeu? [...] ACS

[...]Eu tive um caso também com um paciente que ele é, ele vive isolado, né, ele não sai do quarto, não quer ser, ter contato com ninguém, então, a gente teve que ir várias lá, levar psicólogo, pra tentar tirar ele de dentro do quarto, pra tentar conversar e fazer o primeiro vínculo, foi bem difícil, depois a gente até conseguiu tirar ele um pouco da casa pra fazer um curso, mas agora ele voltou de novo[...] ACS

Outro aspecto ligado à questão demanda relaciona-se a formação do profissional e a concepção que ele tem do problema mental. Geralmente a formação universitária trabalha com casos modelos abordando de maneira individual o problema não levando em conta o contexto. Quando o profissional chega à atenção básica, ele entra em contato com o território e toda problemática associada à vulnerabilidade social. Na maioria das vezes há um despreparo para este tipo de intervenção e, portanto, a necessidade de produção de um tipo de conhecimento a partir da discussão do caso em equipe. Neste sentido a contribuição dos agentes de saúde é fundamental.

[...]É bastante diferente e eu acho que me incomoda em saúde mental no posto de saúde é a dissociação teórico - pratica, sobre o que é realmente psiquiatria teórica e o que a gente acaba vendo na prática. Eu acho que é muito influenciada pela questão social, então de psiquiatria mesmo de psiquiatria a gente acaba vendo muito pouco. O que eu mais atendo é depressão reativa decorrente das condições de vida, condições familiares, carência total assim, por exemplo: Eu tenho uma pessoa que diz que o marido bebe, que ela apanha e que o filho foi preso, que a filha foi assassinada como que ela não vai tá deprimida? Como não vai estar ansiosa? Como vai estar dormindo? A gente medica, resposta pequena, então assim é um pouco frustrante por que você não vê a melhora que pode ver num paciente puramente psicótico que num tem um quadro todo social, familiar associado, nesses casos eu acho frustrante e é muito dissociado o que vemos na pratica do que eu vi na teoria, eu aprendi muito pouco dali que eu vejo, são quadros de depressão geralmente reativos a situação, e eu sinto muita falta da troca do trabalho em equipe do enriquecimento que isso trás na troca de informação de tudo, pois o trabalho acaba sendo maçante, são por exemplo 10 pacientes por período que você atende, é aquele entra e sai entra e sai da sala um atrás do outro e as queixas são muito parecidas, quando atendo psicótico fico muito feliz[...]PSIQ

[...]Acho que a clínica do psicólogo dentro da Unidade, ela, não sei, é a minha experiência, né, muda muito com esse trabalho em equipe, você acaba tendo muito mais contato com profissionais que têm outra atuação, outro núcleo de atuação do que propriamente a objetividade, tal, porque você acaba aprendendo muito, mas ao mesmo tempo você acaba abrindo um leque

inacreditável de coisas que você acaba tendo que fazer, né, e que eu acho que é impossível de dar conta um psicólogo generalista, quase impossível você dar conta de tudo, porque você tem que fazer trabalho intersectorial, então, cada caso demanda cinco pessoas de atendimento mais não sei quantos mil contatos, ai tem que fazer o matriciamento, na cidade de Campinas tem uma função diferente o profissional na Rede, tem que fazer o matriciamento com uma equipe que, muitas vezes, já tem dez mil casos pra te passar, você chega ali e você fala “Não é passagem de caso”, mas você não consegue, né, falar “Não, não é!” [...] PSIC

[...]Visita domiciliar, ai você vai, aproveita a peruca, ai tem quatro profissionais lá e você tem que fazer uma pergunta delicada, daí não tem onde fugir, muitas vezes, na casa da pessoa pra você fazer uma pergunta, então assim, você só tenta conhecer, tomar um café e falar “Agora vai no Centro de Saúde que a gente conversa” porque, muitas vezes, é expor a pessoa também, né, na privacidade dela. Então, quer dizer, o recurso é pouco, né, se a visita é aqui perto vamo a pé, mas tem hora que é muito longe e tem que aproveitar a visita da equipe[...]PSIC

[...]É, eu acho que essa é uma, pra mim hoje é o maior conflito assim, eu estou há cinco anos, como psicóloga da Unidade e o que a gente faz é tudo diferente do que a gente aprende na faculdade, né[...]PSIC

[...]Não necessariamente é errado, mas não é, não necessariamente bom, eu acho. Eu acho que, eu acho é que dá muita chance da gente se perder, eu acho que quando todo mundo faz tudo ninguém faz nada, é uma crítica que eu tenho é que é de todo mundo, mas não é de ninguém, então, ninguém viu, ninguém sabe, ninguém apareceu. E ai falta, né, e ai na hora de cobrar “Ah, mas isso era do psicólogo”, mas na hora de fazer isso não é pra fazer também. Eu acho difícil falar isso porque isso é um conflito que eu estou vivendo pessoalmente e profissionalmente assim, coisas assim que você quer estudar mais, mas aquilo que você vai, esse estudo que a gente tem fora, na academia, na formação, ou alguma coisa, ele contempla a realidade do meu serviço? Não, não contempla, mas eu ficar presa só na realidade do meu serviço eu perco a, perco o conhecimento, a ciência, então assim, juntar essa teoria com a prática ta muito

*difícil, muito complicado. E eu, em relação a saúde mental, é gosto de muitas coisas difíceis de construir, em Campinas, principalmente, dos avanços, dessa coisa da equipe, porque isso tem muito a ver com a história da Saúde Mental, mas desgosto também, porque acho que a gente também perdeu muita coisa nessa coisa de achar que todo mundo faz tudo. Eu tenho muito cuidado assim, a 8 já teve comigo assim, a gente tem agentes de saúde que fazem grupos, mas que pedem ajuda pra gente, que não tem formação pra fazer grupo ou pra tocar, pra fazer sim um grupo de encontro, de conversar, mas não de tocar determinadas questões e conflitos que surgem, né, e a gente vai jogando tudo nas costas das agentes de saúde, né, porque a sua agenda tá cheia, então, joga tudo nas costas, então a agente de saúde hoje pode fazer tudo, ele só não prescreve medicação, porque do resto ele faz tudo[...]*PSIC

[...]Porque eu acho que a gente tá melhorando muito no diagnóstico das coisas, a gente tá percebendo mais as coisas, mas a gente não tá sabendo o que fazer, que talvez a gente seja percebendo isso, não sei, como um fenômeno concreto, tem uma criança com um roxo, mas o que significa bater numa criança? O que significa isso pra nossa sociedade, a gente não tem conseguido fazer esse preparo, principalmente uma coisa que a 7 traz, assim, quem para pra pensar, que para e pensa como trabalho, muitas vezes, tá muito descolado da realidade do serviço, né. A gente tem sentido, lá no DIC III tem rolado muitas pesquisas, tem acontecido muitas pesquisas e a gente tem percebido essa dificuldade de troca mesmo, de colocar, de valorizar esse saber prático, do pesquisador vir e colocar uma teoria também pra pensar e não como uma verdade “Olha, eu tô pensando isso, o que que vocês acham? – Não, funciona assim!” e você fala “Olha, eu não vejo que funciona assim!”, então, descarta, aí você vê que não se conversam. Eu acho que a gente precisa instituir alguns espaços pra fazer essas reflexões, não como forma de capacitação, ou matriciamento, é meio técnico só, “olha, então eu preciso fazer uma capacitação!”. Quando a gente fez, a 7 que puxou isso no distrito, né, a sensibilização de violência doméstica, a idéia era sensibilizar as pessoas mesmo pra esse tema, pra elas pararem pra pensar na vida delas, porque a gente sabe que isso é uma coisa que acontece dentro da casa de todo mundo, praticamente, então não ia adiantar a gente chegar e falar assim “Olha, o protocolo pra violência doméstica é: se o paciente chegar assim, você encaminha pra cá, faz pra lá, faz pra cá, faz pra lá, faz pra cá.”, vai ser feito no grupo, vamos sensibilizar mesmo as pessoas pra pararem pra pensar o

*que que é isso, e acho que por isso que ele acabou sendo um dos que mais gerou polêmica[...]*PSIC

Refletir sobre as relações entre subjetividade e precariedade do social é uma tarefa bastante complexa e repleta de armadilhas. Como apresentamos no capítulo I, as pesquisas epidemiológicas estabelecem uma espécie denexo, uma espécie de causalidade entre pobreza e adoecimento psíquico. Percebemos que há diversas tentativas de compreender este processo, algumas muito interessantes, que estão relacionadas a um olhar mais complexo sobre as questões de saúde, e outras mais simplificadoras.

*[...]E quando você vê alguma coisa, que assim, Saúde Mental sempre tá ligado com o social, eu até agora não consegui separar isso, você pede ajuda pro social e o social também é limitado, e você não consegue dar respostas que seriam necessárias pra aquilo ali, então, isso angustia muito[...]*ENF

[...]Acho que tem uma coisa também, não sei, eu vejo bastante isso na área da saúde mental que é o modo como a subjetividade se constitui mesmo nessa região que é diferente de uma região central ou de onde eu moro, é muito diferente, acho você morar aqui e sentir que essa coisa é mais imediata mesmo, relacionada ao trabalho, você ganha um salário e no final do mês você já tá sem dinheiro, você não consegue fazer um planejamento a longo prazo, e isso reflete no próprio cuidado da pessoa com o corpo, com outras questões assim, né, a coisa se torna, ela não consegue ter história, não existe ontem, nem amanhã é agora, pronto e acabou, né, e aí tentar fazer um trabalho de prevenção, de educação, de promoção, fica, se torna um pouco mais complicado, porque as pessoas não têm muito essa noção de que o que ela faz hoje vai influenciar no que vai acontecer amanhã, né, ou tem e opta por não[...] PSIC

Freqüentemente o discurso da saúde está ligado a um tipo de lógica que pressupõe um projeto de vida, isto é, pressupõe que as pessoas funcionam de uma certa maneira na qual o planejamento para o futuro é essencial. Como fazer prevenção quando isto não está posto? Faz-se necessário um trabalho prévio? Como lidar com determinados extratos da população para os quais evitar a morte precoce não faz sentido? Percebemos que a

narrativa anterior revela uma tentativa de entender esta particularidade de uma parcela dos usuários. No entanto, não é sempre que se faz possível este movimento de compreender como o outro funciona. Muitas vezes a precariedade do território e as características ligadas a ele são interpretadas de outra forma.

*[...]Eu acho que o problema nosso é que a gente num, nosso foco principal não é a saúde, é problema social, então a gente não dá conta nunca, a gente não tem mesmo, é tanta, a problemática é tão grande em todos os níveis, é educação, depois vem drogadição, moradia, desemprego. O paciente chega e fala “poxa, não tem emprego!”, tá. Só que ao mesmo tempo você vai fazer uma visita domiciliar nove e meia, dez horas tá todo mundo dormindo, não vamo atender porque tá dormindo, então se fala “poxa, gente, eu acordo cinco hora da manhã pra tá aqui!”, pessoal dez hora é cedo, é madrugada. Gente, a médica, o dia que ela começou comigo, agora há uns três meses, “olha, vô atrasar um pouco, mas sete e meia eu to aqui!”, imagina, se a gente for sete e meia na casa dos outro eles vão bater na gente! Entendeu? Não é, onde tá o erro, sabe? É política, é o paternalismo, não sei, sabe. Antes, eu tinha uma posição, hoje eu tenho outra, eu vejo que tem muito um comodismo, ai é vocês que tem culpa, o sistema, mas poxa gente, não é só o governo, não somos só nós que não damos conta, também tem a parte deles, que também não correm atrás porque depositam tudo na, sabe assim, - To o problema é esse, resolva! Eu fico um pouco, sabe, meio descrente de tudo[...]*JENF

O equipamento de saúde no território é um espaço de encontro onde se cruzam diferentes dimensões. De um lado temos os profissionais da saúde, com sua formação técnica portando todo o poder e status que a área lhe concede e de outro uma população extremamente diversificada demandando diferentes tipos de cuidados.

O encontro com pessoas e famílias que estão em situação de grande vulnerabilidade social demanda ações concretas que se relacionam com a própria sobrevivência da família, dizendo mais claramente, há diversas famílias que *passam fome*. Como mostramos no capítulo III, a parcela da população que vive em situação de indigência e pobreza é próxima dos 50%. Diante destes casos, a equipe recorre às políticas governamentais, mas muitas vezes acabam encontrando uma solução caseira, isto é, fazem doações à população.

[...]Mas eu, eu, eu acho ainda que tem uma coisa essa questão a gente sempre fala, né, da saúde, sempre fala da saúde, sempre fala do social, mas tudo desemboca no serviço de saúde, né, e assim, a gente também chama, a gente faz tanta crítica de que o governo é assistencialista, e que o bolsa família e que isso e aquilo, mas no fundo é isso que a gente quer, porque se não tem a gente fica desesperado, arrancando os cabelos, né, isso porque é uma bolsa de dezoito reais! Ai você fala “o que que isso é pra uma família que tem cinco crianças?” Mas faz diferença, faz e existe quem está desesperado por causa desses dezoito reais e dessa bolsa, então, eu acho que, na verdade, assim, aí é também uma busca nossa desesperada, de resolver aquele problema imediato, a pessoa ta na sua frente dizendo, muitas vezes, que não tem o que comer, o que dar pras crianças tal e ai você quer fazer alguma coisa. E, quando não dá certo pela via da assistência, não sei o quê, não sei o quê, não é incomum, aliás, é muito comum, acho que isso deve ser aqui e em outras Unidades, passar uma listinha em que os profissionais fazem juntos e faz uma cesta básica. [...]ENF

[...]Você vê que a pessoa tá passando mal, e dizer assim: “vai pro PS minha filha”, “não tenho dinheiro” aí você fica assim “aí meu deus” [...] AUX ENF

[...]Acho que nesse ponto... Nesse ponto o que que faz?...Só se tirar do bolso[...] AUX ENF

[...]Eu tiro dinheiro do meu bolso, mas falo: “eu quero resultado”, no outro dia chegam com raio X, chegam com receita pra provar pra mim... então isso é gratificante, por que ele não ta indo lá gastar com baboseira, foi aquela função mesmo então isso é muito gratificante[...]AUX ENF

[...]Por que tipo assim, às vezes, cê vê um paciente, aí cê acaba suprindo com a... não como paciente, acho que a gente sofre até menos que o paciente doente, mas as condições de vida que, às vezes, a gente visita e vê né, a precariedade do paciente acho que mexe mais, pelo menos comigo mexe mais do que ver uma pessoa doente assim, até em fase terminal, o que mexe mais comigo é ver a precariedade de certos pacientes da gente, as crianças né, e as condições de moradia e a gente sabe que falta alimento, falta tudo. Acho que isso mexe mais com a gente pelo menos comigo é assim[...] ENF

3.3 – AS RESPOSTAS AO SOFRIMENTO PSÍQUICO

3.3.1- A medicação como resposta ao sofrimento e ao desamparo

A questão da medicalização do sofrimento mental é central na discussão da saúde mental na atenção primária. A produção dos trabalhadores sobre esta questão mostrou-se muito interessante e revela a complexidade do problema. Existe a percepção de que a resposta medicamentosa possui uma ambigüidade, pois, apesar de produzir um alívio momentâneo, ela indica uma direção e uma lógica de cuidado que pode em última instância ser bastante prejudicial ao sujeito.

*[...]Eu acho que não deveria introduzir, porque depois que entrou, apesar, nós tamo vendo um paciente nosso lá, passou com o Dr. e ele tirou o Diazepan e deu Prometazina, ele aceitou numa boa, tomou direitinho, agora como o Dr. Arthur não quer receitar mais, foi pro psiquiatra e ele enfiou Diazepan de novo[...]*PSIQ

[...]Você vê ele entrando pra saúde mental você fala não, esse paciente tá entrando, se ele soubesse que é um caminho quase sem volta, né, se houvesse uma explicação de que o organismo dele vai se adaptar a essa medicação e ele não vai conseguir viver sem ela mais, e que a tendência é aumentar cada vez mais ele não entraria. Porque, assim, tem pacientes que você vê que teria outros recursos[...] MED

*[...]Eu acho que depende do profissional que atendeu, como também aí do que ela tá falando, né, tem profissional que ele é, que tem uma consciência melhor, o que ele vai receitar, outros não, ele não quer nem saber, ele quer ficar livre ali, sabe? [...]*MED

[...]É uma área bem complicada pra gente né, lá no centro de saúde a gente ve que pra pessoa melhorar tem que, precisa do social, a pessoa muitas vezes tem que se envolver numa atividade de artesanato cultural, ter coisas pra ela fazer ou trabalhar né, e isso falta como emprego e coisas assim, nessa parte social na

nossa área a gente praticamente não tem, então a gente para ali é medicação, medicação e a terapia que a gente tá tentando implantar lá. É o que a gente tem pra oferecer e ouvir e conversar e visitar, mas é uma área que a gente não consegue, por enquanto, fazer muita coisa não[...]ENF

O processo de medicalização na maioria das vezes é de difícil reversão. Os profissionais, de maneira geral, são reticentes em retirar a medicação, pois, além do despreparo, não vislumbram alternativas para o problema.

[...]Eu acho que tudo isso aumentou, mas eu acho que a discussão da desmedicalização também é muito séria e o que se traz de idéia pra que isso aconteça, eu acho que é um desrespeito com essa população e com a pessoa que tem um sofrimento, né, porque não é fácil não dormir a noite, não é fácil ter crises de choro, de ansiedade e aí “ah, tá vendo, ela tá bem!” e tirar essa medicação, sem você poder ter outras ofertas, sem você poder mexer de outras coisas, e eu acho que isso, dependendo da onda do momento, da política e do que fica mais bonito, politicamente correto é o que vem e todo mundo vai nessa, né, “vamos tirar toda a medicação que nós estamos colocando” e aí é outro problema que se cria[...] MED

[...]Eu acho um absurdo o tanto que se consome, mas não acho que se tira simplesmente por tirar e simplesmente porque é frescura ou isso, ou aquilo[...]PSIQ

[...]Então, mas a questão que eu tô falando é que você precisa do medicamento, quando a contradição é muito grande, as coisas tendem a berrar, explodir e vem todos os problemas, como a gente não pode deixar isso acontecer. A gente ou vem e pára pra pensar no que tá levando a isso, ou a gente inventa paliativos. Eu não sei, mas dentro da Unidade o número de tentativas de suicídio tá pipocando, assim, chega por dia, fax, fax, fax, liga não sei da onde, tem uma música pra adolescente falando disso[...] ENF

[...]A gente vive na cultura da vitimização, se a pessoa não tá doente a gente não pode prestar atenção porque tá todo mundo correndo, as pessoas vão

adoecer, vão adoecer pra chamar atenção, só que também não podem ter essa noção, essa compreensão toda, porque não é assim, então vamo taca o remédio porque ai alivia e não precisa pensar, entendeu? [...] PSIC

[...]É, porque falta o que? Conversar. Se o profissional tivesse tempo de ele de repente sentar, vamo lá, o adolescente que começa a surgir os conflitos de adolescente, “olha, isso é uma fase, que é uma mudança que tá tendo no seu organismo, tanto hormonal e tudo, essa fase vai passar, você deve procurar se socializar, um esporte, tal”, então gente, só que não acontece isso, a pessoa vai pela primeira vez lá com um problema, com um conflito e dá fluoxetina, ai a pessoa não vai mais enfrentar problema na vida. O sapatinho largou, o namorado largou, o marido largou, “vô pra fluoxetina! Porque eu tomo a fluoxetina e vou ver o mundo cor de rosa!”. Entendeu, eu acho que não tem, as pessoas não querem mais viver o problema, não que elas não querem propositalmente, é uma fuga no fundo, né, e acaba aquilo virano um circulo vicioso[...]ENF

O acompanhamento do tratamento medicamentoso também é bastante precário, sendo comum o usuário ficar longo tempo sem uma avaliação do médico por conta do excesso de demanda e carência de profissionais. Diante da impossibilidade da consulta há simplesmente a repetição da receita anterior, às vezes por períodos superiores há um ano.

[...]Mas a gente não vai fazer isso, né, não sabe se o paciente sem medicação ele vai surtar, vai sobrar pra gente e vai piorar o negócio, então a gente acaba, não adianta, a gente acaba, pega o prontuário, né, não é que vai dando o remédio pro paciente, pega o prontuário, o paciente faz uso mesmo, tem acompanhamento recente? Recente é seis meses heim! (risos) a gente acaba, faz a receita, pede pro médico assinar e agenda pra ele voltar, porque não tem condições[...] ENF

[...]Isso, no caso, você vê a confiança daquele profissional pra você “Não, pode fazer um diazepam agora, depois eu vou fazer a receita”, ele até se esquecer dessa receita e no outro dia você ta se assumindo pra pessoa da farmácia você fez, “pode deixar, amanhã o profissional chegou a receita ta pronta”, só falta o

carimbo dele, entendeu? Então, tem muito disso, a gente sabe que não é o certo, mas assim. Agora, com a vinda de profissionais novos, então modifica muito, porque é lógico cara que eu não conheço, não me conhece e eu não conheço ele, nem sempre a gente pode confiar na palavra “Faz isso!” não, eu falo “não, primeiro ce prescreve!”, porque a gente sabe que tem todo um regulamento, né? Então a gente se, vai modulando conforme a situação, então depende, dependendo do profissional que ta junto ele vai falar “passa na sonda, não, eu to falando” vou confiar na palavra dela e vou passar, se daqui a pouco fulano chegar “Oh, fulano que falou!”, ela é responsável técnica, então[...] ENF

Em diversos momentos percebe-se uma associação entre o problema da vulnerabilidade social e a resposta medicamentosa, ou seja, uma tentativa de aplacar o sofrimento causado pelas condições de vida como pobreza, desemprego, exposição a violência através da medicação.

[...]Eu acho que acabo medicando um pouco mais do que deveria por falta de outros recursos, a medicação acaba sendo uma saída um pouco mais eficaz, mais imediata, por que assim, a questão social eu sei que não vão se resolver ou vão ser muito demoradas, então não tendo outros recursos, a gente acaba usando o recurso que não seria o primeiro, mas acaba sendo a saída mais imediata[...]MED

Outra questão importante relativa à medicação relaciona-se ao modo de utilização por parte dos pacientes. Os profissionais relatam várias situações preocupantes como uso em excesso, troca de medicação, etc.

[...]Sem falar que, assim, na responsabilidade desses psicotrópicos na casa desses pacientes, né, que, às vezes, muitos desses adolescente, ou o próprio paciente usa abusivamente essas medicações, toma tudo que ele tem, aí vai parar nos pronto socorro da vida e depois retorna pra nós de volta, né. Então isso acontece muito[...]ENF

[...]Os casos crônicos não tomam direito à medicação. Eles tomam a mais[...]AUX ENF

[...]Eles emprestam pros vizinhos (risos), não, eles emprestam pra tia, pro irmão, depois eles vem pegar antes do tempo porque eles têm que devolver. Tem gente que termina de tomar porque toma duas vezes[...] ENF

[...]Eu sei que é muito complicada essa questão da medicação controlada na casa desses pacientes, eu encontrei uma paciente outro dia lá no Mario Gatti, que tava passando lá em consulta, com uma sacola de psicotrópico, cheinha, surtadinha, surtadinha, surtadinha, e a sacola tava cheia, eu acho que ela pegou tudo que ela tinha em casa, e mais um pouco que ela conseguiu de algum lugar e tava andando com a sacolinha pra lá e pra cá, pra lá e pra cá. Eu fiquei pensando, gente, ela tava assim, em crise. Devia tá com muito tempo que não tava tomando, talvez, entendeu, que era uma paciente que eu conhecia e, ou onde ela adquiriu tudo aquilo? Como? Não que a gente tenha responsabilidade pra isso, mas que que é a responsabilidade deles, né[...]?ENF

[...] Eu sei, mas daí cê jogou pra família, né? Mas é isso que eu to falando 5, a questão da medicalização não é se eu vou dar medicação ou não, porque daí pode ser tão ruim quanto, entendeu, dar ou não dar, assim, um paciente que tá acostumado a ter ele vai surtar se não dá, beleza, ele vai surtar. Agora, se é um paciente, mas assim, eu percebo dentro da clínica, eu me esforço pra isso assim. A nossa forma de comunicação é muito diferente, a linguagem é muito diferente. Várias vezes eu pergunto pra pessoa “Quanto cê entendeu do que a gente acabou de conversar?”, a pessoa olha com aquela cara, “Nada, nada!”, imagina, se eu falo desse jeito, imagina um médico e tals, aí que não entende mesmo, daí eu falo pra pessoa “olha, você só pode dizer que você entendeu, se o médico te perguntar se você entendeu” Se ele não perguntar, e dificilmente ele pergunta! [...]ENF

3.3.2 - O trabalho no território como possibilitador de um novo olhar

A proximidade com a família e com o território ampliaria a análise a respeito da problemática de saúde e as possíveis intervenções. O conhecimento do território, das condições de vida, da dinâmica familiar propiciam elementos para que novas propostas de intervenção surjam.

*[...]Acho que o trabalho com a comunidade tem uma complexidade de quando você vai lá e conhece a dinâmica da casa, as relações da família, isso tudo é bem mais complexo talvez que o cuidado no hospital, que não tem esse contato, né, e diante dessa situação precisa chamar outros setores, né, inclusive os agentes, e é assim que a gente pensa o projeto, é assim que a gente se responsabiliza, que é chamar outros parceiros pra ajudar[...]*PSIC

*[...]E acho que aliando também outros serviços, não é só saúde, em muitos casos a gente tem que entrar em contato com o conselho, tem que envolver assistente social pra gente pensar como que a gente vai cuidar[...]*PSIC

*[...]É o que ela já falou , no comecinho ela falou, as vezes a médica vai passar o caso e ela tem a visão dela de que ela viu o paciente lá dentro do consultório, aí na hora da reunião. Aí ela fala pra gente: gente eu troxe um caso assim quero saber mais de vocês por que.e passa. Quando a gente começa a contar a história da família “ ah! por que o parente dele é não sei o que não sei o que e não sei quem mais” aí começa a surgir os problemas em torno daquela família, então aí ela já muda a primeira visão que ela teve daquele problema que o paciente levou, entendeu? O problema não é só o paciente tem todo um processo da família dele e tal. Aí de repente ela tinha um tratamento pra aquele paciente e com o que a gente tráz já vai ser outro tratamento pra aquele paciente principalmente mental né? Que é o que a gente mais trás né? [...]*ACS

[...]E também assim, pelo fato de a gente morar na área, então assim, você tem noção de que realmente aquela pessoa tá passando, que às vezes, de repente a pessoa nem mora na área, quais é os riscos que aquela pessoa, é, corre, tal, tal,

tal. Dele chegar no médico e falar, é isso, isso, isso e isso, né, o que ela tem, digamos assim, um problema, a criança tá com muito verme, aí o médico fala “Por que, ela tratou, já voltou de novo, ela tratou e voltou de novo?”, o médico não tem noção de que lá onde ela mora não tem esgoto, então, a gente tem noção disso, a gente mora aqui, eu acho que esse foi um dos[...]ACS

Este movimento de aproximação e apropriação do território vai permitir o contato com a dinâmica familiar e de diversas maneiras os profissionais começam a utilizar uma abordagem que nos remete a uma compreensão sistêmica do problema.

[...]A família, porque se um só na família tem algum motivo que se queixa, às vezes cê pega, normalmente na reunião semanal com a equipe a gente fala assim “Poxa, essa família, todo mundo tem um problema psiquiátrico!”, aí não é uma pessoa isolada[...]ACS

[...]Às vezes é a família inteira! [...]ACS

[...]Então vamos analisar a família toda, aí a gente, quando passa pra eles fala, “tem fulano, fulano, fulano”, toda família tem problema, então deve ser alguma coisa maior do que algum problema só passageiro que ela tá passando naquele momento. Ou social[...]ACS

[...]Entendeu? Que normalmente não é um só na família que tem, é muito difícil, quando tem um na família desestruturado pode contar que não é só um não. Toda a família entrou na Saúde Mental[...]ACS

[...]É, o irmão tá deprimido, a mãe bebendo, a criança progredindo cada vez mais na doença e a gente fica muito angustiado, porque: como se justificar que não precisa? Porque é um salário mínimo e são três pessoas na família, se tivesse quatro pessoas teriam direito ao Loas, então assim, eles criam umas regras que na real não funciona. Então, precisaria ter um olhar diferenciado conversar com essa pessoa, ver qual a condição pra ver se se aplica o benefício ou não[...]ACS

*[...]A gente tá pensando no bem estar da família né, por exemplo, a família de um alcoólatra que a gente tá ali trabalhando com ele, a gente trabalha também com a família dela, fala com a esposa o psicólogo fala com a esposa, então a gente procura amenizar a situação da esposa e dos filhos também, então isso é uma clínica, uma clínica defendida, não só pro alcoólatra como pro drogadito, como também pro adolescente que ele é... Rebelde, a gente também trabalha regra no dia a dia a gente trabalha família também, por que eu acho que isso é uma clínica de uma forma diferente da medicamentosa, mas é uma clínica[...]*ACS

No caso específico da criança, percebemos que a instituição escola e a figura do professor também são questionadas:

*[...]Na criança outro dado que eu tenho de problema emocional, família desestruturada, problema emocional, isso vai interferir na escola, aprendizagem. Então tem muito aqui é problema de aprendizagem e a escola manda pra mim como se eu pudesse resolver, às vezes eu encaminho pro psicólogo e vejo acuidade visual, vejo se a criança tá ouvindo bem, se tem algum outro problema patológico que geralmente não é. Encaminho pro psicólogo pra avaliar, mas geralmente é esse problema, ou tá na família ou tá na escola, então hoje a demanda nossa aqui. Eu cheguei a receber uma vez uma lista da escola de 30 crianças com problemas de aprendizagem. Assim uma listinha! [...]*ENF

*[...]Acho que é tudo assim, um olhar diferenciado, né. A gente tem um caso de uma menina, tem lúpus, a mãe tem um salário mínimo, ganha um salário mínimo, é separada, paga aluguel e tudo mais, a gente encaminhou pro serviço social pra tentar o Loas, alguma coisa, porque só de medicação pra menina a mãe gasta metade do salário, né, tem alimentação, quer dizer, tudo ajuda, né, simplesmente ela não tem direito a isso, então barram uma coisa. Ai a mãe precisa tratar dessa filha, precisa trabalhar, ai vira social, vira mental, porque essa mãe agora começou a beber, porque ela não tá dando conta da situação e você fica atado, com aquela angústia, porque[...]*ENF

[...]E agora se sabe que tem muitos casos que a menininha tem 5 anos e a professora fala que ela não se interessa pra fazer a tarefa, eu sei que a professora falou tanta coisa na cabeça da menina que amenina tem até vergonha, que ela faz assim pra ninguém ver por que ela acha que ta fazendo errado e tem 5 anos, uma criança que ta aprendendo ainda, na reunião equipe combinamos e chamamos a orientadora pedagógica da escola, vai alguém da escola junto com a psicóloga a pediatra e vai todo mundo junto a mãe da criança vai tá junto pra ver que que... Por que tem isso mesmo, a gente acha que o problema ta no aluno mesmo por que agora todo mundo passa de ano[...]
PSIC

3.3.3 - Novos dispositivos de atenção – Alguns Avanços

A compreensão mais sistêmica não envolve somente a compreensão do outro, mas também a compreensão da dinâmica da própria equipe, isto é, quais os recursos que a equipe tem para lidar com os problemas. Neste sentido o matriciamento produz uma espécie de transversalidade que facilita a integração. A possibilidade de troca de informações no interior da equipe e as parcerias realizadas na condução do caso vão aos poucos criando novas possibilidades de cuidado aumentando a potência de intervenção da equipe. São estes espaços que permitem trocas, elaboração, a construção do caso e do projeto terapêutico, ao mesmo tempo que propiciam capacitação contextualizada.

*[...]É como na saúde mental, sobre um caso a enfermeira chama pra discutir por que a pessoa tentou o suicídio alguma coisa assim, como nós estamos sempre na área fazendo visita e acompanhamento da família, nós sempre vamos até a casa da pessoa a gente conversa, você já tem aquela intimidade com a pessoa, e a pessoa começa a te falar, te conta os problemas então você sabe o que acontece dentro da casa e tem como passar pra equipe, pro médico pro enfermeiro o que ta acontecendo e o que aconteceu mesmo pra ele dar o encaminhamento é uma parte legal do trabalho[...]*JACS

*[...]A diferença entre o profissional participar das equipes é saber um pouco qual que é o processo de trabalho da Unidade e entender como é que esse paciente vai chegar, como é que essa história vai chegar, se não vai chegar, que demanda que tá chegando, que demanda que não tá chegando e daí poder também atuar nisso, né? Porque se você fica restrito só a clínica, se o modelo não contemplasse isso também, no matriciamento o momento do profissional de saúde mental estar envolvido no processo de trabalho da Unidade como um todo, né, a gente não ia entender que de repente a gente só tá olhando pra um problema e que não tá olhando pra outro, isso é um processo, né[...]*ENF

*[...]Na nossa unidade, por exemplo, um caso que vai passar pra saúde mental antes precisa da visita da agente pra saber esse contexto conhecer paciente, qual nível de ajuda ele pode contar né? Se ele tem alguém, um cuidador se for o caso uma rede de ajuda um vizinho, com quem ele pode contar, ele tem carro? Tem condições de vir aqui? Tem condições de ir à Unicamp. Quais são as condições dele, de entendimento de locomoção de sobrevivência de se alimentar[...]*ENF

*[...]A gente não tem muito uma receita, mas acho que segue muito essa coisa da necessidade e do, da necessidade do usuário e de como ele chega. Então assim, se ele chega pela Saúde Mental, ou se ele chega pelo acolhimento, ou se ele chega por uma demanda externa, um encaminhamento externo, aí começam-se as ações, então, primeiro a rotina de exames clínicos, ah, tem uma questão da família, então, vamo, chama a pessoa da família, aí vai o agente, “vamo fazer uma visita domiciliar”, vai na casa, e sempre repensando as estratégias, o que dá certo continua, o que não dá certo volta pra trás e começa de novo. O que eu acho, assim, particularmente, muito difícil, assim, a gente começa a discutir um caso complexo e, até sai muita coisa interessante e tal, mas e assim, você começou a fazer ações, mas no meio desse percurso já tem outro que entrou[...]*ENF

[...]Eu não sei, assim eu não vejo você levar um caso pra equipe e todo mundo se empenhar, em fazer uma parte, eu não sei se equipe deslida, se é interesse ou se cada um fazendo o que vem na cabeça, mas tem alguns casos que eu não vejo

todo equipe envolvida e aí fica muito difícil trabalhar, muito difícil e são muitos casos, não são de vez em quando, eu acho muitos casos[...] ACS

*[...]Aí a dificuldade de passar os casos e a linha psiquiatra/psicólogo atender né, por que esses casos a gente tem que passar mesmo a gente não consegue resolver não, nem pensar em resolver[...]*ACS

*[...]Por exemplo assim ó: semana passada chegou uma paciente e ela contou um caso assim: meu neto de 5 ou 6 anos gosta de matar animais isso aí pra mim eu posso ouvir ela contar e orientei ela que fosse até a recepção e visse na agenda do psicólogo. Conversei com a pessoa da recepção primeiro pra ver se primeiro ela passa na pediatra depois no psicólogo. Aí a recepção ia ver, então isso aí eu pude conversar com ela tranquilamente, eu pude, orientar então essa orientação eu dei pra ela, mas eu não ia me envolver com o caso ir a fundo no caso entendeu? Então isso eu pude fazer nesses casos a gente pode orientar encaminhar mas pra mim até aí, pra mim é aí que para[...]*ENF

*[...]Saúde Mental, hoje, eu acho que a gente não tem esse problema, eu acho que as equipes já sabem identificar o que é e o que não é. E é muito diferente você dizer que a pessoa vai fazer um processo de psicoterapia, seria ótimo se todas as pessoas pudessem fazer psicoterapia livremente, porque quer esquecer, porque querem resolver os seus conflitos, mas essa é uma demanda que o serviço de saúde, que a equipe da Saúde Mental do serviço não ta suportando abraçar, né assim, ai também isso é difícil a gente discutir com a equipe, por que, a nossa clínica também vai ser dos casos mais graves, porque os de prevenção, de promoção de saúde, esses mais leves, isso talvez não seja uma coisa só da equipe de Saúde Mental, então assim, o pediatra, ele também pode fazer um grupo com as mães e orientar a relação da mãe com o bebê, isso não precisa ser uma função só da psicologia, né, então, ai entra a questão da especialidade e, além da especialidade, da redução do número de profissionais[...]*PSIC

Os profissionais se referem em diversos momentos ao dispositivo chamado matriciamento. Percebemos que ele se apresenta de maneira diferente em cada serviço,

havendo várias formas de compreendê-lo ao mesmo tempo que há vários níveis de implantação deste dispositivo. Alguns profissionais reconhecem os avanços proporcionados pelo matriciamento.

*[...]Sempre que tem matriciamento tem uma troca muito grande, acho que você sempre aprende, tudo o que é falado, que você consegue colocar em prática ou não, porque, às vezes, você vai na psicóloga, na T.O., se leva “Oh, tem uma mente assim, assim, assim. – Vou te dar um parâmetro, tenta seguir, fala pro paciente isso, isso, isso e fala pra ela retornar qualquer coisa”, então sempre tem uma troca muito boa, às vezes positiva, às vezes nem tanto, mas de toda forma é válido, foi uma das grandes conquistas, acho que a gente tem, foi esse matriciamento, acho que em todas as especialidades, né, psiquiatria, T.O., psicóloga, acho que é bastante importante, a gente vai aprendendo o dia-a-dia[...]*ENF

Outros reconhecem o potencial do dispositivo, mas apontam diversas dificuldades no processo de implantação, na forma como acontece e na maneira como algumas equipes se organizam para realizá-lo.

*[...]É muito da saúde mental, da equipe, aí vai marcar o matriciamento vai com quem? “- Ah, com a TO, ou com o psicólogo!”, entendeu? Não tem uma apropriação até dos outros enfermeiros, tem um enfermeiro de área, que fica junto com a gente na equipe, agora os outros enfermeiros também, ainda não têm tanta apropriação. Mas eu acho que é processo, né, o apoio matricial começou há três meses, pra gente já tá com um grupo de medicação, funcionando, eu acho que tá num ritmo bom, acho que, vamo vê o que que vem[...]*ENF

[...]Faço matriciamento que, na verdade, na verdade, se você for perguntar pros profissionais é passagem de caso, a gente não consegue fugir muito, fugir muito disso, a gente consegue algumas vezes algum outro espaço pra fazer debate sobre algum tema, de levantar, através da discussão dos casos mesmo, mas a impressão que dá mesmo, não sei, ontem isso ficou muito claro pra mim no Santo Antônio, de que é uma reunião pra passagem de caso mesmo, assim, por mais que a equipe vai ser responsabilizada junto com você e tal, mas ela sabe que é pra você, ne, então pesa. Mas o objetivo é que a gente consiga fazer uma,

*através da discussão de alguns temas que sejam surgindo mais, também pensar em outros projetos de intervenção, em parceria com que profissionais da Unidade, sem ser especificamente de uma equipe. Então, eu acho que o matriciamento tem funcionado mal, na minha visão, assim, ele não tem dado conta, porque eu acho que é meio surreal mesmo dar conta de tantas equipes, isso e aquilo, isso e aquilo e de fazer esse trabalho mais de prevenção mesmo[...]*PSIC

[...]O matriciamento é assim, vem um profissional de uma determinada especialidade pra te, discutir com você os casos, pra que você aprenda um pouco daquela especialidade, aprenda um pouco o que fazer, pra que ele também trie os casos que devem ir pra especialidade, que podem ficar lá e ser tratados lá, mas o que acontece, uma parte desses matriciamentos em saúde mental, são feitos, por exemplo, pelo T.O. Que acaba não tendo uma, não sendo muito resolutivo[...] ENF

*[...]Era uma ponte, na verdade, o cara vinha pegava os casos e não discutia, quem discutia era a gente, passava os casos, né, e a pessoa anotava e numa próxima reunião voltava com uma vaga pra essa pessoa, que ela ia pra lá discutir o caso com a especialidade[...]*ENF

*[...]É um pombo correio. Era um pombo correio, era uma ponte. É, e como isso é um mês pra vir, um mês pra levar e pra trazer de volta[...]*AUX.ENF

*[...]Eu acho que, você perguntou do matriciamento, eu acho que o matriciamento ele, não sei, talvez tenha aí duas vertentes, não acho nem uma linh,, mas acaba tendo duas vertentes que assim, uma é o encontro, a ida dos profissionais na equipe, a maioria é assim, a gente vai até a reunião de equipe, concentra sempre em cima da discussão dos casos, mas a discussão do caso suscita algum tema, porque um tema de pano de fundo, é depressão, é violência doméstica, é o alcoolismo e isso tem possibilitado levar uma coisa mais de educação, de capacitação continuada, de formação pras equipes. Lá na Unidade a gente já fez várias vezes reuniões gerais, né, sobre vários temas, dependência química, violência domestica[...]*PSIC

Ligada a questão do matriciamento está a aproximação entre a Atenção Básica e o Caps. Os profissionais valorizam muito a presença do Caps que funcionaria como uma espécie de apoio para os casos mais graves. No entanto, muitas vezes esta relação não acontece deixando uma sensação de desamparo.

[...]A gente tinha muito problema de comunicação mesmo, paciente vai, ah, vai escreve uma carta, escreve a cartinha, liga, faz o contato por telefone, fala com quem ta no plantão, né, aí vai voltar, agora a gente deixa ser acompanhado na Unidade, ta bom, faz o contato com alguém referência da equipe, manda a cartinha de contra-referência e aí a gente já anda muito mais tranquilo, às vezes os casos são atendidos na Unidade, mas a gente precisa de um suporte, ou porque não tem o médico, ou porque não tem um psiquiatra, ou porque não tem, olha a gente não quer que o paciente vá[...]ENF

[...]A mental hoje tá bem melhor aqui pra nós sim, uma paciente super descompensada, quando descobriu ela já era piradinha, de chegar no portão ela não deixa por a mão no portão. Chega e faz a visita na calçada. Ela olha pra mim e fala: - Você não é desse país, você é de outro planeta. Olha na minha cara e diz: “você não é brasileira some daqui”. Piradinha, aí conseguimos fui fazer visita com a psicóloga, pior, (risos), eles tão aqui pra destruir nossas terras e destruir com os dentes, ela já tá com 3 dentes só acabada assim tá com 53 anos e num estado.... “vocês vieram aqui para acabar com os dentes dos brasileiros”, então assim conseguimos já... Fui com a psicóloga no portão vimos que o caso já é pra antes de ontem. Aí já conseguimos que o Caps, foi junto e fez a visita na calçada, a gente vai tentar voltar de novo lá, até conseguir que a família ou alguém consiga leva-lá até o Caps, ou que a perua do CAPS leve, e a gente vai tentando, então tem apoio sim[...]ACS

[...]Tem uma que foi anterior ao Caps. Porque assim, com o surgimento do Caps, alguns pacientes, eles passaram pro Caps de uma forma, que agora, praticamente, não dão mais nenhum trabalho pra gente, porque o Caps acolhe dia e noite, sem parar, né. Mas antes, a gente tinha que tá dando conta desses pacientes, que eles eram nossos, né, então assim, eu lembro que a gente tinha

*que acompanhar alguns pra, é, fazer grupo em algum lugar, ou festa no Tear das Artes, tinha pacientes, que tinha até o dia, uma vez por semana, pelo menos, acompanhar, a gente tinha uma dificuldade tremenda, dessas questões que eu falo, dessas capacitações que a gente fez, que a gente como sujeito, eu falo assim, o agente de saúde é um sujeito que foi pego assim sem saber o que ia fazer e, de repente, depois ele aprendeu, teve uma noção de várias coisas. Que é um leque de coisas que a gente faz, e muita coisa eu acho que o povo estranha muito da gente, sabe, por exemplo, acompanhar um paciente que nem olha no olho da gente, já sai pa rua com ele, e acompanhar, que a gente não sabe nem os nomes das doenças, então, na verdade, eu não sei nem o que que ele era. Acompanhar igual o outro, que a menina que ia junto comigo na, era a 9 que acompanhava um, que ele enfiava a mão nas bocas dos cachorro, cachorro bravo, pit Bull, ela tinha que ficar tirando ele de cima dos cachorro pra ele não ser mordido, inclusive, queria pegar no corpo dela, ela tinha que brigar muito com ele, às vezes, não sabia como lidar com aquilo e depois o medo de qualquer coisa que poderia acontecer com eles e a família responsabilizar a gente porque a gente tava, tava sendo responsável por aquele paciente, por aquele período. Eu não sei se a gente tá preparado pa tudo isso, quando eu penso, foi muito difícil pra gente, foi muito difícil pra gente ficar livre dessa dificuldade, porque assim, enquanto a gente reclamou que não tava dando conta, que achava que não era capaz, ninguém quis nem saber. A sorte, que eu chamo assim talvez, foi o Caps ter abrido, porque, enquanto isso a gente passou um mal pedaço, pessoal sem experiência e fazendo coisas, que eu acho, muito complicadas pra gente fazer[...]*ACS

[...]A gente percebe que tem diferença de funcionamento entre os CAPS e cada um tem um perfil e uma forma de trabalho, então aqui no São Domingos a gente lida com o CAPS sul, as triagens são agendadas a gente liga e passa o caso espera uma resposta, então às vezes quando a gente tá precisando de alguma coisa mais imediata isso e torna um obstáculo, né, mas eu entendo, são necessidades do trabalho se organizar, você percebe que tem, sempre tem uma resposta, não tem problemas de relacionamento, mas é mais essa dificuldade, às vezes eu preciso de uma coisa pra daqui uns dois dias, ou um pouco antes e fica um buraco, não é pra ter, não é pra esperar uma semana, então fica esse entrave. E é diferente, os CAPS da Prefeitura trabalham de outra forma, eu não to dizendo que é melhor, eu acho até que pro serviço fica mais maçante, a

*desorganização é maior, eu trabalho num CAPS da Prefeitura, é mais porta aberta, é isso. Agora, quanto a relacionamento é bom, resposta eu sempre tenho, os casos são bem atendidos, é só esse, esse meio que fica sem cobertura[...]*PSIC

Os profissionais relatam que desenvolvem alguns projetos em parceria com o Caps.

*[...]Agora por exemplo, com o matriciamento viabilizou a gente tá criando um grupo, o psicólogo falou que vai fazer um grupo em parceria com o CAPS no território, pros psicóticos que estão aqui perdidos, são do CAPS na verdade, fez uma busca pra buscar esses pacientes mas por mil motivos não chegam lá, vai ser feito na comunidade mesmo, nem no CS né, acho que são ganhos com as parcerias que dá pra construir. Agora os grupos, em si, são pensados nas equipes de saúde mental, a coordenação e de TO ou psicólogos na maioria, mas sempre com ajuda, com palpite, com conversa dos agentes, dos auxiliares, dos pediatras que estão junto, de quem está junto[...]*ENF

*[...]Fazer projetos em parceria, de repente o usuário, ele acha mais fácil vir aqui, mas tem alguma coisa que é interessante ele estar indo no CAPS, ou mesmo porque a Unidade não consegue ter a oferta que o CAPS tem de atividades gerais, né, então a gente consegue fazer essa parceria com o CAPS, é claro que nem sempre isso funciona[...]*ENF

*[...]Ou, às vezes, o psiquiatra muda pro CAPS e o paciente prefere ficar aqui porque tem que tomar ônibus, é mais longe e tal, então tem[...]*ENF

[...]Mas a gente consegue fazer uma parceria assim, olha, por exemplo, o CAPS me encaminhou uma paciente, ela chegou na Unidade e ela falou que ela gostava muito de uma oficina do CAPS, então a gente conversou com o CAPS

pra ela continuar indo na oficina, e ela continuou indo na oficina e sendo atendida aqui[...]MED

[...]O que facilita também é, uma que assim, a conversa com o CAPS não é que se restringe, mas fica mais próxima com um profissional de saúde mental, não é a toa, mas hoje mesmo a médica encaminhou um paciente pro CAPS, me perguntou tudo, mas ela que fez o encaminhamento, mas acho que facilita porque tem um profissional do CAPS que vem uma vez por semana na Unidade e aí esse momento, mesmo que seja informal, ah, o paciente faltou, vamos sentar e conversar, esse momento, mesmo que não seja tão formal assim, às vezes, ce ta tomando café facilita a aproximação e, também, o CAPS conseguir entender um pouco qual é a dinâmica desse território, né[...]JENF

Há uma discussão sobre quais os critérios de encaminhamento para o Caps:

[...]Gravidade do caso, geralmente, assim, psicóticos não compensados, bipolar que vem tendo crises freqüentes, os não compensados, eu nunca encaminharia um psicótico compensado, um bipolar compensado, depressivo muito pouco, eu procuro não encaminhar, a não ser que seja muito refratário[...]JENF

[...]É, lá no nosso também, mas normalmente, como nós não temos a psiquiatra ali no momento, então, é isso que eu falei a generalista, então, quando tem algum caso, a família vem procurar a gente faz a visita, avalia a situação, ela discute o caso, ela liga lá, porque tem a referência também, né, no CAPS, é o CAPS Sul também, discute, nós chegamos até a fazer visita, não tem assim, o que eu falei foi desse episódio que aconteceu, mas não tem também dificuldades. Discute os casos. Aconteceu assim, um outro de receber alta que eles não comunicaram, que nós ficamos sabendo através da família, mas depois já, nós fizemos visita domiciliar junto com o CAPS, também, em casos mais graves, que o paciente não saia, não queria, psicótico, então o caso dele, foi junto com a generalista, conseguiu a internação, aí ficou lá, mas geralmente é discutido com o matriciador também, então é o matriciador que fala “Olha, esse é melhor ir pro CAPS”, quem sabe, quem orienta a gente, né[...]JPSIC

[...]É, mas não é o matriciamento nesse modelo de reunião de equipe, ele vem faz a discussão junto, depois ta aberto para exemplos, olha, fiz uma visita pra uma pessoa, acho que o caso não é do jeito que a gente imaginava, acho que vai precisar de uma intervenção do CAPS, ah, então vamo numa segunda-feira fazer visita junto? Vamo. Isso propicia fazer essa passagem e esse contato, mas ai precisa ter um profissional livre porque nem sempre o telefone dá conta. Mas eu não sei, na minha experiência anterior, que eu fiz aprimoramento no Aeroporto, eu percebo que, era outro CAPS também, eu não sei, mas eu percebi que é um pessoal do CAPS muito menos permeável à Unidade Básica, sempre rolou um incômodo dentro do CAPS, porque eles iam ficar te questionando se era mesmo, se era o CID tal e tal, “você encaminhou um paciente, mas você escreveu um CID que não é pra CAPS”, eu falei, “por acaso você conversou com a pessoa?”, mas com o tempo isso tem sido super[...]PSIC

Há uma percepção por parte dos profissionais de que a intersetorialidade é necessária e que muitas vezes ela não acontece por problemas de organização e gestão das equipes. É como se houvesse uma dissociação entre a diretriz da política pública e a prática nos serviços.

[...]A intersetorialidade é uma diretriz de todas as políticas, né, agora fazer a diretriz acontecer efetivamente, porque assim, uma coisa é ter a diretriz, outra coisa é você liberar o funcionário, porque ele vai ter que ir lá, vai ter que se reunir, vai ter que escutar as pessoas daquela região, então assim, vai criar mais demanda, tem algumas coisas e a gente vê isso ter sucesso quando as pessoas se juntam por determinado objetivo em comum, mas como são coisas muito diferentes, hoje você ta com esse problema, amanhã é outro e outro e outro, eu acho que isso acaba dificultando[...] ENF

[...]E diante dessa situação precisa chamar outros setores, né, inclusive os agentes, e é assim que a gente pensa o projeto, é assim que a gente se responsabiliza, que é chamar outros parceiros pra ajudar[...]ENF

[...]Bem legal, o CIC que oferece cursos, né, cursos profissionalizantes ai, educação pra jovens também, porque tem muita gente que parou de estudar e

*dali a um tempo retorna, né, é a assistência social o CRAS, que fica alocada no CIC, então, normalmente, os casos de grande complexidade tá o Cras envolvida, a gente, o CIC, normalmente o conselho, né, então é juntar mesmo e fechar numa conversa pra todos os equipamentos da rede tarem falando a mesma língua com o usuário, porque, às vezes ele vai num espaço e quer utilizar aquilo daquele espaço, ai vai no outro, né, então, a gente precisa fechar mesmo o PTS. Casos de grande complexidade a gente acaba tendo que fazer reuniões temáticas de seis em seis meses, no mínimo, né, pra ver como é que tá o andamento da pessoa em cada equipamento, mas é complicado. E quando não tem aderência, né, é o que a gente vê com ligação ou visita[...]*ENF

3.3.4 - Organização do espaço – Produção de um lugar

Em diversas falas aparece uma reflexão a respeito de um trabalho no território que produza ou induza a produção de novas formas de relação e de subjetividade. Este trabalho estaria ligado a uma proposta de promoção da saúde, mas relaciona-se também com a questão da cidadania, da autonomia, da organização e de certa forma com uma espécie de consciência política.

[...]Mais ou menos assim, a realidade é essa. Mas porque, por exemplo, o grupo de convivência lá é um grupo de pessoas que também puxa, que convidam outras mulheres e tal, mas assim, o daqui também ta assim, né, a gente ta tentando mudar isso aos poucos, mas. Conviver pra quê? Pra passar o tempo? A gente ta tentando explicar pras pessoas aqui é. A gente faz em um espaço que é um centro, a gente faz num espaço que é o centro comunitário daqui que não é utilizado praticamente, a gente entra lá, no início a gente entrava era tudo sujo, largado, agora, o rapaz que cuida lá falou, “eles vão mandar pintar, tão vendo que vocês tão usando!” Então, a gente começou a pensar como é que a gente pode fazer com que as pessoas voltem a se reunir nesse espaço seja por diversos motivos. Daí, da última vez que a gente tava lá sentado conversando apareceu o presidente da associação da união de bairro, que tem um projeto que chama

*projeto cidadão, que não sei o que, que tem outros contatos em associações aqui no bairro, então que a gente, que vai conversar nessa semana, que a gente já conversou com esses trabalhadores que já participam, mas vai conversar com a população é de fazer com que eles se apropriem daquele espaço, de que aquele espaço não precisa ser um espaço do centro de saúde puxando, acho que eles também tem essa função de, “olha, se vocês não quiserem a gente não faz mais” e é dizer assim “ceis querem? Pra que que ceis querem?”, não que não se possa abrir o espaço de convivência, pode ser, mas se as pessoas quiserem que ele seja algo pra além disso, né, então, é uma região muito carente, precisa de diversas coisas e tal, pela organização da população mesmo[...]*ENF

*[...]Eu acho assim, nesses quase 7 anos que a gente tá trabalhando, ultimamente a gente tem conseguido algumas coisas assim tipo esse espaço que a (3) falou a minha equipe também é uma área bem, bem pobre bem difícil agora deve ter o que acho que uns 5 meses o pessoal lá fez uma associação então o lugar onde o pessoal agora tão começando a fazer artesanato acho que tem um mês mais ou menos então tá sendo muito bom, o psicólogo tá indo no período da tarde uma vez por semana pra conversar com as mulheres até parece assim uma coisa muito desejada que a pessoa começou assim por.. igual eu tava conversando com ela essa semana e ela falou ah eu comecei como uma brincadeira e o negócio ficou muito sério, ela achava que não ia ter muita gente e assim tá lotado que ela já não sabe mais como fazer. Então era assim eu lugar muito carente que não tinha espaço físico, não tinha nada mas agora a gente tá, aqui no São Domingos a gente tem esse espaço que o Sr. Alísio geralmente cede né tá sendo usado bastante e agora essa associação do jardim Campicuba que tá tendo onde o pessoal tá reunindo todo quarta-feira[...]*ENF

Aparece uma questão interessante que vai problematizar o dentro e o fora da unidade de saúde, como se existisse uma potência maior com as ações que acontecem fora da unidade.

*[...]A minha sugestão é tirar de dentro do Centro de Saúde[...]*AUX.ENF

*[...]Então, quando sai da Unidade o troço vinga? Volta pra Unidade o troço morre?[...]*ENF

[...]Eu tô achando que pode ser isso[...]ACS

[...]Também o pessoal não se sente a vontade dentro da Unidade, não sei[...] ACS

[...]Quando também sai do centro de saúde com parceria acho que sai do foco da doença fica na saúde, mas quando fica grupos muito no centro de saúde, fica focado na doença que é a doença circula, e quando a gente consegue sair disso a gente fala mais da saúde[...] ENF

[...]Eu acho que o culpado disso somos nós mesmos, da comunidade somos nós funcionários mesmos, por que a muitos e muitos anos eu sempre solicitei que o centro de saúde tinha que ter um trabalho extra muro que não fosse só questão da saúde em si, tratar saúde, abrir espaço pra dar aula de corte costura, de... O que o TO faz realmente ali devia ser mais aberto inclusive devia abrir aos domingos, não abrindo a sede do centro de saúde já que tem guarda e tudo deveria ser aberto aos domingos também, por que a gente não encontra parceria para o lazer principalmente pra área feminina, pros adolescente na região ali, por que a região ali da muita área pra homem, futebol, essas coisas que homem gosta voleibol, essas coisas mas pra mulher eles não tem e a gente pede muito que se abre pelo menos a parte social do centro de saúde onde a gente pode ter uma atividade tendo uma pessoa responsável né, abrir mesmo pra gente ter a população não só com usuário doente, um usuário participando uma questão social mesmo, eu canso de pedir isso mas não sei por que[...]ENF

Os profissionais relatam diversas atividades realizadas no território que relacionam com a saúde mental.

[...]A gente faz dois grupos de criança no centro de convivência assim e isso é muito legal e o grupo de pais acaba sendo lá por que os pais vão levar as crianças e acabam participando do grupo e isso é legal, assim tem muito... Eles aproveitam a brinquedoteca que é lá, e a gente consegue fazer um trabalho bem mais bacana do que ficar só: “o comportamento da criança é

inadequado”[...]PSIC

[...]É o que a (7) falou, a gente não tem quase espaço né então tem o grupo de liang gong nos dois bairros, não três bairros, tem o grupo de ginástica postural e agora tem o de terapia e aí a gente inventa passeios com eles e leva eles pra passear, leva eles pra paulínia pra ir no zoológico, leva no barco e a gente sente assim que eles ficam muito feliz né eles gostam do passeio eles chegam e perguntam e aí quando vocês vão fazer outro, aí a gente vive fazendo passeio com eles assim lugar de criatividade de artesanato tipo assim mais atividades pras crianças a gente não tem espaço nenhum[...]ENF

*[...]Grupo de convivência. Tem o de artesanato, né. **O Liang Gong**. Tem o de relaxamento de tarde e tem grupo de caminhada e dependentes químicos também[...]ENF*

[...]Tem, tem o grupo de pais também, que participam as agentes, o grupo de crianças. Tem algumas outras atividades, mas são pontuais, não são atividades do CS, mas o dia da mulher na Unidade, acabou que aconteceu diversas outras atividades, o dia da mulher da sudoeste, na praça do DIC VI[...]ENF

[...]A gente está tentando criar atividades pras mulheres, coletas de CO. Dinâmicas, algumas gincanas, algumas brincadeiras, algumas mesas de desenho, pintura, de fazer bijouteria[...]ENF

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal deste estudo é aprofundar nossa compreensão a respeito das concepções que os trabalhadores da atenção básica têm da relação entre saúde mental e território. Este processo é bastante complexo e inclui as concepções sobre o que significa saúde mental na atenção primária, o que é um problema de saúde mental, como ele é produzido, qual a demanda que deve ser atendida, como deve ser atendida e qual o objetivo deste atendimento.

O material produzido pelos profissionais nos grupos focais foi muito ilustrativo da realidade do trabalho na Atenção Básica. Suas falas revelam os diversos impactos que a aproximação com relação ao território produz. Percebemos que a maneira como está atualmente estruturada a Atenção Básica, como Estratégia de Saúde da Família, produz mudanças, ou seja, a abertura para o território que tem no agente de saúde sua expressão mais radical, tensiona o modo tradicional de fazer saúde e vai demandar transformações nas práticas.

Esta idéia de que a própria organização interna da equipe, a organização no território e o vínculo com o usuário podem induzir mudanças é muito interessante. É uma idéia que tem origem nas práticas sistêmicas. Ouvindo os trabalhadores, fica claro que sair do serviço e caminhar pelo território produz questões. Eles são interpelados por diferentes dimensões da realidade e conseqüentemente vão produzir novas formas de compreender e de tratar. Este processo pode ser facilitado se for acompanhado de uma reflexão e pensamos que a entrada da saúde mental na atenção primária, dependendo de como ela aconteça, pode ser um facilitador deste processo.

Apesar de ser uma aposta promissora, o trabalho no território e a vinculação, envolvem uma série de dificuldades que apareceram claramente na fala dos trabalhadores. O cotidiano de trabalho propicia que o conhecimento a respeito do usuário seja detalhado, muitas vezes aparecendo como uma invasão da privacidade. A intimidade de entrar na casa, tomar um café, visualizar a arrumação e a limpeza, saber das rotinas dos moradores, saber quem trabalha, quem sustenta a casa, quem exagera na bebida, quem é violento, quem trai

e quem é traído, todas estas informações conferem um caráter muito diferente a esta relação. Ao mesmo tempo que fornece elementos fundamentais para a intervenção na área de saúde, aumenta também a expectativa de resolutividade do caso. Podemos pensar num aumento da responsabilidade do profissional e também da cobrança que será feita sobre o desempenho deste profissional por parte dos usuários.

A clínica ampliada provoca além da ampliação do olhar uma ampliação do vínculo e isto é foco de dificuldades e resistências. Nos grupos focais aparecem algumas polaridades tais como autonomia e dependência, cuidado e controle que sinalizam sentidos que esta relação pode assumir. Identificamos várias passagens na fala dos profissionais que abordam a questão da vinculação. O que a princípio parece simples, vai mostrando toda sua complexidade. Por exemplo, qual exatamente o tipo de vínculo que está sendo proposto? Em diversos momentos há uma confusão tanto por parte dos trabalhadores como por parte dos usuários. Os trabalhadores que habitam o território onde trabalham vivem esta confusão cotidianamente. Na medida em que o público atravessa um determinado limite e entra no privado (na casa) o usuário responde solicitando um serviço público do trabalhador que, fora do horário de trabalho, está no supermercado. A questão dos limites nesta relação é tensionada de diversas formas e é necessário um trabalho contínuo de elaboração destes limites, tanto no que diz respeito aos usuários quanto da parte dos trabalhadores.

A intensificação do vínculo numa relação de trabalho exige uma preparação dos profissionais envolvidos que na maioria das vezes não sabem como lidar com as questões que são produzidas. No caso da Atenção Básica a proposta de aumento de vínculo pressupõe um profissional muito mais aberto às projeções, às identificações, aos ataques, isto é, ele vai ser tensionado em questões pessoais e não deverá, para ser coerente com a proposta, responder com as defesas tradicionais utilizadas pelos profissionais da saúde que começam pela recusa do vínculo. Como fazer para que a resistência não prevaleça? Como fazer com que a equipe e os profissionais possam caminhar adiante, suportar a proximidade com outro que se apresenta como estranho e em alguns casos como perigoso?

Pensando na Saúde Mental, entendemos que a possibilidade de um vínculo maior, mais duradouro, mais regular, já faz parte de uma oferta de saúde mental.

Quando introduzimos a questão do desamparo, começando nas proposições freudianas, passando pela psicanálise dos grupos e das instituições, nosso objetivo foi de

refletir sobre a questão da subjetividade e da estabilidade psíquica. Pensamos que a subjetividade humana necessita de apoio, melhor dizendo, de apoio psíquico. Há necessidade de uma construção que envolva pessoas, instituições, espaços concretos e simbólicos, que permitam a sustentação e a estabilidade psíquica. Aproximamo-nos também da noção de território, tomada de Milton Santos, pois ele introduz uma série de elementos que facilitam o estabelecimento de ligações entre o espaço e o psiquismo. Todos estes elementos nos ajudam a pensar a questão da Saúde Mental na Atenção Primária de um ângulo particular, que se relaciona com este suporte primordial necessário à estabilidade psíquica.

Nossa proposta é entendê-la, neste nível mais basal, como uma espécie de Apoio Psíquico. Um esforço no sentido da sustentação. Um espaço que propicie segurança, mas que, ao mesmo tempo, ofereça a oportunidade de mudança. Esta questão é bastante complexa e iremos introduzindo nosso ponto de vista aos poucos, na medida em que aprofundamos o diálogo com os profissionais.

A vinculação facilita a criação de um ambiente de trocas mais verdadeiro e pode produzir uma qualificação da demanda, isto é, pode permitir que a problemática em questão saia de um nível superficial. Este movimento de abertura e de exposição por parte do usuário vem acompanhado de uma atribuição de lugares. O lugar ocupado pelo profissional da Saúde vai depender de como ele compreende este processo e do nível de elaboração que ele tem a respeito das questões que estão sendo tratadas. Ele pode, por exemplo, induzir uma relação de dependência. De qualquer forma, sempre estará presente, em níveis variados uma demanda de apoio psíquico. De outro lado, podemos supor que a instituição saúde possui, entre outras, a função de dar apoio psíquico. Quando dizemos instituição saúde, estamos nos referindo a instituição no sentido amplo, que engloba tanto as idéias e políticas públicas como os diversos níveis da estruturação da saúde no nível municipal, estadual e federal. Se esta função está maciçamente transferida para os profissionais e não há uma sustentação nos outros níveis, podemos pensar em sobrecarga, principalmente se não há capacitação.

É necessário contextualizar o lugar ocupado pela saúde no Brasil. Arouca (2003), autor que faz parte da tradição da Saúde, fez a seguinte afirmação: - *A saúde no Brasil tem um papel civilizatório*. Esta afirmação sempre chamou nossa atenção, pois realmente, a

construção do SUS e a maneira como ele foi implantado diferencia-se amplamente de qualquer outra política pública, mesmo quando pensamos na educação. Há uma politização presente no movimento sanitário que empresta força às ações de saúde e que permitiu até agora que o SUS caminhe a revelia da prioridade governamental. Podemos entender o papel civilizatório como uma espécie de educação da população, mas também, podemos entendê-lo de outra forma, como uma grande rede de segurança, tanto física como psíquica diante de um estado frágil.

Entendemos que a rede de saúde que está espalhada pelo território brasileiro se configura para uma grande parte da população e quanto mais vulnerável mais força tem esta idéia, como representante do Estado. É ali, na atenção primária, que o Estado se faz presente e, isto tem toda a importância, de portas abertas. Sabemos que a porta não é tão aberta assim, mas em comparação com outras áreas do governo, a porta é escancarada.

Quando introduzimos a noção de território e toda a análise de Milton Santos, situamos a saúde a partir de duas vertentes, de um lado a saúde pensada como técnica, como ciência e como procedimentos que visam à cura, neste sentido possuindo uma racionalidade universal e, de outro lado, a saúde no território, e a relação do trabalhador de saúde com o usuário e os procedimentos cotidianos de saúde. É interessante porque Milton Santos aponta o território, mesmo o que vem marcado pela extrema vulnerabilidade, como uma potência de criação de novas formas de viver, de fazer, etc. Pensamos que um dos grandes desafios do profissional da Atenção Básica é conseguir se libertar de um olhar que só reconhece aspectos negativos nos usuários e perceber esta potência colocando-a para trabalhar a favor dos objetivos da saúde.

Imaginemos um PSF ao lado de uma Igreja na periferia de uma grande cidade. No nível psíquico, na base do pedido de ajuda, o que diferencia estas duas instituições? Que papel ocupa a saúde no imaginário da população? São diversos papéis, mas há marcas profundas de uma saúde marcada pela onipotência da ciência, pelo autoritarismo do Estado que ao mesmo tempo é ausente na periferia, com uma idéia de nação que desqualifica o cidadão, desrespeitando-o nas suas necessidades mais básicas.

Pensamos ser muito importante explorar as diversas conseqüências decorrentes deste imaginário. Como pode um trabalhador, que em última instância é representante deste Estado (é um serviço público) produzir saúde ou mais especificamente produzir saúde

mental? Que tipos de representações e de significações estão presentes neste encontro? Podemos entender o discurso da autonomia como um avanço ou faz parte de uma estratégia de desresponsabilização do Estado?

Que trabalhador é este que afirma que é bom trabalhar com a vulnerabilidade, que se sente bem próximo da pobreza? Que atração é esta? O que se produz nesta relação, onde muitas vezes há papéis cristalizados, de um lado o profissional de saúde, poderoso, ciente de seu saber e de outro um paciente sempre a espera de uma ação externa que lhe resolva os problemas. Há sempre uma grande ambigüidade nesta relação e facilmente ela pode se transformar em práticas que, ao contrário de promover uma melhora da situação do usuário, venham reforçar uma situação de desqualificação.

Se a saúde é um acesso do usuário cidadão ao Estado, que na maioria das vezes o negligencia, a demanda de saúde pode muitas vezes se configurar como uma demanda de reconhecimento, de pertencimento, de apoio, no sentido amplo que esta palavra pode ter. Portanto, quando pensamos em saúde mental na atenção primária devemos levar em conta estes aspectos relativos ao apoio psíquico. Levar em conta esta questão é saber escutar a demanda de cuidado nas suas diversas nuances. Este ponto é fundamental, pois, para se escutar, é necessário primeiramente uma formação, isto é, o desenvolvimento de uma escuta, em seguida é necessário que esteja previsto um espaço e um tempo para essa escuta. Na rede que estudamos, identificaram-se arranjos e estratégias que propiciam o desenvolvimento desta escuta e constatarem-se diversas reflexões oriundas deste processo. A questão é complexa, porque não basta um bom acolhimento, ele necessariamente tem que oferecer uma escuta mais profunda de modo a não colar no sintoma ou na demanda apresentada inicialmente.

Podemos aprofundar um pouco mais a análise, quando introduzimos a idéia de que as instituições, no território, desempenham um papel de sustentação psíquica, na medida que as pessoas depositam conteúdos e fazem vínculos que garantem certa estabilidade psíquica. Identificamos claramente esta situação quando observamos as instituições religiosas. Elas desempenham um grande papel na manutenção de uma estabilidade psíquica e, conseqüentemente, social. É difícil imaginarmos um território da periferia de uma grande cidade sem as diversas igrejas que mostram um grande crescimento nas últimas décadas. O que faz com que uma pessoa que se sinta angustiada, se dirija a um

PSF e não a uma igreja? Ou porque ela se dirige às duas instituições? A resposta medicamentosa é tão onipotente quanto a de um pastor? O que esta pessoa demanda? Quais são os impactos da vulnerabilidade social na esfera psíquica?

A velha questão de qual é o limite da intervenção em saúde. O equipamento de saúde faz parte do território, ele está inserido num grande conjunto que se mostra como uma rede de sentido e apoio para o sujeito. A casa como lugar primeiro da estabilidade psíquica, a casa própria como lugar de segurança que guarda a história da família e sustenta os projetos de futuro. Um lugar que se constrói durante anos, que envolve ligações com vizinhos, com certo ordenamento da própria família, um engajamento no trabalho, a localização na cidade, no bairro, na rua. Uma cartografia de lugares, relações, sensações e sentimentos. A construção de um lugar dentro do território se faz concomitante a da identidade do sujeito e podemos observar que em alguns lugares, onde realizamos a pesquisa, o equipamento de saúde, isto é, o PSF, faz parte desta construção, ele não está fora, do outro lado, ele se faz presente pelas ações e pelas vivências, pois a criança que hoje vai à escola, foi acompanhada desde antes do nascimento, pelo pré-natal.

Neste sentido, podemos pensar, que a estabilidade do sistema, isto é, uma continuidade das políticas aliada à permanência do profissional, poderia, aos poucos, criar condições para que esta instituição seja incorporada numa certa constituição indentitária. No entanto, somente isto não garante um bom cuidado em saúde mental.

No contexto do território, como vimos, as instituições aparecem como ordenadoras da vida e ao mesmo tempo como espaços de projeção e proteção. As instituições que possuem a característica da permanência apresentam-se como possibilidades sempre presentes de relação. A presença de um equipamento de saúde na periferia funciona um pouco como um lugar de segurança, onde a população pode solicitar auxílio quando necessitar. Há, portanto o auxílio concreto, que se traduz nos procedimentos de saúde, mas há outro nível de cuidado, que se traduz numa certa forma de receber, entender e encaminhar os problemas.

Quando entramos em contato com os grupos focais, pudemos perceber, que existem PSFs que ocupam este lugar de apoio psíquico, que fornecem uma espécie de segurança, que permitem um outro tipo de aproximação e intuitivamente entendem que a sustentação deste lugar é importante para a saúde mental da população. Pensamos que pode

haver uma sobrecarga na saúde porque grande parte do Estado brasileiro não exerce esta função, é frágil e produz mais vulnerabilidade.

A estratégia de enfrentamento da demanda de saúde mental na atenção básica nos parece um ponto fundamental na definição da política pública que será implementada. É uma tarefa complicada porque a construção da estratégia irá depender dos recursos disponíveis no território, da rede de saúde mental da região, dos profissionais presentes no serviço e do tipo de formação que estes possuem. Sem estas informações é muito difícil organizar a atenção.

No entanto, há algumas premissas básicas que precisam ser definidas. A Atenção Básica está estruturada a partir da Estratégia de Saúde da Família. Isto implica que se o usuário habita naquela região ele tem que fazer parte das ações daquele serviço. O processo de reabilitação psicossocial deve privilegiar o território onde o usuário habita. Mesmo se ele utiliza equipamentos como o CAPS, Centro de Convivência, e outros, ele continua sendo daquele território e deve ser incluído nas ações de saúde.

Da mesma forma, a Atenção Básica, como porta de entrada do sistema deve propiciar acolhimento e escuta qualificada a todos os casos, tendo como função entender que demanda é esta e qual será seu destino. Esta função é de fundamental importância porque estamos assistindo, na atenção básica uma espécie de banalização da Saúde Mental, através de uma psicologização e psiquiatrização dos problemas. A falta de critérios e de formação dos profissionais favorece este processo e muitas vezes congestionam os serviços mais especializados com casos que não teriam necessidade deste tipo de atenção. Por outro lado, promove a medicalização do sofrimento psíquico. Na fala dos profissionais identificamos momentos diferentes na forma de lidar com esta questão. Há reconhecimento de avanços na percepção dos casos e qual o destino a ser dado.

Parece haver uma tensão permanente entre o risco da psicopatologização do sofrimento humano e a necessidade de criação de dispositivos de suporte para este sofrimento.

Quais seriam os casos que mereceriam uma atenção mais especializada? Quais casos a atenção básica pode se responsabilizar?

A dificuldade relativa a este tema não é simples. Uma primeira questão bastante complexa relaciona-se com a ligação entre problema mental e vulnerabilidade social. Todas

as pesquisas epidemiológicas que encontramos vão indicar que existe correlação entre pobreza e doença mental. Na fala dos profissionais isto também aparece. Pensamos que é necessário muito cuidado para abordar este tema, pois estas afirmações podem servir para reproduzir uma ideologia que em última instância vai cristalizar um lugar desqualificado para as classes sociais desfavorecidas. Por outro lado, sabemos que a vulnerabilidade social extrema vai afetar uma série de elementos estruturantes do psiquismo que podem favorecer determinados tipos de quadros psicopatológicos. Assim, é importante o entendimento da diversidade da demanda que chega à saúde mental e problematizar o que está na origem destes quadros.

Pudemos perceber que a demanda é muito diversificada aparecendo casos de diversos graus de complexidade. O trabalho no território facilita a identificação de casos nos quais o usuário encontra-se limitado ao espaço domiciliar, muitas vezes em situações bem complicadas. A identificação dos casos graves que necessitariam tratamento também é facilitada. Há casos que necessitam de uma parceria entre CAPS e Atenção Básica para um bom acompanhamento.

Os profissionais trouxeram vários exemplos sobre o tipo de demanda e estes exemplos, sempre vieram acompanhados de uma riqueza de detalhes a respeito da história do paciente, sua rede social, sua condição de moradia, isto é, os casos não foram apresentados a partir de um diagnóstico, mas sim a partir do contato e da intervenção. Esta característica nos parece muito positiva na medida em que a problemática já vem com um a leitura ampliada, diferentemente da tendência hegemônica que prioriza o diagnóstico, deixando de lado a contextualização do caso. É interessante pensarmos que além do diagnóstico, há também uma priorização da questão da vulnerabilidade social.

Identificamos, por outro lado, a fala de um psiquiatra que afirma que a demanda de saúde mental é muito influenciada pela questão social e que de psiquiatria mesmo ela acaba atendendo muito pouco. Esta fala parece indicar uma concepção a respeito dos problemas mentais muito focada numa perspectiva individualizante e biológica, como se o problema estivesse somente no indivíduo e não fosse influenciado pelo contexto.

Outro tipo de demanda que mobiliza bastante os profissionais são os casos ligados ao judiciário. São casos que vão tensionar o papel da atenção básica, pois muitas vezes os profissionais são colocados no lugar de avaliadores de comportamentos e fiscais de

condutas. São casos bastante complexos que exigem uma discussão profunda por parte da equipe.

Há sempre uma discussão a respeito do que vai ser feito com as informações que são colhidas no território. O acesso a estas informações é uma construção que está baseada no vínculo e na confiança. Qualquer mudança nos objetivos da ação do profissional de saúde deve ser acompanhado por um entendimento da população, caso contrário, haverá um retrocesso na relação e um empobrecimento da comunicação.

Nos grupos focais em estudo, por diversas vezes escutamos os profissionais afirmarem que não sabem ao certo o que fazer com esta demanda, pois “a porta esta aberta e entra de tudo”. Este cenário de encontro, onde se cruzam ciência, política, doença, desamparo, nos coloca questões de várias ordens e nos faz refletir que tipo de respostas são dadas. Segundo o que escutamos dos trabalhadores, as respostas são diversas e muitas vezes não há uma reflexão sobre esta resposta.

Uma parte da demanda que chega é encaminhada ao psiquiatra e recebe como resposta a medicação. Há um problema básico na resposta medicação para os problemas psíquicos. Responder com algo concreto para uma demanda que é de outra ordem. Há uma lógica instalada neste procedimento que combina bem, por exemplo, com a idéia de um Deus onipotente, de um Estado Autoritário, com uma lógica de generalização. A resposta medicamentosa, muitas vezes pode se inserir numa lógica que vai no sentido da não responsabilização do sujeito que tem um sofrimento mental. Ele não precisa refletir sobre seu problema, não há necessidade de uma implicação, pois existe algo, exterior que possui poderes para acabar com o sofrimento. Na fala dos profissionais, constata-se uma série de questionamentos sobre o uso da medicação que apontam para uma visão crítica da questão, no entanto, eles assumem que não possuem outras respostas a demanda do usuário que tem um sofrimento mental.

Na análise do material pudemos identificar que outras respostas que estão sendo construídas tais como: novos olhares sobre o sofrimento mental, novos dispositivos de intervenção e a construção de lugares no social que propiciem a elaboração.

Constatamos uma compreensão mais complexa da questão da saúde mental. São falas que problematizam o “sintoma” e a “doença mental” tirando o foco do indivíduo, ampliando e incluindo a história, as relações sociais, a dinâmica da família, o contexto de

aparecimento do problema. Esta mudança, que como já afirmamos, está diretamente ligada ao modo como a própria Estratégia de Saúde da Família se organiza, permite o aparecimento de novas possibilidades de intervenção. Estas, não são intervenções tradicionais e na maioria das vezes não são intervenções diretas no sujeito que demanda, mas sim no território, na sua rede social e nos diversos lugares que mantém ligações. Esta abertura ajuda na percepção de que a Saúde não pode trabalhar isolada e que necessita de uma aproximação com outros equipamentos e com outras áreas, isto é, desenvolver a intersetorialidade.

Identificamos a preocupação com a formação de uma rede de atenção em saúde mental. A formação da rede, no nosso ponto de vista, não estaria somente ligada a possibilidade de cuidados dos usuários, mas também, constituiria um certo apoio psíquico aos profissionais. Por exemplo, há uma preocupação muito grande em desenvolver uma parceria com o Caps. Em diversas falas, aparece claramente esta função de apoio psíquico que o Caps proporciona para os profissionais do PSF. A integração com outras secretarias, com profissionais que possuem outros saberes e outros recursos para lidar com os problemas, propicia um aumento do sentimento de potência do profissional e cria novas possibilidades de tratamento. A possibilidade de vislumbrar saídas favorece a saúde mental tanto do usuário que demanda quanto do profissional.

No entanto, a relação entre PSF e Caps ainda acontece de maneira tímida. Podemos pensar que o que está em jogo é a aproximação entre a Atenção Básica e outros níveis de atenção. Pensar a Saúde Mental na Atenção Básica nos obriga a aproximar a Reforma Sanitária da Reforma Psiquiátrica. Como já afirmamos anteriormente, esta aproximação não se faz de maneira tão fácil haja vista que existe certa confusão entre o que é papel da Atenção Básica e o que é papel do Caps. O processo de aproximação quando ocorre, exige uma interlocução entre os profissionais e o estabelecimento de contratos e responsabilização pelos usuários, de forma que haja uma divisão de tarefas e responsabilidades. A troca de informações é fundamental, pois se do lado do Caps há uma capacitação do profissional a respeito dos aspectos técnicos do caso (medicação, terapia, diagnóstico), da parte do PSF há os detalhes do território (família, moradia, rede social). A integração destes aspectos amplia as possibilidades de sucesso no tratamento do usuário.

No decorrer deste trabalho, tanto na introdução como na fala dos profissionais, está presente o dispositivo denominado matriciamento. Pudemos perceber que não há um consenso em torno de como realizá-lo e pela própria maneira como ele é concebido, permite uma multiplicidade de ações e intervenções. Identificamos uma função de mediação realizada pelo matriciamento, no sentido de facilitar a aproximação entre universos que estão separados, seja por conta da formação profissional, seja pela classe social, seja pelo lugar ocupado no cenário em questão. Ele é um dispositivo que, quando bem conduzido, permite integração e elaboração. Neste ponto é importante enfatizarmos que o profissional que vai ser o matriciador, principalmente no caso da saúde mental, necessita não só de conhecimento técnico sobre o assunto, mas uma boa leitura de funcionamento de grupo, dinâmica grupal e defesas psíquicas. Como indicamos na parte teórica, Kães vai trabalhar com o conceito de funções intermediárias que segundo ele seriam formações que estariam entre duas ordens descontínuas de realidades (interno e externo, dentro e fora, etc). Ele vai dizer que existe um trabalho de criação que acontece no “entre” e que, sem negar ou destruir as partes, permita a convivência e o avanço do conhecimento. Parece-nos que o matriciamento vai produzir elementos que teriam esta função de elaboração e integração.

Outro exemplo neste sentido poderia ser a presença do Agente de Saúde como um elemento de comunicação entre a Instituição, os profissionais e a população. Há conflitos de diversas ordens ligados ao pertencimento a classes sociais diferentes, as diferenças na formação, às visões de mundo muito diferentes, etc. O Agente de Saúde realiza uma função muito interessante, pois ele tem um duplo pertencimento e ele transita nesta zona intermediária transportando diversos tipos de conteúdos e mensagens. As zonas intermediárias e de passagem são muito importantes para o processo de elaboração, no entanto a tendência inicial é a manutenção da separação porque toda integração vem acompanhada de angústia. Assim, é como se os agentes de Saúde realizassem o que Kães chama de função fórica. O processo é bastante complexo, pois há uma parte consciente, onde eles levam informações técnicas e dados concretos do território e há uma outra parte que não é consciente e que pode produzir avanços como reproduzir uma dinâmica ou reafirmar as defesas.

O trabalho em equipe multidisciplinar com proposta de relações mais horizontais vai trazer uma série de questões para a Equipe que necessitam de elaboração. Podemos aqui recuperar o conceito de “Núcleo” e de “Campo” (Campos, 1997) que já é muito utilizado pelas equipes dos Caps, que propõe para as diversas especialidades diferentes tipos de intervenções, sendo que o Núcleo de competência incluiria as atribuições exclusivas daquela especialidade e o Campo incluiria os principais saberes da área em intersecção com outras áreas, um espaço de sobreposição de saberes. A busca da intersectorialidade com a aproximação de campos de saber e de atuação muito diferentes, também vai exigir um trabalho que facilite a integração. Assim, o espaço do matriciamento, enquanto espaço destinado a propiciar estes encontros, pode ajudar nesta tarefa

Há alguns conceitos psicanalíticos que podem contribuir para facilitar esta elaboração. É sempre bom lembrarmos que quando propomos a utilização de conceitos da psicanálise é no sentido de utilizá-los como uma ferramenta de compreensão dos processos e não como uma prática no sentido do tratamento. A psicanálise, em última instância, poderia nos ajudar a quebrar a lógica dominante introduzindo certa “reticência” nos processos, mostrando a fragilidade da resposta onipotente, colocando em questão a ação juntamente com o ator, aproximando os pólos das diversas cisões impostas pela racionalidade. A psicanálise, portanto, sustentado mais uma postura ética no encontro com os usuários do que uma técnica terapêutica estrito sensu.

Assim, a idéia de que não existe um eu individual, que ele é grupal, que está ancorado no mundo e que a divisão externo-interno é apenas uma construção, nos permite, por exemplo, compreender a importância da instituição para a vida psíquica do sujeito e potencializa a intervenção no território, na medida em que compreendemos o papel que cada elemento do território ocupa na construção identitária do sujeito. Esta abertura é parecida com a abertura propiciada por uma concepção sistêmica, onde o sintoma não fica localizado dentro do sujeito, mas ao contrário, vai ser compreendido como uma problemática da vinculação.

Outra idéia que emprestamos da psicanálise relaciona-se a certas formas de defesa frente ao desamparo. Há uma cisão básica na construção do psiquismo que vai permitir certa ilusão de integridade, de unidade e de coerência. Os aspectos desintegrados poderíamos dizer, os aspectos psicóticos, permanecem inacessíveis e são projetados no

exterior, como nas instituições, por exemplo. Podemos pensar que tanto os trabalhadores, como os usuários do PSF fazem uso da instituição saúde para lidar com estes conteúdos. Por exemplo, a idéia de Saúde e Doença como dois pólos separados reafirma a dinâmica da cisão ao contrário de uma idéia de saúde-doença como uma continuidade, onde sempre podemos identificar aspectos relativos aos dois pólos.

Caponi (2003) trabalha a questão da saúde como exposição ao risco, ao invés de uma idéia de saúde totalmente idealizada. A cisão provoca uma idealização e esta por sua vez propicia uma sensação de controle e onipotência. O tensionamento da cisão vai provocar angústia e desestabilizar o sujeito. Transpondo para nossa situação, podemos pensar que a situação de proximidade propiciada pelo PSF tensiona esta cisão e produz mal estar.

Kaës (1991) propõe criar dispositivos de trabalho que permitam restabelecer um espaço subjetivo conjunto, uma área transicional comum, relativamente operatória. Pensamos que a criação destes espaços seriam necessários tanto no interior da equipe quanto na relação com os usuários. Assim, seria importante incorporar novas disciplinas na formação de gestores, planejadores e profissionais de saúde (Onocko Campos, 2003), que lhes permita entender as várias dimensões com que estão lidando na hora das decisões e conflitos no palco grupal, pois não se trata somente de criar espaços de fala e trocas auto-reflexivas que propiciariam a democratização e um grau de análise maior das práticas, coisa de por si já importante, mas perceber que as ações de saúde mobilizam questões emocionais nos profissionais que reagem, cada um com os recursos que tem.

O trabalho da saúde mental, a partir do percurso que realizamos, pode ser pensado como um trabalho que vai permitir o aparecimento de novos sentidos frente aos impasses colocados por uma visão cristalizada, isto é, capturada por uma racionalidade simplificadora.

Pensamos numa função de construção que podemos chamar de narrativa, que se refere à recuperação da história dos suportes identitários, dos laços sociais. No entanto, a demanda de apoio psíquico, tem uma tendência a pactuar com certas garantias que em última instância são aprisionantes e mortíferas. È um trabalho complexo, de um lado temos vínculo, apoio psíquico, segurança, no entanto, é necessário a manutenção de um certo nível de angústia, a preservação do estranho, do enigmático, do incerto, pois a tendência é a

captura de um determinado sentido apaziguador e um fechamento para as possibilidades que remetem para o desconhecido. Da mesma forma, é necessário a manutenção de uma tensão entre o normal e o patológico, de modo que haja sempre possibilidade de uma relativização recusando as reduções que radicalizam estes lugares.

Sabemos que a saúde historicamente é investida de um poder que está ligado à questão da vida e da morte. Toda a problematização apresentada tem o objetivo de refletir sobre a maneira como este poder será utilizado. Estará a serviço da reprodução de uma dinâmica social que utiliza mecanismos arcaicos de repressão e defesa produzindo uma clivagem no social ou, ao contrário, poderá sustentar um lugar de abertura para novos sentidos e novas formas de entender os problemas e encaminhá-los?

Os profissionais relatam também a criação de alguns espaços na comunidade nos quais reconhecem uma potência ligada a saúde. São espaços que permitem engajamento e participação, onde há possibilidade de uma construção coletiva. Estes lugares são gestados em conjunto com a população e nos remetem para uma última hipótese. A saúde mental da população passa necessariamente por uma questão política?

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Amaral MA. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. Rev Saúde Pública. 1997; 3(3): 288-95.
- 2- Amarante P, coord. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995.
- 3 - Amarante P, coord. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ; 1998a.
- 4 - Amarante P, org. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998b.
- 5 - Amarante, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes, MIA., Scarcelli IR, Costa ES. Fim de século: ainda manicômios? São Paulo: Instituto de Psicologia USP; 1999. p. 47-53
- 6 - Amarante P. A clínica e a reforma psiquiátrica In: Amarante P, coord.. Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003. p. 45-66
- 7 - Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família, In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, orgs. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 783-835.
- 8 - Araújo LF, Castanha AR, Barros APR, Castanha CR. Estudo das representações sociais da maconha entre agentes comunitários de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(3):827-36.
- 9 - Araújo JNG, Carreteiro TC, orgs. Cenários sociais e abordagem clínica. São Paulo: Escuta; 2001.
- 10 - Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva . São Paulo: Fundação Editora da Unesp; 2003.

- 11 - Augé M. Não-lugares: introdução a uma antropologia de supermodernidade. Tradução de Maria Lúcia Pereira. Campinas: Papirus; 1994.
- 12- Aires, JRCM. Hermenêutica e Humanização das práticas e saúde. Ciência e Saúde Coletiva. v.10,n3.Rio de Janeiro:jul/set 2005.
- 13- Bachelard GA Poética do espaço. São Paulo: Martins Fontes; 2003
- 14 - Barcellos C, org. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- 15 - Barembly G. Compêndio de análise institucional e outras correntes. 4^a ed. Rio de Janeiro: Record; 1998.
- 16 - Barros MBA. Transtorno mental comum. In: César CLG. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no estado de São Paulo. São Paulo: USP/FSP; 2005.
- 17 - Berenzon S, Juárez, F. Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la ciudad de México. Rev Saúde Pública. 2005; 39(4): 619-26.
- 18 – Bezerra JR. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2007; 17(2): 243-50.
- 19 - Birman J. Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2001.
- 20 - Bleger J. Psico-higiene e psicologia institucional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984.
- 21 - Bonnemaïsson J; Cambrèzy L . Le lien territorial: entre frontières et identités. Géographies et Cultures, Paris: L'Harmattan-CNRS; 1996.

- 22 - Bordin IAS, Paula CS. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: Mello AAF, Mello MF, Kohn R, orgs. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed; 2007.
- 23 - Bordieu,P. (dir.). A Miséria do mundo. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.
- 24 - Borges ALV, Latorre MRDO, Schor N. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007; 23(7): 1583-94.
- 25 - Bosi, E. Memória e sociedade, lembranças de velhos. São Paulo: T. A. Queiroz, 1987
- 26 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica. O vínculo e o diálogo necessários: inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção básica. Circular Conjunta n. 01/03 de 13/11/2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- 27 - Brasil. Secretaria de Assuntos Estratégicos. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Retrato das desigualdades. Brasília: IPEA; 2006.
- 28 - Brasil. Ministério da Saúde. Atenção básica e saúde da família; 2007a. Disponível em URL: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em: 20 dez. 2007.
- 29 - Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Brasília : Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília; 2007b.
- 30 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24/01/2008: cria os núcleos de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2007c.
- 31 - Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Saúde Mental em Dados. 2010; 7(n. esp.), jun. 2010a.

- 32 - Brasil. Ministério da Saúde..Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 25p. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b. Disponível em URL: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>.
- 33 - Brêda MZ, Augusto LGS. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2001; 6(2): 471-80.
- 34 - Canguilhem G. O normal e o patológico. São Paulo: Forense Universitária; 1990.
- 35 - Campos GWS. Sobre a reforma dos modelos de atenção: um modo mutante de fazer saúde. In: Cecílio, LCO, org. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1984.
- 36 - Campos GWS. Reforma da reforma – Repensando a Saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.
- 37 - Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 1999; 4(2): 393-403.
- 38 – Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos> São Paulo: Hucitec; 2000.
- 39- Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
- 40 - Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cad Saúde Pública. 1997; 13(1): 141-4.
- 41 - Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007; 23(2): 399-407.
- 42 - Campos CMS, Soares CB. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. Ciênc Saúde Coletiva. 2003; 8(2): 621-28.

- 43 - Caponi S. A Saúde como abertura ao Risco In: Czeresnia D, org. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- 44 - Caponi S. Uma análise epistemológica do diagnóstico de depressão. Cad. Bras. Saúde Mental. 2009a; 1(1): jan.-abr. (CD-ROM)
- 45 - Caponi S. Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2009b; 13(29): 327-38.
- 46 - Caprara A, Rodrigues J A. relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9(1): 139-46.
- 47 - Caputo VG, Bordin IA. Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não-grávidas. Rev Saúde Pública. 2007; 41(4): 573-81.
- 48 - Carreiro TC. Perspectivas da cidadania brasileira: entre as lógicas do direito, do favor e da violência. In: Araújo JNG, Carreiro TC, orgs. Cenários sociais e abordagem clínica. São Paulo: Escuta; 2001.
- 49 - Cavalcanti MLT. Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva. 1999; 4(1): 193-200.
- 50 - Cohn A. Saúde coletiva: em busca da identidade. Ciênc Saúde Coletiva. 2001; 6(1): 21-4.
- 51 - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2003. Disponível em URL: <http://www.conass.org.br>
- 52 - Conselho Federal de Psicologia (CFP). Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994.
- 53 - Costa JF. O vestígio e a Aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond; 2004.

- 54 - Costa MCO, Lima IC, Martins Júnior DF, Santos CAST, Araújo FPO, Assis DR. Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(3): 719-27.
- 55 - Crevelim MA, Peduzzi M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(2): 323-31.
- 56 - Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
- 57 - Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre a prevenção e a promoção. In : Czeresnia D, org. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- 58 - Datafolha Instituto de Pesquisa. 2007. Disponível em URL: <http://datafolha.folha.uol.com.br/>.
- 59 - Debord G. A sociedade do espetáculo. São Paulo: Contraponto; 1997. p. 24-32.
- 60 - Enriquez E. Vida psíquica e organização. In: Motta FCP, Freitas ME. *vida psíquica e organização* Rio de Janeiro: FGV; 2000.
- 61 - Falcone VM, Mader CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(4): 612-8.
- 62 - Faustini DMT, Ferreira Novo N, Cury MCFS, Juliano Y. Programa de orientação desenvolvido com adolescentes em centro de saúde: conhecimentos adquiridos sobre os temas abordados por uma equipe multidisciplinar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003; 8(3): 783-90.

- 63 - Fernandes MIA. Saúde mental: a clausura de um conceito. Revista USP. 1999; 43: 90-9.
- 64 - Fernandes MIA, Scarcelli IR, Costa ES, orgs. Fim de século: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP; 1999
- 65 - Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. Cad Saúde Pública. 2006; 22(11): 2491-5.
- 66 - Ferri SMN, Pereira MJB, Mishima SM, Caccia-Bava MCG, Almeida MCP. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. Interface - Comunic Saúde Educ. 2007; 11(23): 519-29.
- 67 - Ferriolli SHT, Marturano EM, Puntel LP. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública; 2007; 41(2): 251-9.
- 68 - Feuerstein MT. Avaliação: como avaliar programas de desenvolvimento com a participação da comunidade. São Paulo : Paulinas; 1990.
- 69 – Figueiredo MD. Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na Rede SUS-Campinas (SP). Dissertação (Mestrado). Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP; 2006.
- 70 - Figueiredo MD, Onocko Campos R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(1): 129-138.
- 71 - Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. Rev Saúde Pública. 2002; 36(4): 431-8.
- 72 - Fonseca MLG , Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtorno mental comum: uma revisão bibliográfica. Rev APS. 2008; 11(3): 285-94.

- 73 - Freud S. Psicologia de Grupo e Análise do ego (1921). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. 18.
- 74 - Freud S. Inibições, Sintoma e Angústia (1926). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. 20.
- 75 - Freud S. O mal estar na civilização (1930). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. 21.
- 76 - Furtado JP. Avaliação como dispositivo. Tese (Doutorado). Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP; 2001a.
- 77 – Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2001b; 6(1):165-82.
- 78 - Furtado JP, Onocko Campos R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. Rev Latinoam Psicopat Fund. 2005; 8(1): 109-22.
- 79 - Furtado JP, Onocko Campos R. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. Cad Saúde Pública. 2008; 24(11): 2671-80.
- 80 – Gadamer H-G. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes; 1997.
- 81 - Gama CAP. Agorafobia: um estudo psicanalítico: as relações entre o espaço e a subjetividade humana. Dissertação (Mestrado). São Paulo: PUCSP; 2001.
- 82 - Gama CAP, Onocko Campos RT. Saúde mental na atenção básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. 2009; 1(2): 112-31.
- 83 - Gaulejac V. Psicossociologia e sociologia clínica. In: Araújo JNG, Carreteiro TC, orgs. Cenários sociais e abordagem clínica. São Paulo: Escuta; 2001.

- 84 - Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - Comunic Saúde Educ.* 2005; 9(17): 287-301.
- 85 - Gomide AD, Nogueira MLM, Barros VA. Território e trabalho: condições e limites para ações do sujeito social. In: Mayorga C, Prado MAM. *Psicologia social: articulando saberes e fazeres.* Belo Horizonte: Autêntica; 2007.
- 86 - Guba, EG, Lincoln VS. *Fourth generation evaluation.* Newbury Park: Sage Publications; 1989.
- 87 - Guilhon de Albuquerque JA. *Metáforas da desordem.* Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1978.
- 88- Guilhon de Albuquerque JA. *Instituição e poder.* Rio de Janeiro: Graal; 1980.
- 89 – Haesbaert R. Concepções de território para entender a desterritorialização. In: Santos M, Becker BK. *Territorio, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial.* 3ª. ed. Rio de Janeiro: Lamparina; 2007.
- 90 - Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA). *Retrato das desigualdades. Radar social. Condições de vida no Brasil. 2006* Disponível em URL: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/radar2006/sumario.pdf> >.
- 91 – Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, Sreenivas V, Saxena S. Mental health system in countries: where are we? *Lancet.* 2007; 370(9592): 1061-77.
- 92 - Kac G, Silveira EA, Oliveira LC, Mari JJ. Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um Centro de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública;* 2006; 22(5): 999-1007.
- 93 - Kaës R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: KAËS R, org. *A instituição e as instituições.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 1991. p.1-39.

- 94 - Kaës R. Os espaços comuns compartilhados: Transmissão e Negatividade. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
- 95- Klessner, RC et AL. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorder in the United States. Archives of General Psychiatry, vol 51, pp.8-19, 1994
- 96 - Knobloch F. O tempo do traumático. São Paulo: EDUC/Fapesp; 1978.
- 97 - Knobloch F. Patoplastias do contemporâneo: clínica do corpo em sofrimento. Tese (Doutorado). São Paulo: PUC-SP; 2002.
- 98 - Koda MY. Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho; 2002.
- 99 - Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. Rev Saúde Pública. 2005; 39(5): 695-701.
- 100 - Lancman S. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 1997; 13(1): 93-102.
- 101 - Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulário de psicanálise. Santos: Martins Fontes; 1970.
- 102 - Levigard YE, Rozemberg B A. interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de "nervos" no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. Cad Saúde Pública. 2004; 20(6): 1515-24.
- 103 - Levy A. Ciências clínicas e organizações sociais: sentido e crise de sentido. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC; 2001.

- 104 – Lima MS, Béria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressfull life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community – based study. *Int J Psychiatry*. 1996; 26: 213-24.
- 105 - Lispector C. *A paixão segundo G.H.* São Paulo: Rocco; 1964.
- 106 – Magnabosco MB, Formigoni MLOS, Ronzani TM. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(4): 637-47.
- 107 - Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(8): 1639-48.
- 108 - Mari JJ, Bressan RA, Almeida-Filho N, Gerolin J, Sharan P, Saxena S. Mental health research in Brazil: policies, infrastructure, financing and human resources. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(1): 161-9.
- 109 - Mari JJ, Jorge RJ, Kohn R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: Mello AAF, Mello MF, Kohn R, orgs. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
- 110 - Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Dalgalarrodo P, Botega NJ. Percepção dos problemas da comunidade: influência de fatores sócio-demográficos e de saúde mental. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(5): 1089-97.
- 112 - Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(4): 604-10.
- 113 - Martin D, Quirino J, Mari JJ. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(4): 591-7.
- 114 - Martins, J.S. *A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre a exclusão, pobreza e classes sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

115 - Matos OCF. Espaço e tempo: a cidade e a história do viajante. In: Matos OCF. História viajante: notações filosóficas. São Paulo: Studio Nobel; 1997.

116 - Merhy E E, Campos G W S, Cecílio LCO, orgs. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.

117 - Mendes EV. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. Revista Mineira de Saúde Pública. 2004; 4(3): 4-24.

118 - Menezes LS. Desamparo. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008.

119 - Minayo MCS, org. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2003.

120 - Monken M, Peiter B, Barcellos C, Rojas LI, Navarro M, Gondim GMM et al. O Território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Barcelos C. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.

121 - Montero M. Construcción, desonstrucción y crítica: teoria y sentido de la psicologia social comunitária em América Latina. In: Campos RH, Guareschi PA. Paradigmas em psicologia social: a perspectiva latino americana. Petrópolis: Vozes; 2000.

122- Morgan DL. Focus groups as qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1997.

123 - Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(10): 2375-84.

124 - Onocko Campos R. A palavra negada: por uma clínica para os espaços substitutivos de saúde mental. Campinas; 2001. (versão preliminar – mimeo)

125 - Onocko Campos R. La gestion: espace d'intervention, d'analyse et de spécificités techniques. Apresentado no Primeiro seminário franco-brasileiro de Análise Institucional, Paris VIII, Julho de 2002.

126 - Onocko Campos R. O planejamento no Labirinto: uma viagem hermenêutica. São Paulo: Hucitec; 2003.

127 - Onocko Campos R, Furtado JP. Pesquisa avaliativa da rede Caps de Campinas: entre a saúde mental e a saúde coletiva. 2005. Disponível em URL: <http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/pesquisa_avaliativa.php>. (2005a).

128 - Onocko Campos R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(3): 573-83.(2005b)

129 - Onocko Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R, orgs. Avaliação em saúde mental: participação, intervenção e produção de narratividade. São Paulo, Hucitec; 2008. (no prelo)

130 - Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo - Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Biblioteca da OMS; 2001.

131 - Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaração de Caracas. Disponível em URL: http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas

132 – Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em URL: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>.

- 133 - Oury J. Itinerários de formação. *Revue Pratique*. 1991; (1): 42-50. Tradução: Jairo I. Goldberg. (mimeo)
- 134 - Palazzo LS, Béria JU, Tomasi E. Adolescentes que utilizam servicios de atención primaria: ¿Cómo viven? ¿Por qué buscan ayuda y cómo se expresan? *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(6): 1655-65.
- 135 - Passos E, Benevides R. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Psicol Clín*. 2001; 13(1): 89-100.
- 136 - Patton MQ. *Utilization-focused evaluation*. Beverly Hills: Sage Publications; 1997.
- 137 – Paugan S. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais: uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: Paugan S. *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes; 2001.
- 138 - Paugam S. *A desqualificação social: ensaio sobre a nova pobreza*. São Paulo: Cortez; 2003.
- 139 – Pereira WCC. *O adoecer psíquico do subproletariado*. Rio de Janeiro: Imago; 2004.
- 140 - Pereira, MEC. *Pânico e Desamparo: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Editora Escuta, 1999.
- 141 - Pereira, MEC. *A Paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da Psicopatologia*. In: Pacheco Filho RA, Coelho Jr N, Rosa MD, orgs. *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo/EDUC; 2000.
- 142 - Pinheiro SN, Laprega MR, Furtado EF. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(4) : 593-8.
- 143 – Queiroga, EF, *O lugar da praça : pracialidades contemporâneas na Megalópole do sudeste brasileiro*. In Souza, MA et al (org) *Território Brasileiro : Usos e Abusos*. Campinas : Edições Territorial, 2003

144 - Raffestin C. Reperes pour une théorie de la territorialité humaine. In: Dupuz G, dir. Caen: Paradigme; 1988.

145 - Raffestin C. Por uma geografia do poder. São Paulo, Ática; 1993.

146 - Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003; 19(1): 27-34.

147 - Rancière J. A partilha do sensível: estética e política. São Paulo: Ed. 34; 2005.

148 - Razzouk D, Zorzetto R, Dulbrigas MT, Gerolin J, Mari JJ. Mental health and psychiatry research in Brazil: scientific production from 1999 to 2003. Rev Saúde Pública. 2006; 40(n.spe): 93-100.

149 - Ricoeur P. Interpretação e ideologias. Tradução de Hilton Japiassu. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora; 1990.

150 - Ricoeur P. Tempo e narrativa: volume 1. Tradução de Constança Marcondes. Campinas: Papyrus; 1997.

151 - Rios IC. Rodas de conversa sobre o trabalho na rua: discutindo saúde mental. Physis: Ver Saúde Coletiva. 2007; 17(2): 251-63.

152 - Roudinesco E. & Plon M.- Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. 874p

153 - Russo J, Venâncio, ATA (2006) Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. [Rev Latinoam Psicopatol Fundam](#). 2006; 9(3): 460-83.

154 - Santana ML, Carmagnani, MI. Programa de Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. Rev Saúde Soc. 2001; 10(1): 33-53.

155 - Santos M. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais: uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: Sawaia B. As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes; 2001.

156 - Santos M. Território, territórios, ensaios sobre o ordenamento territorial. Rio de Janeiro: Lamparina; 2007.

157 - Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. 4ª. ed. São Paulo: EDUSP; 2008.

158 – São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde Cosems. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde: documento norteador: diretrizes para implantação da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de São Paulo. 2007. Disponível em URL: <http://www.fnepas.org.br/pdf/diretrizes_educacao_permanente_sp.pdf>.

159- Saraceno, B. Libertando Identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte/Rio de Janeiro, 1999.

160 - Sawaia B. As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes; 2001.

161 - Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2004; 20(6): 1487-94.

162 - Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Júnior J, Pinho A. violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev Saúde Pública. 2002; 36(4): 470-7.

- 163 - Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(3): 359-67
- 164 - Silva Jr. AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, orgs. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2004. p. 241-57.
- 165 - Souza MA. Uso do território e saúde. Refletindo sobre "municípios saudáveis". In: Sperandio AMG, org. *O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis*. Campinas: IPES Editorial; 2004. p. 57-77.
- 166 - Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 167 - Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(2): 331-40.
- 168 - Tanaka OU, Lauridsen-Ribeiro E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(9): 1845-53.
- 169 - The Lancet. Series Global Mental Health. 2007 Disponível em URL: <http://www.thelancet.com/collections/series/mental-health>.
- 170 - Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(3): 585-97.
- 171 - Traverso-Yépez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(1): 80-8.

172 - Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Mello AF, Mello MF, Ramos CP. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. Rev Saúde Pública. 2004; 38(4): 523-8.

173 - Valla V V. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: Vasconcelos E M, org. A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec; 2001. P. 39-62.

174 - Vasconcelos EM. Do hospício à comunidade: mudança sim; negligência não. Belo Horizonte, SEGRAC; 1992.

175 - Vasconcelos EM, org. Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez; 2008.

176 - Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Boletim da Oficina Sanitária do Panamá. 1996; 120(6): 472-82.

177 - Wiggins GS. The analysis of focus groups in published research articles. The Canadian Journal of Program Evaluation. 2004; 19(2): 143-64.

178 - Zúñiga R. La evaluación en la acción social: autonomías y solidaridades. Disponível em URL: <<http://homepage.mac.com/ricardo.b.zuniga/>>.

179 - Weyler AR. O hospício e a cidade: novas possibilidades de circulação do louco. Dissertação (Mestrado). São Paulo: USP; 2006.

6 - ANEXOS

Anexo 1 - Roteiro de grupo focal - Trabalhadores

1. O que vocês acham de trabalhar na atenção básica? Do que vocês mais gostam em suas unidades? E o que menos gostam?
2. Vocês fazem clínica? O que vocês entendem por clínica? Quem faz clínica em suas unidades? Quais dimensões das pessoas vocês abordam no cotidiano?
3. Na sua unidade, os profissionais conhecem os usuários? E suas famílias? A situação familiar é levada em conta no tratamento?
4. Como a unidade se vira com os casos problemáticos, seja porque não aderem ou porque são muito complexos? Que recursos utilizam? E quanto aos casos crônicos?
5. Que demandas a unidade recebe e como se organiza para atendê-las? Há alguma definição do que são demandas em saúde mental? Existe alguma forma de priorização? Quais os critérios desta priorização? Quem os elabora?
6. Quem se responsabiliza pelos casos? Como os usuários se vinculam à unidade? Há construção de projetos terapêuticos? Quem os elabora? Como são feitos? São revistos? Quando? E na saúde mental?
7. Como os medicamentos são utilizados? Para quais casos são prescritos? Para usuários crônicos de medicamentos existe alguma forma de avaliação? Quem faz a avaliação? De que maneira ela é feita?

8. Que atividades práticas a unidade oferece, que vocês acham que é da saúde mental? Quais são essas atividades? Que critérios são usados para criá-las? Quem as coordena? E quem participa dessas atividades?

9. Há encaminhamentos de casos da saúde mental para outros equipamentos da rede? Para quais equipamentos? Existem critérios para os encaminhamentos? Quais e como foram definidos?

10. Há apoio especializado em saúde mental na unidade? Em que consiste este apoio? Qual o entendimento que se tem sobre apoio matricial? Como é realizado?

11. Existem atividades em parceria com a comunidade? Quais? Quem as realiza? Como se avalia a eficácia destas atividades e adesão dos usuários?

12. Como vocês avaliam o trabalho desenvolvido em suas unidades? Mudariam algum aspecto? Quais?

Anexo 2 - Roteiro de grupo focal - Usuários

1. Aonde vocês vão quando tem algum problema de saúde? Por que foram lá? Continuaram lá ou foram encaminhados para outro lugar? O mesmo ocorre quando vocês têm problemas de ordem emocional? (psiquiátrico/tristeza/de cabeça)
2. Como chegaram até ao posto de saúde? Quem recebeu vocês? Como foram recebidos na unidade? Alguém conversou com vocês sobre seus problemas? Quem conversou? Como foi essa conversa?
3. Quando vocês ou algum amigo tiveram problemas emocionais, a unidade ajudou a resolver? Como?
4. Vocês conhecem o problema de saúde que têm? Conhecem as pessoas que cuidam de vocês? Quando conseguem uma consulta médica o que ganham com isso? (qual o significado da consulta médica?).
5. Quem cuida de vocês no posto? O que vocês fazem quando vão lá? Participam de alguma outra atividade além da consulta médica? Gostariam de participar?
6. E na comunidade, tem atividades? Quais? Vocês participam? Se sentem melhores participando destas atividades? Foi indicado pela equipe do Centro de Saúde? Acham que isso faz parte do tratamento?

7. O que vocês acham do Conselho Local de Saúde? Se vocês se sentem lesados ou acham que algo deve melhorar na unidade, como vocês fazem para que a sugestão seja escutada? Se sentem realmente escutados?

8. Vocês tomam remédios? O que vocês acham de tomar remédios? Sabem para que servem os remédios que tomam? O que esperam deles? Vocês sabem por quanto tempo vão precisar tomá-los? Conhecem as conseqüências (efeitos colaterais) das medicações que tomam?

9. E sobre os exames que são pedidos? Vocês acham que eles te ajudam? Como? Alguém conversou com vocês sobre eles?

10. Como vocês avaliam a Unidade em que são atendidos? Mudariam alguma coisa? O quê?

Anexo 3 - Roteiro de grupo focal - Agentes de saúde

1. O que vocês acham de trabalhar na atenção básica? Do que vocês mais gostam e menos gostam na unidade em que trabalham?
2. Por que vocês escolheram ser agentes de saúde? Sabem por que apareceu a figura do agente de saúde no sistema de saúde? Quais vocês acham que são as funções de um agente?
3. No dia-a-dia, vocês conseguem fazer essas funções? Quais são as atividades mais difíceis que fazem neste dia-a-dia? E mais chatas?
4. Conseguem conhecer os seus usuários? E suas famílias? A situação familiar é levada em conta no tratamento? O que vocês vêem no território é levado em conta pela equipe?
5. Como vocês se viram nos casos problemáticos, seja porque não aderem ou porque são muito complexos? Que recursos utilizam? E quanto aos casos crônicos?
6. Tiveram alguma experiência de tratar algum usuário ou família com problemas emocionais? O que vocês fizeram? E como se sentiram?
7. Existem atividades em parceria com a comunidade? Quais? Quem as realiza? A comunidade se organiza de alguma maneira para melhorar sua própria condição de vida? Vocês participam de alguma destas atividades?

8. E na unidade? Existem atividades abertas à comunidade? Quem as organiza?
Para que servem?

9. Como vocês avaliam o trabalho desenvolvido em suas unidades? Mudariam algum aspecto? Quais?



CEP, 22/07/08.
(PARECER CEP: N° 562/2007)

PARECER

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “ESTUDO AVALIATIVO DE ARRANJOS E ESTRATÉGIAS INOVADORAS NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Rosana Onocko Campos

II - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou o Adendo que inclui o projeto intitulado “SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA”, com a finalidade de doutorado, sob responsabilidade de Carlos Alberto Pegolo da Cama, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

III - DATA DA REUNIÃO

Homologado na VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de julho de 2008.


Profa. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP