

AIDECIVALDO FERNANDES DE JESUS

**O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO
DE UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL EM UM MUNICÍPIO DE
PEQUENO PORTE: o caso de Paraisópolis/MG**

**CAMPINAS
2012**

AIDECIVALDO FERNANDES DE JESUS

**O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DE UM SERVIÇO DE
SAÚDE MENTAL EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE:
o caso de Paraisópolis/MG**

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), como parte dos requisitos necessários, para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração, Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Solange L' Abbate

**CAMPINAS
Unicamp
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROÇO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

J499p Jesus, Aidecivaldo Fernandes de, 1962 -
O processo de institucionalização de um serviço de
saúde mental em um município de pequeno porte: o caso
de Paraisópolis/MG / Aidecivaldo Fernandes de Jesus. –
Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Solange L'Abbate.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Análise institucional. 3.
Serviços de saúde. 4. Atenção primária à saúde. I.
L'Abbate, Solange. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: The process of institutionalization of mental health services in a small town: the case of Paraisópolis / MG.

Palavras-chave em inglês:

Mental health

Institutional analysis

Health services

Primary health care

Área de concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Solange L'Abbate [Orientador]

Rosana Onocko Campos

Cristina Amélia Luzio

Heliana de Barros Conde Rodrigues

Luciane Pezzato

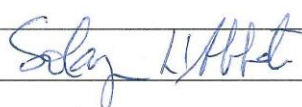
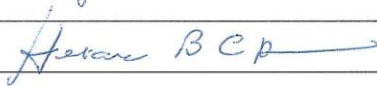
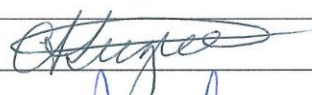
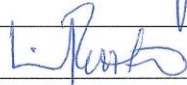
Data da defesa: 13-02-2012

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Banca Examinadora de Tese de Doutorado

AIDECIVALDO FERNANDES DE JESUS

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

Membros:	
Prof(a). Dr(a). Solange L' Abbate	
Prof(a). Dr(a). Heliana de Barros Conde Rodrigues	
Prof(a). Dr(a). Cristina Amélia Luzio	
Prof(a). Dr(a). Rosana Teresa Onocko Campos	
Prof(a). Dr(a). Luciane Maria Pezzato	

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 13 de Fevereiro de 2012

DEDICATÓRIA

Ao Doni

Doni (Donizete) era um sujeito feio e baixinho. No rosto, além dos olhos estrábicos, tinha várias cicatrizes, em função dos graves tombos que levou durante suas crises, e uma boca enorme onde os poucos dentes restantes estavam encavalados, careados ou quebrados. Mesmo assim insistia em se manter sempre sorrindo. Apesar dos cabelos despenteados e oleosos, sua vaidade mantinha um pente velho no bolso do paletó cheios de remendos, que, às vezes, pedia para alguém usar nele mesmo.

Não articulava bem as poucas palavras que sabia, portanto, somente com um bom tempo de convivência se conseguia entender aqueles grunhidos. Mesmo assim persistia em ser falante e comunicativo com todos que o cercavam. Era portador de um retardo mental moderado, além de uma epilepsia que a medicina não conseguiu controlar. Às vezes, costumava fazer algumas travessuras como cuspir os remédios só pra ver a gente lhe dar bronca. Doni era um brincalhão.

Por outro lado, Doni era doce e meigo, tinha um brilho nos olhos que me mostrava sempre uma alegria em viver. O sorriso era sincero, radiante... CONTAGIANTE, então... pra que os dentes?

Era determinado... eu diria que até teimoso, portanto, não atendia as recomendações da equipe. Constantemente era pego correndo pela enfermaria brincando com os pacientes de esconde-esconde... de preferência da própria enfermagem na hora dos remédios. Doni era um gozador. Mas era também um doente mental abandonado pela família há 09 anos num manicômio. Tinha crises convulsivas severas, acompanhado de agitação psicomotora e “agressões” aos outros. Óbvio, não era inteligente, não sabia falar direito, não compreendia ordens simples.

Doni era um paciente asilado. Ele me acompanhava durante as visitas que fazia à ala dos crônicos no manicômio em Campos de Jordão. Entrava em todos os quartos comigo, falava-me, do seu jeito, como os pacientes passaram a noite, e, me pegando pelo braço dizia a todos entre os grunhidos “ó *mó dotô*”. Ou seja, foi um dos primeiros a me considerar “seu médico”, apesar de estar somente no último ano do curso médico. Doni era meu companheiro.

Um dia o levaram embora para outra instituição no interior de São Paulo. Acredite... por contenção de despesas. Na época, considerei o fato ridículo e desumano. Tentei mostrar a todos o quanto seria perigosa a transferência, pois significava seu segundo abandono pelos familiares. Doni não suportaria, eu argumentava... confesso que até briguei com meus superiores. Mesmo assim ele foi embora e nunca mais o vi, ou melhor, há anos nos separaram.

Naquela noite, deitado em meu quarto, confesso que, me sentindo impotente, chorei pelo Doni e jurei fazer alguma coisa para que outros “Donis” não existissem mais. Não por causa do ser humano que era, pois era uma linda pessoa...e sim por conta das condições em que vivia.

Queira Deus que a conclusão desse projeto seja uma forma de cumprir, em parte, essa promessa feita há 26 anos ao meu amigo.

AGRADECIMENTOS

Reconhecer e manifestar a gratidão pelas pessoas que me acompanharam nesse processo de doutoramento é uma tarefa difícil. Sempre ficará a sensação de ter esquecido especificamente de alguém ou da não valorização adequada de alguma contribuição recebida. Sendo assim, talvez uma boa estratégia seja citar os momentos e a descrição dos meus acolhedores. Nesse caso, mesmo que cite um e deixe outro, fico com a impressão de alívio, pois tenho certeza de que os não citados se sentirão assim representados.

Agradeço aos meus pais e minhas irmãs, por terem feito de um menino curioso, um moleque determinado, um jovem com valores e um homem ansioso por um processo de vir- a - ser gente de bem. Aos meus professores pela paciência, crença no meu potencial e constante ensinamentos à vida. Aos amigos pela companhia, acolhimento, dedicação e tolerância com as idéias e propostas de convivência.

Agradeço à banca que me entrevistou no processo seletivo do Departamento pelos questionamentos, críticas, sugestões e orientações quanto à seriedade ao que me propunha a fazer no Programa. Aos colegas de disciplina pelos debates, divergências, acréscimos e qualificação das proposições feitas nas aulas. À turma de 2006 da disciplina “Análise Institucional: teoria e prática” por ter me ensinado o quanto também pode ser divertido e prazeroso uma convivência acadêmica, sem perder a qualidade nos estudos. Ao grupo de pesquisa/diretório “Análise Institucional & Saúde Coletiva” por ter me acolhido e educado o quanto pode ser gratificante pesquisar na academia. Aos mestres do programa de Pós-Graduação pelos ensinamentos, adequações e estímulos ao processo de me tornar um pesquisador mais maduro. Aos alunos do segundo ano de graduação em Medicina de 2009 da FCM/Unicamp pela companhia, aprendizados, tolerância e construções durante o Programa de Estágio Docente. Aos trabalhadores do Centro de Saúde do Campo Belo pela oportunidade de crescimento profissional, amadurecimento técnico e vivência sobre Saúde Pública.

Agradeço as professoras Rosana Onocko Campos e Cristina Amélia Luzio pela banca de qualificação onde sem dúvida o projeto ganhou corpo, qualidade, orientações e sugestões indispensáveis a sua adequada realização.

Agradeço a minha orientadora Solange L’Abbate pela paciência e tolerância com alguns deslizes, pela sabedoria e maturidade no conduzir os obstáculos do projeto, pela qualidade das preciosas orientações na investigação e, principalmente, pela honra de me permitir tê-la como efetiva parceira na pesquisa.

Agradeço a banca examinadora: Profa. Heliana Conde de Barros Rodrigues, Rosana Onocko Campos, Cristina Amélia Luzio, Luciane Pezzato (titulares), Ana Lúcia Abrahão e Sérgio de Carvalho (suplentes) pela generosa disponibilidade e dedicação na análise da tese.

Agradeço à equipe de Saúde Mental de Paraisópolis/MG pela coragem, dedicação, generosidade e construção conjunta dessa proposta.

Agradeço a Profa. Luiza Mauad pela parceria, cumplicidade e ensinamentos no campo de pesquisa.

Agradeço aos gestores de Saúde do município pela confiança na viabilização da construção do serviço.

Agradeço aos usuários do Serviço de Saúde Mental de Paraisópolis/MG pelas demandas, confiança e predisposição ao vínculo.

Agradeço aos meus portos-seguros nos momentos de abatimento: Núncio, Inez, Carlos, Lia, Lúcia, Lirane, Luciane, Solange, Manu, Gucha, Rosana, Nelson, Anderson, Maisa, Claudia, Kalliny, Juliana, Luis Carlos, Carla, Jaline, Ana Lúcia, Ana Paula, Eduardo, Ana Claudia, Cacau, Maria, Naiza, Paula, Sabrina, Tereza e tantos outros que me acolheram e acalentaram esse sonho, mas, principalmente, à Sandra (minha esposa) e Luam (meu filho), sem os quais eu jamais conseguiria chegar até aqui... A todos vocês minha eterna gratidão!

IMPREGNAÇÃO

Na tarde dos aureolados¹
A vida sai pelos poros.
Os sonhos dormem cansados
E as dores moram nos olhos.
O sol se funde no céu
E se faz noite co'a lua.
A forma envolve no véu
A dimensão quase nua.

Na tarde dos aureolados
O rosto é estranho desenho;
Os homens ensimesmados;
E as rugas franzem o cenho.
Se cruzam as paralelas
Pela extensão dos seus rastros
Quando a razão é janela
Por onde fogem os astros.

Na tarde dos aureolados
Rosas falam entre si
Dos seres não perfumados
Que nunca sabem florir.
O medo baila na mão
Do horror, num gesto comprido,
Assassinando a emoção
Numa redoma de vidro.

Na tarde dos aureolados
As deusas são mais que lendas
E os imortais, imolados
Nas mesas das oferendas.
O bem e o mal se consomem
No mesmo ponto de atrito;
A sombra desenha um homem:
Ressurreição dos aflitos.

Na tarde dos aureolados,
Sem pranto, apenas há cruz
De amores crucificados
No céu, no dia e na luz.
Os aureolados da tarde
Olham doído e calados...
E o sol não brilha nem arde
Na tarde dos aureolados.

Gildes Bezerra

¹Nota de esclarecimento do poeta: a denominação "aureolados" vem do princípio de que, na Antiguidade algumas pessoas sensíveis, como os pintores, por exemplo, viam os santos e os loucos com uma auréola. O poeta francês Baudelaire, em um pequeno conto fantástico, fala da perda da auréola de poeta.

RESUMO

O presente trabalho se propôs a investigar a Saúde Mental sob os vários ângulos possíveis no espaço de uma tese. Considerando a inserção técnica e política do autor na área, o trabalho pretendeu abordar a questão nos diferentes níveis vivenciados por ele e pela equipe de profissionais, na qual estava inserido. A fundamentação teórica básica deu-se com a utilização das ideias de Erving Goffman, ao procurar entender o universo das equipes, especialmente através da obra “A Representação do Eu na Vida Cotidiana”, além dos conceitos operacionais e o instrumental teórico-metodológico da Análise Institucional sistematizada por René Lourau. Com relação às políticas públicas foram analisadas algumas diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias Estaduais e, principalmente, pela esfera municipal. Tal estratégia não se deu a partir das portarias e/ou leis implantadas, mas sim da forma como estas são colocadas no cotidiano dos profissionais ou sua implantação nos serviços. Ao analisar os relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental focalizado no tema “município de pequeno porte” pode-se assimilar, nos discursos dos atores presentes, o ponto de vista da Sociedade Civil em relação ao tratamento a ser dado aos portadores de transtornos mentais. A pesquisa teve origem numa encomenda feita ao pesquisador pelo gestor de saúde do município de Paraisópolis/MG. Este município, com cerca de 20 mil habitantes, assemelha-se a 79% dos municípios mineiros, que, para implantar um Centro de Atenção Psicossocial à Saúde no seu território, deveria estabelecer uma pactuação com outros municípios, o que não era pretendido pela prefeitura municipal. O caráter da encomenda feita ao autor foi a de assumir a coordenação do matriciamento entre os setores de Saúde Mental e Estratégia Saúde da Família, locais, além da assessoria à gestão de saúde para construção da rede de cuidados aos portadores de transtornos mentais e seus familiares. O objetivo principal do trabalho foi compreender as singularidades dessa proposta nesse município, tendo em vista à consolidação da atenção primária como estratégia de ação do serviço. Dado a relevância desse processo, optou-se por atribuir a essa forma de atuação um formato de pesquisa-intervenção, visando à elaboração de um doutorado em Saúde Coletiva. Para tanto, utilizou-se da Análise Institucional, a partir dos conceitos de instituição, implicação, analisador, transversalidade e restituição. A utilização de dois tipos de diários – o de pesquisa individual e o institucional coletivo - permitiu o resgate do processo de institucionalização da equipe de Saúde Mental, propiciando a apreciação de suas práticas cotidianas, tanto em relação á aspectos intersubjetivos, como à forma de prestar assistência aos usuários. Nesse processo, as implicações da equipe bem como as do autor da tese foram colocadas em análise. Ressalte-se que a leitura crítica dos documentos oficiais disponíveis a respeito da política de Saúde Mental vigente, permitiu o confronto das diretrizes das propostas formais com as práticas vivenciadas pelos profissionais, contribuindo para a compreensão do movimento dialético instituído/instituente/institucionalização presente, de forma geral, nos serviços de saúde.

Palavras chaves: Saúde Mental, Análise Institucional, Equipes de Saúde, Serviços de Saúde, Atenção Primária.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the Mental Health under the various possible angles within a thesis. Considering the technical and political integration of the author in the area, the work aims to address the issue at different levels experienced by him and the team of professionals, which was inserted. The theoretical base was with the use of the ideas of Goffman Erving, seeking to understand the universe of teams, especially through the work "The Presentation of Self in Everyday Life," in addition to the operational concepts and methodological and theoretical tools of Institutional Analysis systematized by René Lourau. With regard to public policies were analyzed some guidelines proposed by the Ministry of Health, the State Departments, and especially at the municipal level. This strategy did not come from the ordinances and / or laws in place, but the way they are put in everyday or professional services in its implementation. By analyzing the final reports of the National Conference on Mental Health focused on the theme "small city" can assimilate, in the speeches of the actors present, the view of civil society in relation to the treatment to be given to people with mental disorders . The research stemmed from an order made by the researcher to health administrator of the municipality of Paraisópolis / MG. This municipality, with about 20,000 inhabitants, is like 79% of the mining municipalities, which, to deploy a Psychosocial Care Center on Health in its territory, should establish a pact with other municipalities, which was not desired by the city. The character of the order was made to the author to assume the matricial coordination between sectors and Mental Health Family Health Strategy, local, beyond advising the management of health to build the network of care for mental disorders and their families . The main objective of this study was to understand the uniqueness of this proposal in that district, with a view to the consolidation of primary care as an action strategy of the service. Given the relevance of this process, we chose to assign to this form of action a form of intervention research, aiming at the elaboration of a doctorate in Public Health. For this purpose, we used the Institutional Analysis, based on the concepts of institution, implication, analyzer, transversality and restitution. The use of two types of journals - individual and institutional research collective - has allowed the rescue of the institutionalization process of the Mental Health team, providing an appreciation of their daily practices, both in relationship to intersubjective aspects such as how to assist users. In this process, the implications of the team as well as the author of the thesis were placed under review. It should be noted that the critical reading of official documents available regarding the mental health policy in effect, allowed the comparison of the guidelines formal proposals with practices experienced by professionals, contributing to the understanding of the dialectical movement up / instituting / this institutionalization of overall, the health services.

Keywords: Mental Health, Institutional Analysis, Health Teams, Health Services, Primary Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ACSM – Agente Comunitário da Saúde Mental
AI – Análise Institucional
APS – Atenção Primária a Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CID 10 – CP – Diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
DI – Diário individual de pesquisa
DQ – Diário institucional coletivo – Dom Queixote
ePSF – Equipes da ESF
ESF – Estratégia Saúde da Família
eSM – Equipe da Saúde Mental
IV CNSMI – IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial
MLA – Movimento de Luta Antimanicomial
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PS – Pronto Socorro
PSF – Programa Saúde da Família
SM – Saúde Mental
SRS – Superintendência Regional de Saúde
SMSMP – Serviço Municipal de Saúde Mental de Paraisópolis/MG
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTAS DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figuras:

Fig. 01: Mapa do estado de Minas Gerais e suas regiões geográficas
Fig. 02: Dom Quixote e Sancho Pança
Fig. 03: Setores constituintes do Serviço
Fig. 04: Fluxograma do acolhimento
Fig. 05: Escuta profissional
Fig. 06: O fluxograma das práticas diárias ofertadas aos usuários
Fig. 07: A Rede de Cuidados

Gráficos:

gráfico 01: Distribuição dos gêneros
gráfico 02: Faixa Etária
gráfico 03: Diagnósticos no ambulatório
gráfico 04: Diagnósticos por gênero
gráfico 05: Oficinas e Grupos
gráfico 06: Usuários atendidos
gráfico 07: Visitas domiciliares
gráfico 08: Pacientes faltosos
gráfico 09: Número de internações

SUMÁRIO

Introdução:	21
1. O debate proposto.....	23
2. O contexto macro político.....	26
3. O cenário da pesquisa: apresentando Paraisópolis/MG	29
3.1 Caracterizando a política de Saúde Mental municipal.....	32
4. Os pressupostos e objetivos estabelecidos.....	34
5. A organização dos conteúdos da tese	35
Capítulo I – A gênese da pesquisa:	37
1. A história pregressa de uma pesquisa-intervenção: o processo de implicação do autor com essa temática	
1.1 No início um garoto aventureiro e curioso.....	39
1.2 Um jovem idealista e ousado.....	41
1.3 Um profissional teimoso e persistente.....	43
1.4 A relação com o serviço público.....	45
1.5 A chegada em Paraisópolis/MG.....	46
1.6 A construção de um serviço.....	48
1.7 Em busca de uma identidade para a equipe.....	50
1.8 Eleições municipais... e agora?!	53
1.9 O fracasso construtivo em Brazópolis/MG.....	55
2. Reflexões teórico-conceituais	
2.1 Sobre o tema escolhido.....	57
2.2 Sobre as características da pesquisa.....	67
2.2.1 Metodologia adotada.....	73
2.2.2 Estratégia para organização das informações	74
2.2.3 Análise das informações	78
2.2.4 Os sujeitos	78
2.2.5 Aspectos éticos	78
2.3 Sobre os referenciais básicos para análise dos relatos dos sujeitos.....	79
2.3.1 A inspiração para a concepção do social.....	79
2.3.2 O alicerce teórico propriamente dito.....	81
2.4 Sobre a Análise Institucional	85
2.5 Sobre a prática clínica adequada ao atendimento às demandas dos usuários.....	88
2.6 Sobre o modelo de Atenção Psicossocial	96
Capítulo II – O serviço (instituído) de Saúde Mental:	101
1. Uma proposta de convivência (potencialmente) instituinte.....	103
2. A porta de entrada – acolhimento.....	106
3. O cardápio de ofertas ao usuário.....	110
4. O perfil do serviço, segundo sua produtividade.....	114
5. A Rede de cuidados.....	119
6. A proposta política institucionalizada.....	122
6.1 O discurso oficial, a partir das CNSM, para os municípios de pequeno porte.....	126

Capítulo III – A ação dos sujeitos: 131

1. Um pesquisador implicado

1.1 O indispensável comprometimento com o serviço.....	133
1.2 O sujeito investigador.....	135
1.3 Da análise da demanda à construção da encomenda	139
1.4 Das ações intervenientes iniciais à implicação prática.....	143
1.5 A ameaça de sobreimplicação do pesquisador	146
1.6 O sujeito “militante”	148
1.6.1 A vivência das etapas estadual e nacional da IV CNSMI.....	152
1.7 O sujeito e seus desejos.....	157

2. A construção de uma equipe

2.1 Caracterizando o palco e seus personagens.....	162
2.2 Montando o script.....	164
2.3 Entre a prática do drama e o drama da prática.....	169
2.4 Uma equipe (en) cena.....	176
2.5 Analisando o espetáculo	183

Considerações finais (pessoais): 187

Sobre a experiência/vivência numa pesquisa-intervenção	187
Sobre o instrumento de pesquisa chamado “diário”	189
Sobre a prática clínica em saúde mental numa cidade pequena.....	192
Sobre a participação nos fóruns de discussão sobre a Saúde Mental.....	193
Sobre a utilização da Análise Institucional.....	196
Post-scriptum	199

Referências Bibliográficas: 203

Anexos:

Anexo I.....	212
Anexo II.....	213
Anexo III	214
Anexo IV.....	217
Anexo V	220
Anexo VI	221

Apêndices:

Projeto de atuação nos setores de SM e ESF de Paraisópolis/MG.....	222
Projeto de consolidação da Rede de Atenção Psicossocial de Paraisópolis/MG.....	226
Relatório de restituição do projeto de matriciamento na APS de Paraisópolis/MG.....	228
Projeto Centro de Cultura e Convivência – CECCO.....	236
Relatório com os temas recorrentes no Dom Queixote	242
O referencial teórico adotado para prática clínica psiquiátrica.....	265

INTRODUÇÃO

_____ Se eu tomar o remédio direitinho, resolve o meu problema?
_____ Talvez ajude... Mas precisamos também descobrir tudo o que está por trás desse problema.

Dialogo com um usuário do Serviço de Saúde Mental de Paraisópolis/MG

1. O debate proposto

Está em vigência, há alguns anos, um debate público sobre a chamada “Reforma Psiquiátrica Brasileira²”. O mesmo foi tencionado em 2006, a partir de um posicionamento, via imprensa, da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), contrário à proposta do Ministério da Saúde (MS) para o setor.

Segundo Pedro Gabriel Delgado (ex-coordenador nacional da Saúde Mental), em artigo-resposta publicado no jornal O Globo em 27/07/06.

Vivemos um importante debate no campo da psiquiatria e saúde mental no Brasil, de que é exemplo o artigo do presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, Dr. Josimar França (O erro da política de saúde mental, O GLOBO, 20/7/06). O centro da discussão é: **qual a melhor maneira de organizar os serviços de saúde**, para garantir tratamento à imensa legião de pessoas que sofrem com sintomas — mais ou menos graves — que afetam sua saúde mental? (grifos do autor).

Tenho acompanhado essa disputa, com interesse e apreensão. Percebo que os posicionamentos dos diversos atores (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e/ou outros profissionais sanitaristas solidários á APS, líderes do “Movimento de Luta Antimanicomial” (MLA), políticos ligados à luta pelos direitos humanos etc.) têm sido assumidos de forma contundente, longe da consonância das idéias, dificultando, a meu ver, a difusão e operacionalização de propostas efetivas para o equacionamento da questão.

Dessa forma, a análise da prática adquire importância ímpar no processo de construção profissional e institucional.

Conforme salienta Gil (2006):

a organização dos serviços não acontece ao acaso e as práticas profissionais, no seu interior, ocorrem articuladas a um corpo de idéias, a um conjunto de ações coordenadas que configuram um determinado processo de trabalho em saúde estruturado pela forma como os serviços são organizados, geridos e financiados (p. 1172).

Para Pinheiro e Luz (2003), estudar os atores, seus discursos e práticas no cotidiano das instituições é fundamental, pois possibilita a localização de elementos

² Cabe salientar que a ABP manifestou-se publicamente contrária à dinâmica da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em junho de 2010, criticando mais uma vez as diretrizes estabelecidas pelo MS para o setor. Ou seja, a disputa e as posições adversas mantêm-se até os dias atuais e longe do consenso.

objetivos e subjetivos, por meio dos quais aqueles constroem suas percepções referentes à vida social, incluindo a existência institucional.

Também observo que, nos serviços de saúde, têm sido desenhados alguns modelos assistenciais que mais parecem externos a eles, com pouca ou nenhuma interlocução com a realidade concreta. Racionalmente pensados, esses modelos têm-se mostrado pouco efetivos no cumprimento de seus objetivos, o que reforça a idéia de que as práticas podem ser mais eficazes quando postas como potentes ferramentas de construção.

Ressalte-se que

a práxis destaca-se no processo de pesquisa, não como um campo de experimentação, mas como autora de eventos e fatos sociais, de representações e de comportamentos sociais, condicionando tanto sua reprodução, como a construção de uma realidade mais ampla em saúde. Uma realidade que se traduz em força de trabalho, se concretiza no cotidiano dos serviços oferecidos à população e muitas vezes se revela como o avesso dos modelos tradicionais de organização da assistência. (PINHEIRO e LUZ 2003, p. 10).

Estamos falando de um campo institucional onde a atuação em equipe é instituída como estratégia. Daí é forçoso lembrar Alves (2001), quando diz que ao aproximarmos a Saúde Mental (SM) da Atenção Primária a Saúde (APS), evidenciam-se alguns desafios inevitáveis, dos quais o autor aponta dois como fundamentais a serem considerados: o primeiro, e mais importante, diz respeito ao formato como se organizam as equipes do PSF (ePSF) – repetindo o modelo médico biológico tradicional – com uma hierarquia na relação de conhecimento e “mando”, prejudicando a efetivação de uma conquista recente no atendimento aos portadores de transtornos mentais. O segundo é trabalhar de fato em “equipe multiprofissional”, que tem sido a marca (ou proposta) nos serviços comunitários de saúde mental.

Este foi um dos principais desafios para consolidação da pesquisa que será abordada adiante. Esta, inevitavelmente, se coadunou com as premissas apontadas por Alves (2001) e, portanto, enfrentou os principais obstáculos observados, tanto na equipe de Saúde Mental (eSM) como nas ePSF locais: a formação dos trabalhadores de saúde e a funcionalidade adequada da equipe.

A rigor, tal desafio seria buscar na proposta instituída local sua potencialidade instituinte, favorecendo sua adequada institucionalização.

Para Lourau, (2004a),

Desde suas origens, a corrente institucionalista pôs ênfase na relação antagonista entre instituinte e o instituído e nos processos ativos da institucionalização. A alienação social significa a autonomização institucional, a dominação do instituído fundada no esquecimento de suas origens, na naturalização das instituições. Produzida pela história, elas acabam por aparecer como fixas e eternas, como algo dado, condição necessária e trans-histórica da vida das sociedades. (p. 73)

O autor afirma que a dinâmica instituído/instituinte/institucionalização são momentos dialéticos comuns a toda instituição³. Sendo assim, os pressupostos da Análise Institucional (AI) foram de fundamental importância para a compreensão desse serviço. Portanto, o aprendizado efetivo, a partir das práticas realizadas, consolidou-se em um processo profícuo de (re) construção institucional.

Afinal, conforme afirmam Pinheiro e Luz (2003):

para tratar dessas questões sobre as práticas em saúde, o agir cotidiano nas instituições de saúde configura-se como um *situs* privilegiado de estudos e de construção da integralidade em saúde. Esta é entendida aqui no sentido ampliado de sua definição legal, ou seja, como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde. Diante dessa perspectiva crítica, o cotidiano⁴ nas instituições de saúde surge como um espaço não de verificação de idéias, mas de construção de práticas, de novas formas de agir social, nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde (p. 07).

Por outro lado, admito a convicção de que somente a partir da articulação e adequação dos conceitos da AI com a minha *práxis*, tornou-se possível vivenciar com maior segurança o exercício profissional de ser pesquisador do meu próprio cotidiano institucional. Haja vista a implicação vigente e os riscos de sobreimplicação no ato de pesquisar. (LOURAU, 2004c)

Segundo aponta L'Abbate (2003)

sem haver transformação das práticas cotidianas dos profissionais dos serviços de saúde, não haverá mudanças na forma desses serviços funcionarem, no sentido de garantir acesso, a qualidade e a resolutividade, no atendimento de saúde à população. Além disso, acrescento que, sem levar em consideração essas dimensões, não será

³ Estes conceitos serão abordados mais especificamente no capítulo I.

⁴ Cotidiano é entendido aqui como o locus social onde se expressam não somente as experiências de vida, na perspectiva individual que o termo possa conter, mas também contextos de relações sociais distintas que envolvem tanto pessoas, como grupos específicos, coletividades e instituições, em espaços e tempos determinados (PINHEIRO e LUZ, 2003, p. 07).

possível construir uma nova intersubjetividade entre os sujeitos envolvidos na produção da saúde. (p. 270).

Enfim, como resultante dessa experiência pode-se afirmar que a *práxis* da equipe-assistente do Serviço Municipal de Saúde Mental de Paraisópolis tornou-se o tema do estudo ora apresentado.

2. O contexto macro político

Em 2009 ocorreu em Brasília um evento que influenciou os rumos da Saúde Mental brasileira: a Marcha dos Usuários.

Em 30 de setembro de 2009 cerca de 2300 pessoas marcharam em Brasília por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Processo de transformação da política de assistência em saúde mental iniciado há cerca de 20 anos, a partir fundamentalmente da mobilização e da construção de um movimento social que apontava a necessidade e a possibilidade de uma sociedade sem manicômios, a Reforma Psiquiátrica consolidou desafios e requer avanços. (BRASIL, 2010)

Na ocasião, a Marcha foi constituída principalmente por usuários dos serviços e seus familiares que se organizaram, com apoio do Conselho Federal de Psicologia (CFP), para exigir avanços na política pública de saúde mental e o compromisso do governo federal de instalação de uma Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) até junho de 2010. (IV CNSMI, 2010). Há que se salientar a vigente pressão na época de vários atores sociais para a implantação de uma conferência nacional para o setor. O descontentamento, por exemplo, com a maneira como o estado brasileiro efetivamente ampliava ou estimulava a implantação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico era evidente.

A última Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 2001, mesmo ano em que no Brasil foi aprovada a Lei 10216, a qual exige a extinção de todos os leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil e a constituição de uma rede substitutiva de atendimento e cuidado às pessoas com sofrimento psíquico grave. Passados oito anos de esforços pela implementação de uma política de reforma psiquiátrica para atenção à saúde mental no Brasil, é preciso avaliar a atual condição e apontar diretrizes para o futuro. (POL, 2010)

Alguns manifestos públicos foram lançados solicitando uma posição do estado brasileiro.

(...) Convivemos com críticas relativas a esse novo modelo. Queremos um processo reconhecidamente participativo, efetivo e democrático para avaliarmos essa rede e para apontarmos futuras direções, que garantam avanços no processo iniciado. Queremos a IV Conferência Nacional de Saúde Mental! (POL, 2010)

Dessa forma, o Ministério da Saúde (MS) convocou a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (IV CNSMI), com o mote: *saúde mental, direito e compromisso de todos - consolidar avanços e enfrentar desafios*. Sendo manifesta a proposta de manutenção e potencialização das políticas públicas estabelecidas.

O fato é que essa conquista alterou a agenda estatal para o setor e obrigou os atores, envolvidos no processo, a reformular e refletir sobre suas práticas no contexto institucional a ser (re) construído, sendo cabível ponderar a respeito dos desafios políticos no campo da Saúde Mental que, dentro dessa conjuntura, abarcou a realização de uma Conferência Nacional.

A realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, (...) representa para nós, militantes ativos do movimento antimanicomial e da reforma psiquiátrica, uma oportunidade ímpar para refletir sobre os passos trilhados de nossa caminhada, para mostrar uma análise mais cuidadosa da conjuntura, para podermos identificar e criar estratégias mais adequadas para lidar com os desafios que temos pela frente, em uma estratégia que possa inclusive ir mais além das discussões internas dessa Conferência. (VASCONCELOS, 2010 p. 01)

Cabe ressaltar que, para muitos profissionais da SM na APS, continuávamos sendo forçados a lidar constantemente com situações constrangedoras, a partir da forte precarização dos vínculos de trabalho e entrada massiva de uma nova geração de gestores e trabalhadores, que por falta de contato com a história e/ou experiência política e profissional com períodos anteriores à Reforma Psiquiátrica, assumiam algumas posturas que indicavam riscos políticos de regressão (LUZIO e L'ABBATE, 2007). Por outro lado, não podíamos subestimar a possibilidade de estímulo para renovação e aprofundamento dessa Reforma. Ou seja, era imprescindível que os riscos fossem devidamente avaliados e houvesse alguns ajustes estratégicos necessários para viabilizar politicamente a continuidade do processo.

Segundo Luzio e L'Abbate (2007, p.15) é necessário, de fato, que haja também “o comprometimento dos gestores municipais com a população e com a melhoria de suas condições de vida para criação de serviços substitutivos em Saúde Mental” (SM). Também não devemos esquecer que atualmente as políticas sociais no Brasil vêm se dando em plena crise das políticas de bem estar social no plano mundial. Não há como negar a hegemonia e expansão de um ciclo histórico de políticas neoliberais com suas estratégias de precarização das políticas sociais e indução da

desassistência, apesar dos esforços contrários do governo federal nos últimos anos. Além disso, a meu ver, tem-se atribuído a SM algumas ações que não são inerentes a seu campo de atuação, sendo que por conta da dificuldade óbvia em atendê-las é fadado a alguns trabalhadores do setor o convívio com a sensação de frustração e/ou fracasso quanto aos objetivos de sua prática profissional.

Essa perspectiva tende ao desconhecimento dos limites históricos, e dos problemas econômico-políticos e gerenciais mais amplos, e da forma como se manifestam nos diversos níveis de governo, em um sistema descentralizado de políticas sociais, aspectos que precisam ser analisados com mais cuidado, para se lidar com os desafios que temos em conjunturas como a atual. (VASCONCELOS, 2010 p. 04).

Portanto, tornou-se fundamental a realização da conferência de Saúde Mental como a realizada em junho de 2010, na qual considerou-se a “necessidade inexorável da articulação intersetorial de políticas e programas”, a partir dessas características desfavoráveis presentes atualmente. (VASCONCELOS, 2010 p. 04).

A articulação intersetorial busca garantir uma maior efetividade das ações públicas, ao reconhecer a complexidade e multidimensionalidade dos problemas e dos caminhos para se atingir a integralidade do cuidado, articulando investimentos e ações interdisciplinares e multiprofissionais concretas de várias linhas de política social em um campo específico e vice-versa (VASCONCELOS, 2010 p. 04).

É nesse contexto macro político que temos a necessidade de lidar com os desafios consequentes: o corporativismo médico representado na postura da ABP contrária a algumas propostas aprovadas na IV Conferência; a revisão da agenda prioritária em saúde mental abrangendo outros grupos sociais e necessidades que requerem nossa atenção e/ou estratégias de cuidado; a (re) discussão do atendimento à crise expandindo os serviços de atenção integral mais efetivamente substitutivos ao hospital; a atual disseminação “epidêmica” dos agravos trazidos pelo consumo do crack, o atendimento aos chamados transtornos mentais comuns, bem como aos usuários vítimas de violência social e catástrofes e o pluralismo político dentro do próprio MLA.

Enfim, construir um serviço público de saúde mental brasileiro, atualmente, passa por essas questões ora colocadas, pelo debate “corajoso” e não reducionista das nossas conquistas e carências dentro da Reforma Psiquiátrica e pela construção de propostas para além do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) enquanto

dispositivo estratégico da rede de cuidados, até mesmo com o intuito de fortalecer sua expansão e resolutividade.

Cabe elucidar que o CAPS

é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Este é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com **transtornos mentais, psicoses, neuroses graves** e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. (BRASIL, 2004 p. 03). (grifos do pesquisador)

Daí a proposta do diálogo e vínculo com a Estratégia Saúde da Família (ESF), ou, mais precisamente, com a Atenção Primária à Saúde (APS) dos municípios brasileiros de pequeno porte (e/ou com menos de 20 mil habitantes).

Para tanto, tornou-se necessário uma mobilização regional dos serviços de SM para a construção de propostas adequadas aos territórios com intuito de participação nas etapas municipais e estaduais da Conferência.

Consequentemente, favorecemos a possibilidade/necessidade de tencionar as discussões intermunicipais com objetivo de institucionalizar propostas terapêuticas mais adequadas à realidade e características socioeconômicas regionais, a partir de uma organização política para efetiva participação na IV CNSMI. Sendo assim, tornou-se fundamental discutir/construir os serviços de saúde mental para esses municípios menores, haja vista ser esta a condição de 79% das cidades mineiras. Cenário, inclusive, da presente pesquisa.

Afirmamos, portanto, que essa pesquisa encontra-se perfeitamente inserida nesse contexto, podendo-se constituir numa contribuição acadêmica ao efervescente debate em curso.

3. O cenário da pesquisa: apresentando Paraisópolis/MG

Paraisópolis é um município fundado em 25 de janeiro de 1853, localizado no extremo sul do estado de Minas Gerais, na microrregião de Itajubá⁵. Sua população está estimada em 19.524 hab. (IBGE, 2011). A área é de 331,5 km² e a densidade demográfica, de 58,5 hab/km².

⁵ O município de Itajubá, com uma população de 91.159 hab. é o único com estimativa populacional elevada. Todas as outras 14 cidades da microrregião possuem menos de 20 mil hab. (IBGE, 2011).

O município conta com boa infraestrutura, estando ligado por meio de boas rodovias ao estado de São Paulo, e também a importantes municípios mineiros, como Pouso Alegre⁶ e Itajubá. Sua região administrativa é denominada microrregião do Alto Sapucaí, fora da região metropolitana, a 420 km da capital e faz parte da Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Pouso Alegre. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2009-2013 p. 20)

Seus municípios limítrofes são Conceição dos Ouros a norte, Brazópolis a leste, São Bento do Sapucaí (SP) a sudeste, Gonçalves ao sul, Camanducaia a sudoeste, Córrego do Bom Jesus a oeste e Consolação a noroeste.

No final do século XX, a economia do município passou a não ser apenas baseada na agricultura, pecuária e comércio, mas também na indústria avançada, representada pela *Ericsson do Brasil* que se instalou na cidade em 1975, produzindo terminais telefônicos e iniciando um novo surto desenvolvimentista. Esse surto repetiu-se em 1988, com a vinda da *Packard Eletric*, filial da *General Motors*, que produz sistemas elétricos para veículos.

Dentre as atividades industriais estão as de autopeças, confecções, produtos alimentícios, madeireira, móveis, cerâmica e extração mineral, totalizando aproximadamente 5480 empregos diretos. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010-2013 p. 21).

A rede pública de saúde em Paraisópolis/MG conta com a seguinte composição: 01 departamento administrativo, 01 almoxarifado de medicamentos e correlatos, 01 Unidade Básica de Saúde (UBS), 01 Posto de Saúde (zona rural), 04 equipes da Estratégia Saúde da Família (sendo 03 urbanas e 01 rural), 01 equipe do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) instalada na UBS, **01 Unidade de Saúde Mental (USM)**, 01 Clínica Odontológica, 01 Farmácia Privativa Municipal, 01 setor de vigilância sanitária, 01 setor de vigilância epidemiológica, 01 central de agendamento, 01 hospital geral (com 51 leitos de clínicas básicas que fazem referência regional), 01 Pronto Socorro público (PS) (referência regional), 02 laboratórios de análises clínicas (referência regional) e 01 Clínica de Fisioterapia (referência regional).

Na USM trabalham 01 psiquiatra, 02 psicólogas, 01 terapeuta ocupacional, 01 assistente social, 01 enfermeira, 02 técnicas de enfermagem, 02 agentes comunitários, 01 secretária/recepcionista e 01 auxiliar de serviços gerais. Os atendimentos ocorrem de segunda a sexta feira das 08 às 17h, numa formatação de

⁶ Pouso Alegre, que engloba outra microrregião do estado mineiro, tem uma estimativa populacional de 132. 445 hab. (IBGE, 2011).

atendimento ambulatorial seja individual ou grupal, com objetivo de atender às demandas de atenção psicossocial dos usuários e seus familiares.

Portanto, podemos concluir que a cidade conta com uma boa estrutura social e econômica, de acordo com o IDH,

(...) um indicador do PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). Ele parte do pressuposto de que para aferir o avanço de uma população não se deve considerar apenas a dimensão econômica, mas também outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana. Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Paraisópolis era 0,779. Segundo a classificação do PNUD, o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8). Em relação aos outros municípios do Brasil, Paraisópolis apresenta uma situação boa: ocupa a 1074ª posição, sendo que 1073 municípios (19,5%) estão em situação melhor e 4433 municípios (80,5%) estão em situação pior ou igual.

Em relação aos outros municípios do Estado, Paraisópolis também apresenta uma situação boa: ocupa a 117ª posição, sendo que 116 municípios (13,6%) estão em situação melhor e 736 municípios (86,4%) estão em situação pior ou igual. No período 1991-2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Paraisópolis cresceu 11,29%, passando de 0,700 em 1991 para 0,779 em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Educação, com 46,6%, seguida pela Renda, com 31,1% e pela Longevidade, com 22,3% (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-2013 p. 22).

O município está integrado ao Circuito Serras Verde do Sul de Minas, que promove ações integradas para o desenvolvimento turístico da região. A cidade é frequentada durante todo o ano, mas é nas férias de fim de ano que o fluxo de turistas é maior, com visitantes vindos de São Paulo, Rio de Janeiro e outros estados.

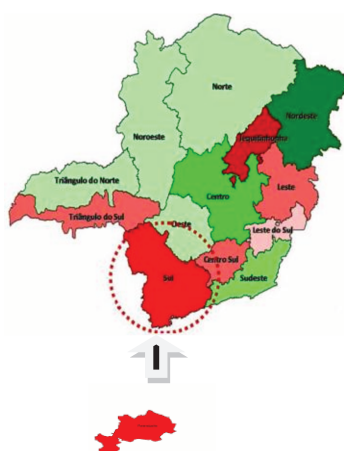


Fig. 01: Mapa do estado de Minas Gerais e suas regiões geográficas, em destaque o município de Paraisópolis que se insere na região sul do estado.

3.1 Caracterizando a política de Saúde Mental municipal

Alguns documentos oficiais sobre a estrutura do Sistema Municipal de Saúde de Paraisópolis, referidos a seguir, revelam as propostas vigentes por ocasião da pesquisa, fornecendo informações fundamentais para compreensão do movimento dialético instituído/instituinte⁷, inerente ao processo de institucionalização.

São eles:

- A. Plano Municipal de Saúde: traz, detalhadamente, um diagnóstico das condições da área da Saúde (demográficas, sócio-econômicas, epidemiológicas, estruturais, recursos financeiros e humanos) do município, bem como as principais diretrizes, programação, formas de controle e avaliação da gestão municipal de saúde. O documento foi apresentado e aprovado no Conselho Municipal de Saúde em 24 de março de 2010 para o período de vigência 2010-2013.
- B. Anais da I Conferência Microrregional de Saúde Mental de Paraisópolis: relata todas as atividades e conclusões da Conferência de Saúde Mental realizada no município em 09 de abril de 2010. O evento contou com representantes de 10 municípios da região (todos com menos de 20 mil habitantes), onde se construiu propostas à Conferência Estadual e elegeu delegados para representar e defender as diretrizes construídas na ocasião.
- C. Projeto de atuação nos setores SM e ESF: descreve as justificativas, propostas e estratégias de ação a serem desenvolvidas pelo pesquisador com o objetivo de estabelecer e fortalecer o diálogo e vínculo entre os setores. O documento foi apresentado ao poder executivo municipal no processo licitatório para contratação do serviço⁸ e utilizado pela gestora municipal de saúde como argumento para o estabelecimento do matriciamento no município⁹.
- D. Projeto de consolidação da Rede de Atenção Psicossocial de Paraisópolis/MG: descreveu e atualizou algumas estratégias desenvolvidas no

⁷ Estes conceitos serão abordados no capítulo I

⁸ Sugiro verificar o anexo III (pag. 214)

⁹ Sugiro verificar o apêndice "Projeto de atuação nos setores de SM e ESF de Paraisópolis/MG" (pag. 222)

município, após a participação do pesquisador na IV Conferência Estadual de Saúde Mental Intersectorial, como delegado. O documento foi apresentado ao prefeito e gestora municipal de saúde como argumento para reorganização das ações da Unidade de Saúde Mental¹⁰, posterior ao evento.

- E. Planilha para Gestão a Vista: planilha para demonstração da produtividade da USM em todos os seus setores. O documento foi utilizado pela equipe como instrumento de auto-avaliação e posterior estabelecimento de diretrizes e negociação com a gestão local para obtenção de recursos¹¹.
- F. Ata da Assembléia de Usuários do Serviço: o documento relata oficialmente o resultado da assembléia de usuários realizada em janeiro de 2011. Na ocasião a equipe apresentou a proposta de serviço aos usuários que posteriormente opinaram, sugeriram e criticaram baseados em suas impressões da exposição feita.
- G. Conjunto de usuários atendidos pelo médico: os gráficos demonstram quantitativamente os atendimentos do ambulatório médico durante o período de janeiro a outubro de 2011, discriminados por gênero, idade e CID 10 AP. De certa forma, o mesmo indica o perfil de paciente cadastrado no serviço¹².

Salienta-se que os conteúdos básicos desses documentos indicam a pretensão inicial da gestão local em valorizar e potencializar a Atenção Primária como proposta de organização do setor da Saúde Mental local.

Entretanto, é forçoso esclarecer que as formalizações dessas diretrizes não impediram os entraves e/ou dificuldades em gerenciar os recursos humanos e materiais necessários para viabilização dessa estratégia.

¹⁰ Apêndice: “Projeto de Consolidação da Rede de Atenção Psicossocial de Paraisópolis/MG” (pag.226)

¹¹ Anexo V (pag. 220)

¹² Estes gráficos fazem parte do tópico: “O perfil do Serviço, segundo sua produtividade” (pag. 114)

4. Os pressupostos e objetivos estabelecidos

Diante das perspectivas colocadas anteriormente, pressuponho que:

1. O vínculo entre o serviço de Saúde Mental e a Estratégia Saúde da Família, bem como a proposta de territorialização¹³ do cuidado são formas eficazes para iniciar a organização da rede de cuidados aos portadores de transtornos mentais nos municípios brasileiros de pequeno porte e/ou com menos de 20 mil habitantes.

2. Os principais obstáculos para a difusão apropriada dessa estratégia são a formação dos trabalhadores da saúde e a consolidação de uma funcionalidade adequada das equipes multidisciplinares de atendimento.

3. A Análise Institucional oferece dispositivos/ferramentas adequados para uma intervenção eficaz no cotidiano dessas equipes, potencializando o caráter instituinte desses serviços perante o Sistema Único de Saúde. No âmbito da AI, a ferramenta do diário é bastante adequada para a análise do processo de constituição da equipe bem como para analisar as implicações do autor da tese.

Assim sendo objetivou-se, de maneira geral:

analisar o processo de institucionalização do Serviço de Saúde Mental do município de Paraisópolis/MG, bem como sua estratégia de atuação, a partir da proposta de diálogo e vínculo com a Estratégia Saúde da Família local, além da territorialização de suas práticas.

E, de forma específica:

- a) descrever e analisar a conjuntura da proposta de territorialização das práticas clínicas do Serviço de Saúde Mental e seu vínculo à Estratégia Saúde da Família no município de Paraisópolis/MG
- b) analisar a dinâmica do processo de trabalho da equipe-assistente do Serviço de Saúde Mental de Paraisópolis/MG, bem como seu cotidiano institucional.

¹³ O território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. O espaço-território, muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o *lócus* onde se verifica a interação população-serviço no nível local. Caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para sua resolução devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. (Gondim et al, 2008 p. 238).

- c) descrever os desdobramentos/efeitos do cuidado aos usuários do Serviço de Saúde Mental de Paraisópolis/MG a partir da adoção da Atenção Primária como estratégia de assistência.

5. **A organização dos conteúdos da tese**

A organização dos conteúdos dessa tese, já iniciada com a indicação do debate que está sendo proposto no interior do contexto vigente na política de Saúde Mental no Brasil atualmente, teve seqüência com uma apresentação sucinta do município de Paraisópolis/MG, cenário no qual se desenvolveu esta pesquisa, além de uma breve caracterização da política local para o setor, baseada na análise da documentação oficial disponível.

Essa introdução terminou com a apresentação dos pressupostos e objetivos estabelecidos para este trabalho.

O corpo da tese está dividido em três capítulos:

No capítulo I (**A gênese da pesquisa**) propusemos explicitar a origem do projeto, condições prévias tanto do objeto de estudo como do próprio sujeito investigador. Daí, portanto, o relato mais detalhado da trajetória do autor da tese até o início da pesquisa-intervenção propriamente dita em 01 de fevereiro de 2010. Também são apontadas as reflexões teórico-conceituais que fundamentam a investigação e as estratégias utilizadas para a obtenção das informações necessárias.

No capítulo II (**O serviço (instituído) de Saúde Mental**) descrevemos formalmente a estrutura, perfil e fluxograma do Serviço. A ideia foi apresentar aquilo que se estabeleceu como rotina de trabalho. Obviamente que na realidade, a partir do momento instituinte com conseqüente institucionalização, foi construída a singularidade das nossas práticas clínicas.

Concluindo esse capítulo analisamos também o discurso oficial do MS para os serviços de saúde mental brasileiros. Através da avaliação dos Relatórios Finais das quatro Conferências realizadas no país, até então, buscamos perceber aquilo que foi preconizado no setor para os municípios de pequeno porte.

No capítulo III (**A ação dos sujeitos**) trouxemos o resultado da pesquisa de campo, ou seja, o cotidiano dos sujeitos envolvidos na investigação. Inicialmente,

numa espécie de “conversa” com Lourau, analisamos a implicação do investigador no encontro com seu objeto e, deste modo, esclarecemos nossa constituição enquanto pesquisador-implicado. Posteriormente, também num “diálogo” com Goffman, no caso mais especificamente com o conteúdo de sua obra “Representações do Eu na Vida Cotidiana”, procuramos demonstrar o processo de construção de uma equipe. Nesse capítulo as principais ferramentas utilizadas foram os diários (individual e coletivo), portanto, citamos nele alguns dos relevantes registros dos atores sobre seu dia-a-dia e as práticas realizadas.

Nas **considerações finais** (pessoais), ponderou-se as impressões pessoais do autor a respeito, não só da experiência dessa pesquisa-intervenção, no interior do referencial da Análise Institucional, como também retomou-se aspectos relevantes desenvolvidos no decorrer do trabalho, sobretudo os relativos ao debate atual em torno da política de Saúde Mental no país.

A título de post-scriptum, descreveu-se um dia de trabalho no serviço, a partir de uma reflexão proposta pela orientadora da pesquisa, através de uma carta do autor da tese endereçada ao diário institucional coletivo (Dom Queixote).

A tese se encerra com a relação das referências bibliográficas, dos anexos e apêndices, contendo documentos e relatos relevantes para a maior compreensão dos vários conteúdos do trabalho.

Capítulo I – A GÊNESE DA PESQUISA

(...) Por seres tão inventivo
E pareceres contínuo
És um dos deuses mais lindos
Que sejas ainda mais vivo
No som do meu estribilho
Tempo... tempo... tempo
Ouve bem o que eu te digo
Peço-te o prazer legítimo
E o movimento preciso
Quando o tempo for propício

Caetano Veloso

1. A história pregressa de uma pesquisa – intervenção: o processo de implicação do autor com esta temática

1.1 No início um garoto aventureiro e curioso.

Houve um tempo em que minha mãe contava ter sido por volta dos meus 05 anos de idade a primeira vez que comentei alguma coisa sobre como ou com que gostaria de trabalhar quando crescesse: segundo ela, jurava que trabalharia como médico. Confesso que não me lembro do fato. Na verdade a lembrança mais remota na infância sobre o exercício de uma profissão é uma cena escolar por volta dos dez anos quando perguntei a um professor como se conseguia construir a história antiga (eu adorava estudar história). Após sua resposta, retruquei: então vou ser arqueólogo! Talvez nessa afirmação já estivesse implícito uma tendência à curiosidade diante dos fatos, ou mesmo uma vontade de construir e/ou descobrir processos históricos.

Admito, até hoje, certa estranheza quanto à minha motivação em apreciar esse tipo de exercício profissional, mas tenho certeza de que nesse “moleque” unia-se uma maneira de ver o mundo e a vontade de continuar brincando nele. Ou seja, pensar na profissão em criança indica como se gostará de “brincar” na vida adulta.

Isso me parece claro ao refletirmos sobre o conceito de “profissão”, ou seja, ação ou resultado de professar (reconhecer publicamente). Declaração ou confissão pública de uma crença, uma religião, um sentimento, uma tendência política, uma opinião ou modo de ser. Atividade para a qual um indivíduo se preparou. Trabalho que uma pessoa exerce para obter os recursos necessários à sua subsistência, ocupação, ofício. (HOUAISS, 2009 p. 1557)

Por outro lado, apesar da memória me trair, quero crer: há uma verdade nessa informação materna de que em tão tenra idade eu já dizia – *Vou ser médico!* Saliento, entretanto não saber o porquê. Em minha família não temos ninguém antes de mim que exerceu essa profissão. Recorrendo novamente às informações maternas para achar uma explicação, a mais plausível foi quando ela me disse que até essa idade (cinco anos) era portador de uma asma brônquica grave. Sofria muito, pois não podia brincar como queria estando em crise. Admito e me lembro... minhas

crises asmáticas eram terríveis. Era quando minha mãe costumava contornar a situação dizendo:

– *Vamos ao médico fazer aqueles exames e tomar aqueles remédios... Só assim você vai poder brincar de novo.*

E, portanto, obviamente querendo voltar logo à exploração de meus quintais, gostava das visitas a aqueles sujeitos de branco que me ajudavam a retornar aos brinquedos. Em síntese, pode-se dizer que a primeira aproximação com o exercício da medicina teve a ver com admiração, visão de mundo e vontade de atuar nele de determinada maneira. Mais tarde, na adolescência, isso tornou-se mais claro.

Óbvio que, nessa fase, outros fatores costumam influenciar nessa decisão. A probabilidade de ascendência social, valorização da família, realização de sonhos, etc. sintetizam nossa opção. Em suma, defini a medicina como uma escolha, porque queria ajudar outras pessoas. Nessa época, dizia que iria ser pediatra, pois criança não devia ficar doente. Aqui, provavelmente, a gratidão do garoto asmático falava mais alto dentro de mim, e a ele, talvez, deva atribuir essa decisão.

Porém a curiosidade em relação à construção de fatos sempre foi muito sedutora. Nunca abandonei a História enquanto disciplina. E por isso me decepcionei com a clínica pediátrica, pois, apesar dos inúmeros indícios dos “pequenos pacientes” indicando como seria seu sofrimento, a narrativa do adoecimento infantil engloba as vivências das mães e suas próprias convicções. Elas (crianças) não conseguem contar sua história livremente. Então, no terceiro ano da faculdade, “briguei” com as mães e desisti da pediatria. Um “arqueólogo” jamais aceita a deturpação de uma pista dada ou de um episódio explicitado.

Durante o curso médico sensibilizei-me pela Psicologia, Semiologia, ou seja, a investigação de algumas histórias vividas por pessoas em sofrimento. Lembro-me da satisfação que sentia ao conseguir compreender uma doença ou uma situação a partir de uma entrevista bem feita ou pesquisada. Adorava colher anamnese. Estava decidido: seria um clínico, jamais um cirurgião, afinal gostava de acompanhar e compreender histórias de vida.

1.2 Um jovem idealista e ousado

O certo é que ao entrar na Faculdade de Medicina de Itajubá, em 1981, a vida universitária tornou-se rica de novas vivências, novas pessoas, novos desafios, além da descoberta de incríveis aventuras fora da casa dos meus pais. Aproximei-me do teatro, da música, das discussões políticas estudantis e do sonho de poder construir um mundo melhor. Era um idealista inveterado. Portanto ser médico tinha que ser muito mais do que fazer anamnese, exames físicos e prescrever tratamentos. Também significava ter uma atuação social, segundo uma visão de mundo, onde os conhecimentos deviam contribuir para amenizar o sofrimento do outro. Então, mais uma decisão: seria um clínico que tentaria compreender a doença além de sua história natural, ou abordá-la além de uma atuação médica clássica. Era preciso valorizar também o contexto social vivido.

O garoto-arqueólogo queria lidar com todas as pistas, o contexto, os “cacos” da história, onde um passado esclarecesse o presente. Assim, me aproximei dos doentes mentais e das suas narrativas inacreditáveis para viverem seus sonhos. Então, no quinto ano do curso médico, decidi que seria psiquiatra.

Foi quando apareceu uma oportunidade fundamental de descobrir o universo da loucura. Talvez tenha sido essa a vivência que determinou minha trajetória posterior. Fui conhecer um manicômio psiquiátrico em Campos do Jordão, quando surgiu o convite para um estágio supervisionado de algumas semanas. Meu professor, na época, conseguiu que eu ficasse na instituição onde durante o dia poderia explorar o hospital: colher histórias, aprender clínica e conviver com as pessoas, ali asiladas e suas angústias. À noite, estudava textos teóricos sobre psicopatologia¹⁴ de autoria de Karl Jaspers.

A experiência foi determinante para decidir sobre o tipo de “clínica” que gostaria de fazer. Colei grau em 1986, entrei num programa de especialização da própria faculdade ligado ao Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica e pude adquirir conhecimentos nestas duas disciplinas, construindo um perfil profissional que ia além

¹⁴ Para maiores detalhes quanto ao estudo realizado sugiro leitura do apêndice “O referencial teórico básico para a prática clínica psiquiátrica” (pag. 265). Saliento ser este autor uma das minhas referências teóricas principais até os dias atuais.

do núcleo da especialidade médica em si. Nessa época, também fui docente colaborador da Faculdade de Medicina de Itajubá nessas disciplinas – Psiquiatria e Psicologia Médica – onde descobri e pesquisei o universo e os fenômenos da relação médico-paciente. Também me aproximei da Psicanálise, Sociologia, Antropologia e da Psicologia Clínica.

Após dois anos de especialização adquiri certa experiência para o atendimento ambulatorial, mas também sentia falta da atuação aprendida no manicômio em Campos de Jordão. Queria (re) conhecer e atender aos doentes mentais graves e asilados. Apesar de já ter concluído uma especialização em Psiquiatria em Itajubá, decidi entrar no programa da Residência Médica do Sanatorinhos para fortalecer e complementar minha formação. Sendo assim, recém-casado, morava no hospital em Campos do Jordão, durante a semana, lá já fazia atendimentos com alguma autonomia, pela experiência anterior, e, no final de semana voltava a Itajubá onde construía minha própria família.

Não há como descrever a riqueza do aprendizado, ali obtido, sobre a loucura, o trabalho multiprofissional em equipe e como lidar com as reações da comunidade às propostas de inserção social dos pacientes. Tudo era vivido á flor da pele, com paixão e certo idealismo. Portanto, em 1989, enquanto se discutia os maus-tratos dos manicômios brasileiros, estava “internado” num deles tentando inserir os pacientes na sociedade. Dessa experiência nasceu o primeiro trabalho acadêmico apresentado em um Congresso¹⁵, e a identificação com a “Luta Antimanicomial” no Brasil.

Naquele contexto me descobri “arqueólogo” de histórias de vida, resgatando biografias de pessoas que há dez anos não viam sua família, sua cidade ou seus amigos. Era desafiador e fascinante. Com um detalhe, isso era construído com pedaços de delírios, durante crises de agitação, ou discursos desconexos. Mas para nossa equipe, eram, acima de tudo, pessoas tentando se comunicar e sobreviver. Assim iniciei a montagem de uma identidade profissional.

¹³ JESUS, A. F. Desinstitucionalização de pacientes crônicos - análise de uma experiência. 19º Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, 1989, São Paulo. **Anais do 19º Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental**, 1989.

Fiquei nesse hospital por nove meses, deixei a Residência Médica após receber uma ótima oportunidade profissional no interior de São Paulo. Na época, alguns acharam um absurdo abandonar um programa de pós-graduação realizado com certa tranquilidade por já ter experiência clínica anterior. Porém, obter o título não era o mais importante: queria aprender mais, conhecer experiências diferentes e outros trabalhos desafiadores.

Então ao ser convidado para coordenar uma equipe multiprofissional num grande hospital psiquiátrico, não tive dúvida: aceitei, pois desejava passar por isso.

1.3 Um profissional teimoso e persistente

Em setembro de 1989 fui para Presidente Prudente/SP trabalhar no Hospital Psiquiátrico Adolpho Bezerra de Menezes. Assumi a coordenação da equipe que atendia alcoolistas e os psicóticos agudos. Trabalhavam comigo uma psicóloga, uma assistente social e seis técnicos de enfermagem. Acompanhávamos, em média, 60 pacientes, sendo mais ou menos 45 psicóticos e 15 alcoolistas. A instituição era enorme, tinha uma fazenda própria, teatro, oficinas e atendia por volta de 400 doentes, assistidos por 04 equipes multiprofissionais (duas que acompanhavam os psicóticos, uma os alcoolistas e uma mista que atendia ambos – a nossa). Assim continuei consolidando uma identidade profissional e ampliei minha experiência, além de ser muito bem remunerado. Porém, no dia em que fui questionado/cobrado pela Direção porque a equipe possuía uma média de dias de internação tão baixa, concluí: ali não era meu lugar. Afinal, havia iniciado o aprendizado como psiquiatra buscando exatamente essa meta: reduzir os dias de permanência dos pacientes em um manicômio.

Aproveitei a oportunidade de um concurso para professor universitário na faculdade onde estudei e resolvi tentar voltar a Itajubá. Na época, havia a preocupação com a criação de um filho de nove meses e o estado emocional de minha esposa infeliz pela vontade de voltar ao seu estado natal. Fiz assim uma opção. Era preciso consolidar minha família. Ser um psiquiatra “bem sucedido” não valia a pena sem a concomitante boa convivência com os familiares. Foi uma decisão difícil, deixei uma renda mensal de mais ou menos 20 salários mínimos para

tentar uma carreira nova – professor universitário – com uma remuneração de mais ou menos dois salários. Mas era jovem, haveria tempo para ganhar dinheiro. Aceitei o desafio!

Abandonei o hospital psiquiátrico, entrei na sala de aula e investi no consultório particular. Acho que novamente o “arqueólogo” falou mais alto internamente: era preciso me aventurar correr atrás da minha história. Tinha pistas, sonhos e um enorme desejo de reconstrução.

Em março de 1991, iniciei a carreira universitária como professor assistente de Psiquiatria, dois anos depois fiz outro concurso tornando-me professor titular de Psicologia Médica na Faculdade de Medicina de Itajubá. Investindo no consultório, adquiri uma boa clientela. Fiz formação em psicoterapia, participei de um grupo de estudos em Araraquara¹⁶, onde estudei outras teorias sobre o comportamento humano (mitologia, antropologia, etc.). Na academia comecei a me “incomodar” com a formação dada aos médicos, pois queria compreender os fenômenos desse universo, saber como isso foi construído no país. Em 2004, parti para o mestrado, procurando uma linha de pesquisa sobre a história do ensino médico brasileiro. Mais uma vez seduzido pela disciplina – História. O objetivo era entender a trajetória da minha própria faculdade¹⁷. Tinha a pretensão de compreender porque seus alunos tinham algumas crenças, atitudes e tendências.

Em 2005, finalizei a dissertação estudando a formação médica no Brasil e suas nuances. Entre tantas descobertas me vi angustiado por ter confirmado o que muitos estudos e textos publicados concluem, ou seja, que o profissional médico não é formado adequadamente para atuar na comunidade em que se encontra inserido. Por quê? Mais uma vez o destino indicou o caminho da resposta ou talvez tenha sido

¹⁴ Nech – Núcleo de Estudos sobre a Conduta Humana, coordenado pelo Dr. Marcos de Jesus Nogueira.

¹⁵ JESUS, A. F. Ensino médico em perspectiva: a implantação da Faculdade de Medicina de Itajubá na conjuntura da reforma universitária de 1968. **Dissertação** (Mestrado em Educação) – Universidade São Francisco, Itatiba: 2005. 180 p.

o espírito daquele garoto aventureiro e curioso de dez anos que não me deixou descartar a oportunidade surgida: ir trabalhar num município pequeno, sem um serviço de saúde mental, sem uma equipe montada, mas com proposta de construir algo.

Seria, sem dúvida, uma maneira de colocar minha formação a serviço de uma comunidade. Quem sabe não acharia a resposta para a angústia produzida no mestrado? Era uma pergunta que incomodava, portanto seria preciso fazê-la novamente mais bem feita. Havia algo a ser descoberto. Ou seja, como foi teimoso aquele garoto aventureiro!

1.4 A relação com o serviço público

Para compreender a relação com o serviço público é preciso retroceder na trajetória até o momento da primeira oportunidade que tive para trabalhar nesse contexto em Itajubá. Logo ao regressar, em 1991, precisei procurar outros empregos para complementar minha renda. Descobri que na cidade não havia um psiquiatra atuando na rede pública, bem como não havia um serviço de saúde mental. Os usuários eram somente atendidos no ambulatório de ensino da faculdade onde trabalhava, porém, exceto pela consulta médica nada mais era proposto a ele ou aos seus familiares.

Considerando a experiência anterior resolvi propor à Secretária Municipal de Saúde de Itajubá a implantação de um serviço multiprofissional. Fiz um projeto, um tanto audacioso para a época, detalhando etapas a cumprir, bem como a criação de uma equipe para atendimento aos usuários. Dentro do projeto assumi o compromisso de implantá-lo com um contrato de trabalho de seis meses. Posteriormente a Secretaria avaliaria o processo e daria seguimento ou não. Sendo um professor concursado com 20 horas-aula semanais, e ainda começando um consultório, propus uma carga-horária de trabalho que seria efetivamente cumprida.

Para minha surpresa esse não foi o problema, na verdade propunha uma carga maior do que a média cumprida pelos meus colegas médicos. Porém era preciso ser contratado ou concursado para 20 horas. Mesmo que na prática fizesse apenas 30% desse total.

O secretário de saúde sugeriu que ficasse tranqüilo, pois esse era um costume em toda a região: uma prefeitura contratava um médico por X horas e assim podia justificar um melhor pagamento; na prática, o profissional cumpria menos horas e adquiria a possibilidade de estar em outros empregos. Não concordei. Havia aprendido a trabalhar sob um contrato explícito e ético. Consequentemente rompi com as prefeituras e resolvi fazer alguns plantões psiquiátricos em hospitais da região. Eram cansativos, mas remuneravam bem e era clara a relação trabalhista.

Nessa época decidi que só voltaria ao serviço público se pudesse ter um contrato profissional onde explicitamente fosse detalhada minha carga horária e que pagasse um salário digno por àquelas tarefas. Infelizmente nenhuma prefeitura ofereceu essas condições. Então me dediquei a ser professor, às vezes plantonista-psiquiatra, e médico com consultório particular. Assim, construí uma carreira e consegui até ser coordenador de um curso universitário de psicologia¹⁶.

Porém, durante esses anos todos, cada vez mais percebia que não gostava do ambiente hospitalar. Definitivamente não me adaptei à àquela convivência e atuação profissional. As inevitáveis questões institucionais me desgastavam muito e não era uma *práxis* que me agradasse. Daí, além do investimento maior no consultório, fui me afastando da graduação em medicina (ainda centrada nesse *lócus*) até que em 2005 surgiu a proposta em Paraisópolis de implantação de um CAPS.

Então, decidi tentar, mais uma vez, trabalhar no serviço público. Hoje, refletindo sobre essa decisão, suponho: não teria sido outra peripécia do garoto-arqueólogo?

1.5 A chegada em Paraisópolis/MG

Quando cheguei a Paraíso estava aquecido e atualizado quanto às discussões da relação entre o Estado e os profissionais da área da saúde, por conta dos estudos no mestrado.

¹⁶ Entre 1998 e 2002 participei da implantação do curso de psicologia da Fundação de Ensino e Pesquisa de Itajubá (FEPI). Além de ter efetivamente participado de todas as etapas de construção do seu projeto pedagógico, fui eleito seu primeiro coordenador geral, função que exerci por dois anos.

Na época, admito, duvidei se deveria investir naquele tipo de contratação. Por outro lado estava desmotivado com a convivência no espaço hospitalar, mesmo que universitária. Então, na primeira conversa com o gestor local resolvi jogar todas as cartas na mesa e não fazer nenhuma concessão. Era preciso testar até onde poderia me arriscar ali e/ou ser confrontado em minhas idéias.

O universo apresentado na primeira conversa foi bastante desafiador. Havia somente três profissionais contratados trabalhando individualmente (dois psicólogo e uma assistente social) em uma UBS, sem nenhuma estrutura de equipe. Sendo que uma das psicólogas era sobrinha do gestor. Os dois, gestor e psicóloga, receberam-me muito bem e relataram seu projeto ambicioso de implantar na cidade um serviço/aparelho substitutivo ao hospital psiquiátrico.

O colega psiquiatra anterior, que havia se demitido, fazia em média sessenta atendimentos por dia de ambulatório. Segundo a psicóloga, às vezes, enquanto comiam durante o almoço, na cozinha da unidade, discutiam alguns casos clínicos. Logo percebi que ambos não conheciam o cotidiano institucional de uma USM. Por outro lado, demonstraram muita vontade em implantá-la, e, segundo o gestor, eram apoiados totalmente pelo prefeito local.

Quando apresentei meu currículo e relatei algumas experiências profissionais anteriores, surpreenderam-se positivamente, pois tinha perfil adequado ao projeto, segundo eles. Quanto à contratação, em tese, repeti a proposta que havia feito à prefeitura de Itajubá anos antes: sugeri que após alguns meses, minha participação fosse avaliada e deixei claro que não faria o concurso público nos moldes preconizado. Novamente ouvi a ladainha administrativa das prefeituras e tudo mais. Porém mantive-me firme e sugeri que entrassem em contato comigo posteriormente se achassem a proposta viável. Confesso que fui embora achando que não conseguiria ser contratado. Hoje percebo e admito que, em certo sentido, fui prepotente. Lembro-me de na despedida ter afirmado:

- Não estou atrás de emprego... Meu consultório vai bem, obrigado... O que eu gostaria era ter uma proposta de trabalho ou um projeto profissional adequado.

Chegando em casa, enviei por email um projeto onde descrevia minhas atribuições, estratégias de atuações e etapas a cumprir. Fiz uma proposta de

remuneração e carga horária de trabalho. Dias depois recebi um telefonema do gestor me oferecendo a contratação. Assim obtive a chance que precisava.

Enfim, o profissional persistente poderia ser satisfeito!

1.6 A construção de um serviço

Em abril de 2005, o grupo de profissionais do SMSMP era formado por dois psicólogos, uma assistente social, um psiquiatra e uma técnica de enfermagem (contratada logo depois de mim), sendo que nos foi cedida duas salas na UBS. Havia a proposta de trabalharmos em equipe, e, portanto, com atuações técnicas conjuntas.

Uma das nossas exigências iniciais foi a de que, por duas horas semanais, fizéssemos uma reunião dos profissionais para discussão dos casos e decisões administrativas. Além disso, sugeriu-se a redução do número de consultas ambulatoriais e nos posicionamos contrários a qualquer interferência externa (por exemplo, do executivo, legislativo, ou outros setores administrativos, etc.) nas decisões técnicas que por ventura tomássemos. O fato de a psicóloga ser sobrinha do gestor e ter assumido o cargo de coordenação desse serviço facilitou esse tipo de convivência/proteção com a Prefeitura, pelo menos no início dos nossos trabalhos.

O primeiro ano da implantação do serviço foi ao mesmo tempo rico e desgastante. Aos poucos fomos assimilando a responsabilidade do que havíamos assumido na prática. Logo nos primeiros dias de convivência foram explicitadas algumas limitações práticas do grupo que nos deixavam inseguros. De minha parte permanecia muito pouco na cidade e tinha a impressão de que não conseguiríamos dar conta da demanda imposta sem estes conhecimentos técnicos. Por outro lado, havia os vícios profissionais e as questões culturais locais, a meu ver, bastantes inadequados, por exemplo: o assistencialismo, acomodação do funcionalismo público para capacitar-se e a convivência com alguns privilégios por questões políticas e/ou afetivas.

Como não tinha a experiência de pertencer ao serviço público, muitas vezes me guiava pelo academicismo e mantinha uma conduta deveras inflexível de enfrentamento das contradições administrativas e/ou tecnicamente equivocadas.

Por tudo isso, nossas reuniões eram tensas e o questionamento do funcionamento do Sistema era comum, o que me levou a assumir uma postura um tanto professoral, aproveitando-me a todo e qualquer momento para passar aos outros meus conhecimentos clínicos. O fato de não ser da cidade facilitava essa atitude, porém as decisões foram sendo centradas na figura do médico. Isso era percebido e me causava sofrimento... Mas não conseguia, não podia ou não sabia fazer diferente. Era o preço da “governabilidade”.

Havia um desejo interno de oferecer à comunidade nossos conhecimentos técnicos. Ou seja, era um constante aprendizado de como se inserir numa cidade e consolidar um serviço de saúde. Mas, por conta da dinâmica construída, confesso: tinha dúvidas... Seria verdadeira a adesão dos outros membros da equipe à proposta?

Entretanto, o fato da coordenadora ser sobrinha do gestor de saúde, e este, por outro lado ser uma espécie de braço direito do prefeito local, facilitava para que não houvessem confrontos relevantes. Esta adotou a estratégia de ficar entre nós (equipe) e a gestão, ouvia os dois lados e procurava, politicamente, manter a boa convivência. Pode até ter sido uma boa tática inicial, porém pagou um preço muito alto. Inclusive, com perdas financeiras e a submissão a abusos por parte do executivo. Trabalhava vários dias e horas fora do expediente e aceitava alguns desmando, por exemplo, a ingerência do gestor sobre sua atuação técnico-administrativa.

Apesar disso, construímos a burocracia do serviço nesse primeiro ano, desde os prontuários conjuntos, até troca de informes entre os setores, fluxograma do usuário, etc. Também tivemos várias discussões clínicas bastante interessantes, além de debates sobre temas teóricos fundamentais.

Assim o serviço crescia continuamente: iniciamos algumas propostas de oficina na própria UBS, atendimentos conjunto psicológico e psiquiátrico, além de visitas domiciliares aos usuários. Particularmente procurei manter-me sempre atualizado: participava de eventos científicos e neles fazia cursos pertinentes à nossa realidade institucional. Daí repassava à equipe as diretrizes aprendidas nessas capacitações. Assim nos aproximávamos das propostas de atendimento na atenção primária.

Em Belo Horizonte, durante um congresso, conheci o grupo da Dra. Sandra Fortes¹⁹ e descobrimos o quanto estávamos atualizados e à frente em relação a outros serviços da nossa micro região. Fiz outro curso com o mesmo grupo em São Paulo²⁰, e assim consolidamos uma proposta clínica de aproximação com a ESF.

Também os profissionais da equipe fizeram seus cursos de atualização, visitaram outros serviços enfim, todos amadurecemos tecnicamente. Nessa fase havia um sentimento de orgulho com o que construíamos. Conforme a demanda aumentava, e por proximidade com o gestor, a coordenadora também conseguiu agregar outros membros ao serviço. Com a consolidação do diálogo com as equipes da ESF, surgiu à ideia contratar um ACSM para trabalhar em nosso serviço. Queríamos efetivamente ir ao território e construir ações de prevenção e promoção à saúde mental.

Sendo assim nos tornamos o SMSMP que efetivamente buscava atuar na APS.

1.7 Em busca de uma identidade para a equipe

A dinâmica da UBS, as posturas dos outros trabalhadores dessa unidade e a estrutura física que nos foi oferecida (somente duas salas) sempre nos causaram transtornos e questionamentos. A equipe se incomodava muito por estar ali. A resposta/orientação do gestor sempre era que tivéssemos paciência, pois, em breve seríamos um CAPS. Segundo ele, assim teríamos nossa sede e nos tornaríamos autônomos.

¹⁷ 23º Congresso Brasileiro de Psiquiatria, sediado em Belo Horizonte entre os dias 12 a 15 de outubro de 2005. Neste evento participei da oficina “Saúde Mental na Atenção Primária”, coordenada pela profa. Dra. Sandra Fortes e os profs. Drs. Luis Fernando Chazan e Luis Fernando Tófoli.

¹⁸ Durante o 8º Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade, sediado em São Paulo entre os dias 15 a 18 de junho de 2006, participei do curso, “Capacitando Profissionais de Saúde Mental para Atuação Integrada com o Programa Saúde da Família” coordenado pelos doutores Luis Fernando Chazan, Luis Fernando de Tófoli e Sandra Fortes, onde reuniu-se profissionais de saúde representantes de municípios de todo o país. Além da troca de experiência, tomamos contato com idéias, conceitos e ferramentas para atuação na APS.

Embora, entre nós, quiséssemos nossa casa, mas, à exceção da coordenadora, tínhamos receio de assumir aquele aparelho substitutivo. Estaríamos organizados o suficiente para assumir a dinâmica desse serviço?

Em nossos estudos e participações em eventos, cada vez mais descobrimos a realidade do funcionamento dos CAPS. Logo ficaram claras, as limitações locais (técnicas e administrativas) para a implantação desse serviço no município. Era óbvia a necessidade de muitos investimentos de recursos do executivo para implantação do mesmo. Porém, não era essa a nossa realidade econômica.

Entretanto, a angústia por estar naquela UBS trabalhando naquelas condições nos preocupava em demasia. A convivência e cotidiano da equipe foram-se tornando cada vez mais comprometidos e, inclusive, tivemos mudança de profissionais. Assim enfrentamos nossa primeira crise institucional: a sintonia com a gestão foi-se corroendo.

A relação com o executivo tornou-se mais tensa, sendo o projeto CAPS questionado dentro da equipe, exceto pela coordenadora. Nesse ínterim nossas ações clínicas conjuntas com os ACS da ESF eram freqüentes e tornou-se evidente ser essa a saída para o município e suas necessidades. Aproveitamos essa aproximação e formalizamos reuniões clínicas conjuntas com os profissionais das ePSF. Por conta dessa convivência formalizada e mais próxima, o modelo de equipe que havíamos construído passou a ser reconhecido e proposto também para as outras equipes/setores. Dialeticamente havia um crescimento institucional.

Novamente busquei teorias e ferramentas de trabalho para lidar com a complexidade desse universo no qual estava inserido. Daí surgiu a idéia de completar a formação acadêmica, através de uma pós-graduação. Pesquisei as disciplinas das linhas de pesquisa do programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e me interessei pela de Análise Institucional e Práticas Educacionais, coordenada pela professora Solange L'Abbate.

Em função deste interesse, no primeiro semestre de 2006, cursei como aluno especial, a disciplina “Análise Teórico-Metodológica das Instituições de Saúde: ênfase em Análise Institucional”, de responsabilidade da referida professora, quando

pude então tomar contato com o referencial da Análise Institucional e da Socioanálise, iniciando minha aproximação do instrumental teórico-metodológico que possibilitou e/ou ajudou a perceber o universo institucional no qual estava atuando.

E aí, mais uma vez o garoto-arqueólogo me pregou uma peça. Quis investigar o processo histórico daquele serviço. Então, como trabalho de conclusão da disciplina, escrevi uma monografia onde analisei primariamente a implantação do SMSMP²¹.

A partir das conclusões dessa análise, assumimos incisivamente uma postura contrária à implantação do CAPS naquele momento no município.

Obviamente que a coordenadora reagiu discordando e agilizou uma visita da profissional-referência técnica em SM da SRS, na tentativa de avançar burocraticamente no processo de credenciamento e implantação do CAPS. Porém, sua estratégia não funcionou. Na visita dessa profissional à equipe ficaram ainda mais claras, as contradições das propostas de Estado em relação aos municípios menores nesses projetos. Por exemplo, a exigência de assumirmos outras localidades para alcançar uma população mínima de 20 mil habitantes.

Além disso, fomos duramente questionados em nossas ações, do ponto de vista técnico. Entretanto nossos argumentos eram sólidos, pois tínhamos participado e analisado nossas propostas em eventos acadêmicos sobre o tema.

Na verdade, havíamos construído uma postura de vanguarda em relação à nossa micro região. Enquanto nas outras cidades, ainda eram incipientes e pontuais algumas propostas interdisciplinares de atendimento conjunto e atuações efetivas em territórios, na eSM de Paraisópolis, já estava institucionalizado, por exemplo, o ACSM como membro efetivo. Sendo assim, por conta da nossa “ousadia”, permanecemos afastados da SRS.

Finalmente, no município, nossos esforços foram cada vez mais reconhecidos pela população e recompensados pela gestão: conseguimos que fosse alugada uma casa para desenvolvermos nosso projeto, e que fosse contratada uma terapeuta ocupacional para supervisionar nossas oficinas terapêuticas. Enfim, consolidamos

¹⁹ JESUS, A. F. “Equívocos, acertos e adaptações na implantação de um serviço municipal de Saúde Mental: esboço de um diário de bordo”. **Monografia de conclusão da disciplina Análise Institucional: teoria e prática**. Docente-responsável Solange L'Abbate. Universidade Estadual de Campinas. Campinas: 2006. 70p.

uma identidade de equipe e uma proposta institucional para o setor de Saúde Mental do município.

1.8 Eleições municipais... e agora?!

Os anos posteriores, de 2007 a 2008 foram difíceis para a equipe, pois apesar do crescimento evidente do serviço e maior reconhecimento da comunidade, a disputa eleitoral vigente, a meu ver, inviabilizou algumas propostas. Por exemplo, dificultou nossa postura de não aceitarmos de ingerência do executivo nas nossas decisões técnicas. Infelizmente, a coordenadora potencializou explicitamente a “blindagem” da gestão local colocando suas posições atreladas ao governo e em tom ameaçador dizia:

- Eu posso garantir o serviço nessa gestão... Mas na outra...?!

Ora, os projetos de assistência em saúde não podem estar limitados a um período específico, é política de saúde e não de partido político... Há que se ter um projeto de Estado, não de governo, pois são propostas a longo prazo que nem sempre são percebidas ou valorizadas pela população num primeiro momento. A postura implícita de quem se apegava ao conteúdo da frase anterior é contraditória e equivocada.

Também com a ampliação da equipe, através dos novos membros contratados, tornaram-se mais corriqueiras as desavenças pessoais. O desgaste tornou-se comum e as reuniões mais tensas e sem objetividade.

Na cidade, o clima de busca de votos pelos candidatos na comunidade comprometia a implantação das propostas construídas e o enfrentamento necessário aos gargalos do Sistema. Havia o medo de mudança de equipe, ou de piora das condições de trabalho. Suponho que tenha-nos faltado certa visão política com a disputa eleitoral vigente.

Do ponto de vista administrativo fui “convocado” a fazer o tal concurso público. Relutei até onde pude, porém quando houve a ameaça de que o serviço poderia ficar sem psiquiatra, pois não havia outro candidato, fiz a prova! Até sugerimos que fossem bem definidas as atribuições do cargo de psiquiatra atrelando-o às atuações na atenção primária... Mas não obtivemos êxito e assim mais uma vez uma prefeitura

fez um concurso onde oferecia X salário para trabalhar 20 horas, sendo que o profissional médico podia cumprir menos X e adquiria o “*bônus*” de poder estar em outro emprego. Assim, tornei-me um servidor concursado e trabalhando em condições, eticamente, duvidosas. Adquiri a tal estabilidade de emprego, porém, confesso que preferia continuar a ser um prestador contratado e com necessidade de eficiência e responsabilidade para manutenção desse ofício.

Foi uma decisão muito dolorosa, pois para não aceitar aquelas condições, ou seja, cumprir às 20 horas, precisaria comprometer outros projetos profissionais e teria uma perda financeira relevante, comprometendo a sobrevivência financeira. Aceitei a combinação em prol da minha permanência, porém internamente decidi que seria provisório até que eu pudesse me desligar do serviço sem comprometer as conquistas alcançadas.

Mesmo assim, apesar desses contratempos, mantínhamos a esperança de manutenção das propostas construídas por conta do status adquirido pelo serviço na cidade, bem como o amadurecimento da equipe.

Por conta disso, além do comprometimento com o que havia sido construído naquele município estimei-me a querer torná-lo uma alternativa às propostas vigentes do MS para os serviços de Saúde Mental em municípios de pequeno porte. Nesse caso, seria necessário compreendê-lo, examinar seu cotidiano, equacionar seus desafios, suas potencialidades e limitações.

Para tanto, em 2008, busquei o doutorado, na linha de pesquisa coordenada pela professora Solange L’Abbate, propondo-me a investigar o universo institucional da Saúde Mental local. A expectativa era analisar o que havíamos construído em Paraisópolis para conseguir avaliar a eficiência das nossas propostas.

Em outubro desse mesmo ano, o pleito municipal foi vencido pela oposição, acentuando a insegurança nas atuações cotidianas, potencializando o receio pelas transferências na equipe ou perda das conquistas alcançadas até então.

Para nossa surpresa, dois meses depois, em dezembro, faltando apenas 15 dias para o término da gestão e início da próxima, a coordenadora pediu uma licença médica, após um acordo com o gestor. A equipe sentiu-se abandonada e não aceitou/elaborou o fato. Desestruturou-se definitivamente nossa convivência grupal.

Enfim, em janeiro de 2009, iniciou-se uma nova etapa do serviço sem que tivéssemos uma coordenadora. Por outro lado, a próxima gestora escolhida foi uma médica, atuante na ESF de uma cidade vizinha e entusiasta do nosso modo singular de organizar o serviço.

Sua postura inicial foi de apoio à equipe, respeitando as decisões que viéssemos a tomar. Foi-me oferecido à coordenação, porém não quis assumir por conta do compromisso com o doutorado. Além disso, havia uma insatisfação latente e pessoal com as opções, naquele momento, que o grupo assumia quanto ao matriciamento com a ESF. A resistência em ir ao território tornou-se mais enfática e recorrente, justificada nas posturas de alguns profissionais das ePSF.

Os dias que se sucederam foram difíceis e amargos, apesar das tentativas da nova gestora de “empoderar” os profissionais dando-lhes a opção de escolher seu coordenador. Também os relacionamentos interpessoais estavam tão comprometidos que não se conseguia efetivar uma eleição no serviço. A situação foi tomando tal proporção que, finalmente, decidi me desligar do serviço, abandonando o projeto de pesquisa. Não havia nenhuma possibilidade de construção ética naquelas circunstâncias, ou, colocando de outra forma, havia uma desimplicação²².

1.11 O fracasso construtivo em Brazópolis/MG

A experiência em Paraisópolis facilitou minha inserção na região e, em certo sentido, abriram-se várias oportunidades consolidando um respeito profissional às nossas idéias. Deste modo, durante o primeiro semestre de 2009 assumi concomitantemente a coordenação da implantação de outro serviço de Saúde Mental em outro município vizinho – Brazópolis/MG.

Ao abandonar o projeto anterior, após conversar com minha orientadora, resolvi tentar construir um novo projeto de pesquisa nesse outro município. Pelas características locais, houve necessidade de novos parâmetros de atuação, tornando-se necessário dividir provisoriamente a coordenação da equipe com outra

²² Segundo Mourão et al (2007 p. 187), “alguém totalmente desinteressado, ou seja, *desimplicado* com o que acontece se desliga do movimento ou da associação”. Foi o que aconteceu comigo na ocasião.

profissional que já trabalhava comigo em Paraisópolis e era nativa da cidade²³. Além disso, havia uma forte afinidade entre nós, a ponto de tê-la orientado em seu trabalho de conclusão de curso na especialização em Saúde Mental, que abordou a temática das oficinas terapêuticas no matriciamento e foi apresentado no congresso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)²⁴.

Porém, a conjuntura desse município não foi favorável. Não conseguimos a cooperação da gestão local, o que tornou as condições de trabalho bastante desanimadoras. Tanto que após alguns meses, a situação tornou-se insustentável e novamente optei por abandonar o projeto, admitindo seu fracasso.

Cabe salientar que o ano de 2009, apesar desses contratempos, foi muito salutar no sentido de adquirir amadurecimento para trabalhar no setor público, aprendendo a conviver com as limitações do próprio setor sem abandonar a postura crítica necessária, ou seja, mesmo assim foi um ano construtivo de aprendizado.

Em dezembro desse ano, aceitei um convite da gestora de Paraisópolis para conversarmos. Inicialmente a proposta, baseada na experiência anterior, seria somente ajudá-la na condução de algumas questões pontuais locais. Tínhamos idéias parecidas sobre os sistemas de saúde municipais, portanto, resolvi oferecer-lhe apoio.

Entretanto com alguns minutos de conversa, estávamos discutindo a possibilidade de um retorno. Para minha surpresa, o colega-psiquiatra que assumira o serviço, estava com seu contrato por vencer e não havia, por parte dela, a intenção de renová-lo. Ao perceber o que estava acontecendo, propus algo inusitado: dispus-me a fazer reuniões com as eSM, ePSF e outros setores da rede que julgasse necessário, e somente depois formataria uma oferta.

Além de concordar com a proposta, a gestora comprometeu-se a fazer todos os esforços junto ao prefeito para uma (re) contratação, se assim decidíssemos. Ou

²³ As características políticas locais eram muito diferentes sendo necessária a utilização da “figura do médico” a frente do serviço para melhor trânsito na gestão local. Durante um ano propusemos uma coordenação conjunta do serviço. Posteriormente eu saíria dessa função e poderia concluir minha pesquisa. A colega que co-coordenava comigo se dispôs a escrever um diário institucional. Para minha satisfação, havia a perspectiva de uma proposta de investigação muito boa.

²⁴ Noronha, J. A. F.; Jesus, A. F. Oficinas terapêuticas na Estratégia Saúde da Família: potencialização do matriciamento entre as equipes do PSF e de saúde mental. In: IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2009, Olinda. **Anais do IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, 2009.

seja, aceitei fazer um diagnóstico da situação, através de reuniões com as ePSF e eSM, mas não havia a certeza de que conduziria o processo de (re) construção do serviço. O fato é que após avaliar as demandas, fiz uma proposta de atuação no SMSMP, iniciando oficialmente essa tarefa em 01 de fevereiro de 2010²⁵.

Finalmente, cabe esclarecer que antes de apresentar o estudo, procurei contextualizar a história pregressa dessa investigação, pois, tratando-se de uma pesquisa-intervenção, ressalto ter a convicção de que minha implicação pode ser melhor compreendida, a partir dessa trajetória.

Enfim, quem organiza, registra sua trajetória e analisa sua implicação se explica...

2. Reflexões teórico-conceituais

2.1 Sobre o tema escolhido

Inicialmente cabe refletir sobre as condições a respeito da consolidação da atenção primária como ênfase para os serviços de saúde mental, enquanto tema a ser pesquisado, baseado na proposta de diálogo e atuação conjunta com a ESF. Nesse sentido, destaco as necessidades estruturais e institucionais para que essa modalidade de organização possa ser operacionalizada e implantada com eficácia tal que possibilite um atendimento qualificado aos usuários portadores de transtorno mental e seus familiares. São, então, necessárias, *a priori*, algumas considerações conceituais indispensáveis para uma compreensão da adequação/implantação dessa política pública de saúde.

Segundo Campos (2005), com as configurações que o Sistema Único de Saúde (SUS) vem adquirindo atualmente, colocam-se para a APS²⁶ pelo menos três

²⁵ Sugiro leitura do apêndice: “Projeto de atuação nos setores de SM e ESF de Paraisópolis/MG”. (pag. 222)

²⁶ Para Gil (2006), no período anterior à criação do SUS, a APS representava um marco referencial para organização dos serviços, numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Após a criação do SUS e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, tem sido cada vez mais freqüente o uso do conceito “Atenção Básica”, inclusive na documentação do MS, como referência aos serviços municipais. Porém, ao optar por salientar o nível de atendimento à saúde, bem como a proposta de ESF atrelada ao SUS, considerei mais adequado, adotar o termo “primária” substituindo o vocábulo “básica”, pois entendo

funções importantes: acolhimento à demanda com busca ativa e avaliação de riscos, clínica ampliada²⁷ e saúde coletiva.

Os usuários precisam ser acolhidos no momento em que demandam o atendimento, pois, sem isso, a estratégia nunca se constituirá em verdadeira porta de entrada do sistema. Há um grande enredamento nas intervenções dessa assistência primária, sendo que o complexo se define em termos do número e diversidade das variáveis envolvidas em um dado processo. Nesse sentido é necessário intervir sobre a dimensão biológica (ou orgânica) de vulnerabilidades (ou doenças), mas também é fundamental encarar os inerentes riscos sociais e de ordem subjetiva.

A busca da construção de vínculos duradouros com os usuários é condição *sine qua non* para o aumento da eficácia destas intervenções clínicas, sejam elas diagnósticas terapêuticas ou de reabilitação. A prática clínica deve, portanto, ser ampliada do seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada usuário, respeitando a característica singular de cada caso/demanda. Finalmente, essa assistência deve realizar procedimentos de cunho preventivo e de promoção à saúde no seu território ou para a população adscrita.

Salienta-se que, a partir da implantação desse Sistema, emerge o desafio da integralidade no atendimento aos usuários portadores de transtornos mentais, sendo essa diretriz oposta ao modelo vigente anteriormente ao SUS.

Segundo Alves (2001), a diretriz usual a ser superada é a premissa de política pública na qual a seleção de usuários é o critério fundamental de oferta de programa. A presença de várias deficiências ou desvantagens torna o usuário não selecionável para um “programa” e a postura hegemônica passa a ser a de exclusão. Durante várias décadas, levava-se em conta apenas um “problema” a ser enfrentado. Essas diretrizes tinham como base a forte determinação nosológica ou taxonômica das intervenções em saúde, sobretudo, a partir da influência norte-americana na

que “atenção básica” nos remete a um pacote de serviços. Isto, inclusive, evidenciou-se nas experiências que tive de participação em colegiados regionais de gestores municipais de saúde.

²⁷ “Clínica ampliada seria aquela que incorpora nos seus saberes e incumbências a avaliação de risco, não somente epidemiológico, mas também social e subjetivo, do usuário ou do grupo em questão. Responsabilizando-se, não somente pelo que a epidemiologia tem definido como necessidades, mas também pelas demandas concretas dos usuários”. (ONOCKO CAMPOS, 2001 p. 101)

formação dos profissionais de saúde, no chamado modelo flexneriano²⁸, implantado a partir dos anos 40 do século passado. Portanto, seleção e exclusão estavam intrinsecamente juntas no cotidiano dos serviços. Mais recentemente, desde o final da década de 1980, iniciou-se um trabalho que considera outros paradigmas de atenção aos portadores de transtornos mentais. Substituiu-se intencionalmente a postura do “tratar”, que pressupunha uma nomeação diagnóstica, por “cuidar”, incorporando vários problemas a serem superados. Buscou-se, a partir desta ação, consolidar a integralidade na assistência à saúde mental. Nesse sentido, este autor valoriza a intersetorialidade e a diversificação como componentes indissociáveis dessa integralidade. Aliás, este é um dos princípios doutrinários do SUS.

Observa-se ainda que, ao se propor lidar com problemas complexos, há de se diversificarem ofertas, de maneira integrada, e buscar em outros setores aquilo que a saúde não oferece e que nem sempre lhe é inerente. Essa diversificação de programas é fundamental para se acolher o paciente de forma integral, uma vez que, com um rol variado e diversificado de possibilidades, reduz-se em muito a tentação da seleção de problema e/ou conduta parcializada diante da queixa do usuário.

Para Saraceno (2001), diretor do Departamento de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS), há necessidade de superar a idéia de modelos e trabalhar com premissas. Este autor ressalta que a qualidade de um programa ou projeto em saúde é diretamente vinculada e decorrente do conceito de acessibilidade.

Por outro lado, e segundo Scherer (2005), os documentos do MS abordam o Programa Saúde da Família (PSF) como uma das propostas estruturantes dos sistemas municipais de saúde, com potencial para provocar importante reordenamento do modelo de atenção vigente.

Ressalta-se que

no campo da saúde pública, o PSF configura-se, atualmente, na mais ampla política assistencial do setor. Está disseminado por todo o território nacional, tendo como meta principal reorganizar os serviços e ações em saúde ao nível da atenção primária (FUHRMANN, 2003 p.01).

²⁸ Aprendizado baseado fundamentalmente no hospital-escola, num currículo marcado pela fragmentação do conhecimento em função do processo de especialização e metodologias de ensino tradicionais, centradas no professor. (JESUS, 2005 p. 74)

Em 1998, esse projeto passa a ser chamado de “Estratégia Saúde da Família”, reforçando seu papel de reorientação do modelo de atenção no espaço político-operacional. A complexidade da proposta sugere a necessidade de compor-se uma equipe-assistente - a chamada ePSF - cuja atribuição seria o conhecimento da realidade, a identificação de problemas de sua área de abrangência e a elaboração do planejamento local. A prática segue à lógica da vigilância em saúde e a valorização do vínculo com o usuário e sua família. Cabe a essa equipe o desenvolvimento da capacidade de articular as diversas políticas sociais e de recursos, de maneira a contribuir para a identificação das causalidades e da multiplicidade de fatores que incidem na qualidade de vida da população.

Colocadas tais constatações, torna-se necessário esclarecer as diretrizes do MS para o estabelecimento do diálogo entre os setores SM e ESF²⁹, a partir de uma leitura crítica do documento apresentado para esse fim³⁰.

É notório que o Ministério admite e incentiva a conexão entre esses setores (Amorim, 2008). Para isso, apresenta alguns dados epidemiológicos que não só justificam como trazem à baila a necessidade de atitudes concretas nesse sentido:

(...) a realidade das equipes de atenção básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de saúde mental: 56% das equipes de saúde da família referiram realizar alguma ação de saúde mental (...). **Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica.** (BRASIL, 2004, p. 03) (grifos do documento).

Amorim (2008), ao estudar a relação entre a ESF e o CAPS, deixa evidentes os desafios a serem suplantados e a dificuldade desse trabalho conjunto. Mesmo assim, pontua-se também nessas diretrizes que o MS recomenda o CAPS como dispositivo estratégico para organização da rede de atenção em saúde mental. Entretanto, obviamente por uma questão de custo-benefício, o documento esclarece que este aparelho não deve ser preconizado para todos os municípios brasileiros, pois,

²⁹ Sobre essa temática específica, sugiro a leitura do trabalho de Amorim (2008) onde a autora, a partir das condições desse diálogo no município de Campinas/SP, traz alguns esclarecimentos relevantes.

³⁰ Para maiores detalhes estatísticos e epidemiológicos, sugiro a leitura do documento: **Saúde Mental e Atenção Básica: o diálogo e o vínculo necessários**, disponível em <http://www.saude.gov.br> – de autoria da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

baseado no critério populacional, limita (ou indica) o dispositivo somente para cidades/territórios com mais de 20 mil habitantes. (BRASIL, 2004a)

Ainda neste documento, o MS também coloca a atenção primária (no documento, substituída pelo termo “atenção básica”) como necessária a essa rede de cuidados.

Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em Saúde Mental. Aliás, a atenção em Saúde Mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados. Estão incluídos nesta rede: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatorios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros (BRASIL, 2004 p. 02).

Isto permite concluir que o dispositivo recomendado pelo MS como estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, não tem estabelecidas as condições prévias para sua implantação na imensa maioria dos municípios brasileiros. Basta lembrar que 70% desses municípios têm uma população abaixo de 20 mil habitantes (IBGE, 2011). Inclusive, no caso do Estado de Minas Gerais, onde se encontra o cenário dessa pesquisa, esse índice sobe para 79% (BRASIL, 2010). A esses municípios de pequeno porte, o MS estimula a estratégia de apoio matricial à ESF, para o atendimento dos portadores de transtornos mentais.

Para Campos e Domitti (2007a)

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 efetivar-se através de discussões conjuntas do quadro clínico, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. (p.400)

Portanto, esse apoio instrumentaliza, em tese, a ESF para prestar a assistência necessária, assumindo, adequadamente, o acompanhamento dos sujeitos portadores de transtornos mentais e seus familiares em seu território.

Concluindo, percebo que algumas dessas diretrizes cometem, a meu ver, o erro da lógica positivista, ou seja: deixam de relativizar, atualizar e individualizar dados, não valorizando significados e singularidades dentro de um contexto social específico. Haja vista que o “aparelho estratégico” preconizado contempla somente 30% do território nacional e 21% do território mineiro. Torna-se relevante frisar que a

lógica da regionalização e/ou das propostas de parcerias/consórcios intermunicipais, buscando a viabilidade operacional, a partir de uma população acima dos 20 mil indivíduos, compromete, por outro lado, as práticas comunitárias e/ou aplicadas no território do usuário e/ou mais próximo a ele e a sua família. Por exemplo, usuários em situações de crise que são atendidos no município-polo e/ou pela equipe-assistente no CAPS, onde nem sempre o vínculo é tão estreitado/consolidado como o construído com as ePSF. Evidencio aqui o risco de uma prática clínica inadequada, pois

no momento de maior sofrimento e fragilidade, o paciente é exposto a uma quebra extra de seus referenciais e vínculos. Se ele já não reconhece o espaço, irá parar em um espaço que, de fato, ele não conhece, entre pessoas que ele nunca viu, e ser “tratado” por uma equipe que não conhece sua história. Desta forma, a possibilidade de se produzir da crise uma passagem para alguma outra coisa fica prejudicada (ONOCKO CAMPOS, 2001 p. 105).

Nesse caso, pressuponho que, estabelecida a rede de cuidados dessa forma, poder-se-iam potencializar os riscos de uma generalização imprudente das ações, através de protocolos impróprios, sob o universo sócio-demográfico heterogêneo e dinâmico.

Apesar desses apontamentos, é cabível valorizar a importância desse documento ao esclarecer alguns desafios importantes a serem observados para o estabelecimento dessa conexão, havendo por parte do MS uma inquestionável intenção de estimular as propostas baseadas na APS para a rede de cuidado aos portadores de transtornos mentais.

É forçoso, deste modo, assinalar a iminente necessidade de estudos e pesquisas para analisar o adequado equacionamento dos obstáculos a serem superados pelos profissionais que se disponham a atuar nessa área da Saúde Pública brasileira, haja vista que “nas últimas décadas poucos trabalhos no campo sanitário levantaram a importância da clínica nos serviços públicos de saúde” (ONOCKO CAMPOS, 2001 p. 98).

Entendo ser o enfrentamento desses desafios necessário para se consolidar uma estratégia de atendimento em saúde mental aparentemente adequada à realidade sócio-econômica brasileira, e em concordância com os princípios doutrinários do nosso SUS.

Por outro lado, ponderar sobre o SUS nos dias atuais leva-nos ao desafio de construir propostas sustentáveis num universo socioeconômico bastante desfavorável. É notório o desencantamento com a possibilidade de transformação de seus princípios em realidade generosa e racional (CAMPOS, 2007).

Saliente-se que, os projetos de pesquisa realizados em cenários dos serviços públicos de saúde cumprem, entre outros papéis, a função de dar diretrizes para um caminhar, senão mais seguro, pelo menos previsível quanto aos obstáculos a serem enfrentados por aqueles que ainda acreditam na consolidação desse Sistema.

Há que se admitir que, apesar das evidências da existência de impasses para sua implantação, são também perceptíveis alguns sintomas de crescimento, portanto há um movimento latente que nos oferece um devir para esse SUS. (CAMPOS, 2007).

Segundo Luzio e L'Abbate (2006)

Felizmente tem sido possível observar a existência de práticas inovadoras que fortalecem o SUS, por meio de propostas que tiveram de enfrentar o “projeto neoliberal” fortemente implantado no país, notadamente no que se referia ao crescimento do sistema privado de saúde e dos conflitos daí decorrentes. Tais práticas vêm trazendo a configuração de um novo desenho da política de saúde e de saúde mental, por intermédio de vários mecanismos institucionais, principalmente a descentralização. (p. 282)

O crescimento da proposta de APS, no Brasil, também seria um desses sintomas de ampliação do SUS. Atualmente, são mais de 30 mil equipes da ESF, atuando em mais de 5,3 mil municípios brasileiros com objetivo, ainda que precarizado, de estruturação desse nível de cuidado. Se pensarmos que esse movimento de implantação tem cerca de 16 anos torna-se inevitável o reconhecimento da aposta do Estado brasileiro nesse modelo de atuação.

Esse processo se dá num contexto em que a OMS, no relatório anual de 2008, deixou clara a relevância da APS para a qualidade de vida das pessoas, a estruturação adequada dos Sistemas de Saúde na América Latina, além de aprovar e estimular as iniciativas brasileiras para o setor (OMS, 2008).

Dadas essas circunstâncias iniciais, acredito ser estimulante a tentativa de conceber as premissas de um serviço público de saúde mental vinculado à ESF. Porém, antes da construção teórica desse paradigma, é preciso refletir sobre seus princípios, fundamentos e potencialidades para um processo de efetivação prática a

posteriori. O que nos força a analisar as proposições da construção de um sistema público brasileiro de saúde, as diretrizes impostas pelo Estado no processo, à ordenação sugerida pela APS e os desafios políticos do campo da SM nessa conjuntura.

Cabe dizer que a concepção do SUS, em 1988, apontava na direção de uma proposta de reforma social. Não há como negar que seus idealizadores/estudiosos/simpatizantes tinham como objetivo o estabelecimento de princípios que buscavam uma melhor qualidade de saúde/atendimento para a população brasileira.

Nesse sentido, Luzio e L'Abbate (2006) ³¹, analisando algumas experiências desenvolvidas a partir da década de 1980 concluem:

(...) as experiências descritas contribuíram muito para os avanços da reforma psiquiátrica brasileira. Em suas semelhanças e diferenças, essas experiências são compromissadas com a implantação e consolidação do SUS, mostrando, com isso, a viabilidade e importância do Sistema Único para a promoção de saúde e assistência de qualidade da população. (p. 295).

No entanto, os últimos anos assinalam uma implantação incompleta, irregular e em alguns sentidos longe das diretrizes primárias, favorecendo o descrédito em relação a sua capacidade de transformação social.

O SUS ainda é uma reforma social incompleta, além do que sua implantação é heterogênea, desigual, conforme características geopolíticas ou geo-culturais de cada região, nesse sentido, com certeza, a irregularidade com que vem interferindo de modo positivo sobre a vida cotidiana da maioria do povo tem contribuído para esse desinteresse. (CAMPOS, 2007 p. 302)

Tornou-se necessária a tentativa de construção de propostas com a intenção de recuperação do prestígio e/ou dos princípios constitucionais do Sistema. Para Campos (2007) as forças interessadas no avanço do SUS estão obrigadas a enfrentar estes obstáculos de gestão e de reorganização do modelo de atenção.

Este autor sugere algumas alternativas para garantir esse movimento de mudança: estimular a constituição de um movimento social em defesa do bem estar e de instituição de políticas de proteção social no Brasil; alterar a forma de gestão e distribuição dos repasses de recursos aos estados e municípios; mudança do modelo

³¹ As autoras analisaram os aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo (capital), Santos e Campinas.

de atenção realizado de maneira progressiva e concomitante em todo o país; criação de mecanismos organizacionais que torne clara e bem estabelecida à responsabilidade sanitária dos entes federados, dos serviços e das equipes de saúde; aceleração do ritmo de implantação e adequação da ESF com equipes de atenção primária que operem com três funções complementares (a clínica ampliada, a de saúde coletiva e o acolhimento); revisão do modelo de gestão empregado e o desenvolvimento científico e incorporação de tecnologia em saúde. (CAMPOS, 2007)

Em síntese: a defesa do SUS e o sucesso do SUS dependem da força com que a sociedade brasileira coloque a vida das pessoas acima de todas as racionalidades, e ainda compreenda que as políticas públicas podem se constituir em um meio poderoso para a efetiva defesa da vida (CAMPOS, 2007 p. 306).

Starfield aponta que os sistemas de saúde possuem duas metas principais: melhorar a saúde da população com conhecimento avançado das causas das enfermidades e manejo das doenças, e, minimizar as disparidades entre os subgrupos populacionais facilitando seu acesso aos serviços e alcançando um ótimo nível de saúde. (STARFIELD, 2002)

Em reconhecimento às iniquidades sociais e de saúde nos países, a OMS adotou um conjunto de princípios, contemplados na chamada “Carta de Lubliana”, que propõe como esses sistemas de saúde deveriam ser: valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; dirigidos à proteção e promoção da saúde; centrados nas pessoas permitindo sua autonomia dos cidadãos; focados na qualidade respeitando a relação custo-efetividade, com financiamento sustentável, cobertura universal e acesso equitativo e direcionado à atenção primária (STARFIELD, 2002; OPAS/OMS, 2005).

Portanto para que a atenção primária alcance seus objetivos, ela deve focar a qualidade de vida das pessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual.

Para Starfield (2002)

a atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou terceiro (p. 28).

Considerando as circunstâncias vigentes para o SUS, bem como os apontamentos dados à APS na América Latina, avalizados pela OMS (2008), é forçoso refletir sobre o planejamento em saúde e sua potencialidade como instrumento de efetividade dessas políticas públicas.

Onocko Campos (2000a) indica que “os métodos de planejamento têm sido apresentados como tecnologias potentes para articular mudanças no campo da saúde”.

Sendo assim, segundo a autora

analisar tecnologias de planejamento no interior do espaço de mediação requer recuperar as articulações e inter-relações que precisam acontecer para que uma mudança tenha lugar. O que preenche esse espaço? O que faz a ponte entre diretrizes políticas e práticas reformuladas? É isso que estamos chamando de mediação. E o planejamento, na qualidade de tecnologia, declara-se potente para tecê-la (ONOCKO CAMPOS, 2000a p. 1022).

Ainda para a autora, “nas instituições assistenciais de saúde essas questões encontram-se profundamente interligadas à mudança efetiva do modelo de atenção vigente” (Onocko Campos, 2000a p. 1022). Portanto há que se analisar o modo concreto como as práticas estão organizadas e sua interligação com a questão política. Salienta que “se o planejamento em saúde quer ser eficaz promovendo mudanças nos serviços, ele precisa, necessariamente, de uma interlocução com a clínica” (ONOCKO CAMPOS, 2000a p. 1023).

Entretanto, Campos (2002) alerta para o fato de que o trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo dependerá sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública, nesse caso haveria de se inventar modos de gerenciar que nem castrassem a iniciativa dos trabalhadores e nem deixassem as instituições a mercê das diversas corporações profissionais.

Dado o impasse, ressalta-se a colocação de Onocko Campos:

ponderamos que o planejamento (...) somente terá valor de uso se não perder sua capacidade instrumental. É campo metodológico que visa os meios como seu fim. Sua razão de existir é, e será, operacionalizar organizações e grupos para atingir fins; em razão disso, defendemos que é método dos meios por excelência (ONOCKO CAMPOS, 2000 p. 724).

É fundamental a manutenção do planejamento como um instrumento que vise operacionalizar as ações, incluindo a discussão e a (re) elaboração de diretrizes

dentro do processo que permita o confronto do plano com os fins da instituição a cada momento. A proposta é a utilização do planejamento como dispositivo, um espaço para a subjetividade aparecer. (ONOCKO CAMPOS, 2000a)

Espaço de mediação, espaço de devir dos processos, nos quais estaria escondido o segredo da eficácia das atividades (Testa, 1992) e a possibilidade de perceber que, por fortuna, o mundo ainda está cheio de segredos, de labirintos que esperam que nos internemos neles. (ONOCKO CAMPOS, 2000a p. 1029)

Dessa forma, há muitos desafios a serem superados, sendo que a gestão e o planejamento dessa vinculação entre a “Saúde Mental” e a “Estratégia Saúde da Família” são indispensáveis para uma implantação coerente dos serviços de saúde correlatos, onde política e clínica estejam intrinsecamente interligadas e postas nas práticas a serem ofertadas aos usuários, pois “o sujeito é sempre biológico, social e subjetivo. (...) é também histórico: as demandas mudam no tempo, pois há valores, desejos que são construídos socialmente e criam necessidades novas que aparecem como demandas”. (ONOCKO CAMPOS, 2001 p. 101).

2.2 Sobre as características da pesquisa

A priori, considero que esta pesquisa propôs uma determinada estratégia com o intuito de nortear o processo da organização e/ou das propostas adequadas à rede de assistência aos portadores de transtornos mentais.

Segundo Minayo (2006), esta modalidade de investigação,

orienta-se para problemas concretos, focais, que surgem na sociedade, ainda que não caibam, ao investigador, as soluções práticas para o problema que aponta. Ela tem a finalidade de lançar luz sobre determinados aspectos da realidade. Seus instrumentos são os mesmos com que a pesquisa básica atua, tanto em termos teóricos como metodológicos, mas sua finalidade é a ação governamental ou da sociedade. Essa modalidade seria a mais apropriada para conhecimento e a avaliação de problemas e políticas do setor Saúde (p. 50).

A proposta foi avançar no conhecimento do cotidiano institucional da SM na APS articulando e utilizando os conceitos da AI, ponderando quanto às práticas profissionais, instituições, implicações e as ações instituídas e instituintes percebidas no campo de pesquisa.

Para Paulon (2005), é assim que se constrói a possibilidade do pesquisador social contribuir efetivamente com os problemas de um coletivo pesquisado, ou seja,

sua capacidade de dispor de instrumentos teórico-metodológico em prol dos objetivos existentes no grupo sob qual sua ação vai-se debruçar.

Dessa forma, propus fazer uso das prerrogativas da pesquisa-intervenção no intuito de perceber o universo institucional que me dispus a pesquisar.

Vale ressaltar que ao adotar esta modalidade de pesquisa buscou-se, não uma metodologia com justificativas epistemológicas, e sim um dispositivo de intervenção no qual se afirme o ato político que toda investigação constitui.

Conforme afirma Paulon (2005):

enquanto a pesquisa-ação fundamenta-se na necessidade de que o agir seja planejado para que os sujeitos da pesquisa modifiquem o objeto de pesquisa, para que suas ferramentas teóricas surtam efeitos sobre o campo prático, no projeto político da pesquisa-intervenção o que temos é o reequacionamento da relação sujeito-objeto e o redirecionamento da relação teoria-prática. (p. 21)

Evidencia-se, com isso, que não se objetivou tão somente incluir o pesquisador no campo de suas observações, se não se aprofundar, também, as concepções de subjetividade e ciência com que se orientou a investigação.

Inspirado em Guattari (1987), podemos afirmar ter sido esta uma escolha ética crucial: ou objetivava-se, cientificizava-se a subjetividade, ou, ao contrário, tentar-se-ia apreendê-la em sua dimensão de criatividade processual.

É, ao afirmar esta escolha ética, que aquele sentido da ação antes visto como um planejamento conjunto de uma ação transformadora assume mais a conotação de uma intervenção voltada para a produção de acontecimentos. (...) o princípio norteador deste procedimento é o de que a aproximação com o campo inclui, sempre, a permanente análise do impacto que as cenas vividas/observadas têm sobre a história do pesquisador e sobre o poder que legitima o instituído, incluindo aí o próprio lugar de saber e estatuto de poder do “perito-pesquisador”. (PAULON, 2005 p. 21-23)

Dessa forma, foi necessário manter a organização das informações, buscando a variabilidade de possibilidades de percepção, bem como a potencialidade das ferramentas que nos informassem, esclarece e organizasse os elementos do objeto de pesquisa.

Baseado nesses pressupostos fez-se a escolha de um instrumento que pudesse apreender a vivência dos atores envolvidos no processo de consolidação do Serviço. O que nos levou à opção pelo chamado Diário Institucional (DI).

Para Hess (1988), a escrita, através do DI, é também uma forma de analisar a articulação de dimensões também diferentes, como as do nível individual, do inter-individual, do grupal, do organizacional e do institucional.

Por outro lado, segundo Pezzato (2009, p.80), Lourau sugere a elaboração do diário de pesquisa que “seria a narrativa do pesquisador em seu contexto histórico-social, um pesquisador implicado com e na pesquisa e que reflete sobre e com sua atividade de diarista”.

Para a autora, nas pesquisas de cunho qualitativo o diário pode estar vinculado a diferentes paradigmas e abordagens teórico-metodológicas e pode receber diversas adjetivações.

Esclarece, ainda, que

entendemos que o diário, na perspectiva da AI, é uma ferramenta de intervenção que tem o potencial de produzir um movimento de reflexão da própria prática, na medida em que o ato da escrita do vivido, no âmbito individual ou no coletivo, é o momento de reflexão sobre e com este vivido, revelando o não dito e pressupondo a não neutralidade do pesquisador no processo de pesquisar. (p. 82)

Nesse estudo, nossa intenção inicial foi instigar o exercício da reflexão de cada ator sobre suas atitudes no cotidiano profissional por intermédio da organização de um relato sobre si mesmo e sua *práxis*:

o escrito pode ser lido e relido e é, pois, objeto de uma autoreflexão, de uma autoanálise. Apesar de não ser o único método, este é privilegiado na medida em que o traço escrito pode circular no espaço e no tempo. Sendo este distanciamento, no espaço e no tempo, fundamentalmente formador. (HESS, 1988 p. 120).

Creio que através dos “olhares” dos próprios profissionais e dos ruídos percebidos na convivência grupal, foi possível avaliar a aproximação ou distanciamento dos objetivos concretos da estratégia investigada, bem como sua eficácia no atendimento das demandas dos usuários e/ou do Serviço.

Pezzato (2009, p. 82) alerta que, escrever um diário é “exercitar a linguagem escrita, expondo-se em suas fragilidades profissionais-sociais-culturais-políticas-libidinais, ou seja, analisando as diversas dimensões de sua implicação no exercício profissional”.

Neste tipo de estudo o mais importante do ponto de vista metodológico é a produção de dispositivos que possam interrogar o sujeito instituído no seu silêncio, abrindo-o para novos territórios de significação, e com isso, mais do que formatar um terreno de construção do sujeito epistêmico, aposta-se em processos que gerem ruídos no seu agir

cotidiano colocando-o sob análise. Aposta-se na construção de dispositivos auto-analíticos com que os indivíduos e os coletivos em ação possam operar e se auto-analisar. (MERHY, 2004a)

Para Pezzato (2009) a ferramenta proporciona reflexões num espaço protegido e em condições de produzir ecos nos serviços de saúde.

O certo é que o título dado por Lourau a um artigo seu sobre os diários de Malinowsky, nos esclarece a potencialidade dessa ferramenta: “Uma técnica de análise de implicações” ³². A contundência do método sugere um “refletir sobre o campo propriamente dito, sobre o que significa trabalhar em campo (...), um procedimento destinado a virar pelo avesso à metodologia tradicionalmente ensinada e sua epistemologia constituída, implícita ou proclamada” (LOURAU, 2004e p. 263).

Para Lourau (2004e)

o pesquisador também deve efetuar o caminho inverso ao do distanciamento: um passo adiante, um passo atrás. Deve obter o máximo de familiaridade com o campo de estudo. (...) Familiaridade tanto significa percepção passiva quanto construção ativa de relações de contiguidade entre o pesquisador e as coisas, as pessoas (pag. 264).

Nesse sentido o autor nos alerta em relação às condições necessárias na participação e observação do campo.

O observador, antes de “implicar-se” (no sentido de se comprometer mais, ou menos), está implicado no campo. Enquanto objeto de análise, é esta última implicação que torna indispensável à presença de um dispositivo de observação. Pois a análise a que nos referimos aqui seria pensável na ausência de um diário ou outro dispositivo equivalente?”(ibdem, pag. 266)

Lourau (2004e, p. 267) afirma que na apresentação dos dados onde cada um, para ser compreendido e interpretado, precisa de outros, “o aparecimento de um conjunto de dados, cuja manifestação global é postulada como explicativa, por si só, de tal ou qual dado já colhido ou a colher”.

Portanto, este método

tem aspecto mais abstrato que a caderneta, a câmara, os olhos, as orelhas, o nariz, a pele e a boca do observador, nem por isso deixa de ser uma peça do aparelho de

³² Trata-se da tradução de um capítulo do livro de René Lourau *Le journal de recherche. Matériaux d'une théorie de l'implication*. Paris, Méridiens Klincksieck, 1988, localizado na segunda parte do livro, denominado exatamente *L'implication et ses journaux secrets*, p. 33-54.

observação, por que o pesquisador, além de seu corpo e de seus instrumentos, não se pode furtar a utilizar também tudo o que lhe passa pela cabeça. (pag. 267)

Assim sendo, segundo o autor,

em Malinowsky, todavia, o diário de campo – possivelmente invadido pelo “quarto de quinquilharias” do diário íntimo e do diário de pesquisa – reencontra, na ligação entre diário íntimo e diário de pesquisa, uma instrumentalidade bem diferente da que se espera da caderneta de campo: observação de si mesmo, possibilitada pela observação de um mundo estrangeiro”. (LOURAU, 2004e p. 283).

Pezzato (2009) utilizou-se dessa ferramenta de forma bastante original, mantendo-se atenta às surpresas que se apresentavam no campo de pesquisa.

Salienta-se, portanto, a relevante importância da configuração dada pela autora a esse estudo, ofertando-nos mais uma possibilidade, na perspectiva da AI, de compreensão do cotidiano dos serviços de saúde. Sem dúvida a forma como esta investigação foi construída constituiu-se num norte seguro ao enfrentamento do desafio inicial que aceitamos em nossa pesquisa. Entretanto, é forçoso elucidar algumas diferenças na formatação dos diários utilizados.

A autora utilizou-se de “três diários em um”, sendo um designado DI (diário institucional), onde os sujeitos integrantes do grupo-pesquisador-profissionais expuseram suas implicações com a ação-intervenção no serviço aos quais pertenciam, um outro chamado de DM (diário de momento) onde foi relatado um conjunto de acontecimentos gerados durante a produção da pesquisa e singularizados nos encontros do grupo e o terceiro, denominado DP (diário de pesquisa da pesquisadora) contendo suas impressões dos encontros com o grupo, das visitas realizadas nas Unidades de Saúde, além de suas próprias implicações profissionais-sociais-culturais-políticas-libidinais (PEZZATO, 2009).

Em nosso caso, utilizamos dois tipos de diários; DP (diário individual do pesquisador) com as impressões, percepções, conclusões particulares, portanto, minhas implicações em todos seus níveis, desde antes de começar a investigação, e o DQ (diário institucional coletivo), apelidado de Dom Queixote, onde todos os sujeitos participantes do cotidiano da Unidade pesquisada, registravam, sempre que quisessem, os problemas da convivência profissional, as alegrias, tristezas e valores compartilhados em um mesmo cotidiano, sendo que todos tinham acesso a todas as informações, portanto o mesmo não só foi um diário escrito como configurou-se

numa conversa entre os profissionais, descrita e publicada, durante a pesquisa, sobre o dia-a-dia do serviço. A partir dos registros do DQ, tornaram-se bastante claras as implicações dos sujeitos, conforme será constatado adiante.

Outra diferença foi a forma como se deu a imersão do pesquisador no campo: em nossa investigação partilhávamos todos do mesmo espaço-cotidiano, sendo a troca de impressões entre os sujeitos mais constantes e intensas. Além disso, observou-se que os membros se utilizaram do diário para queixas/comentários/críticas à dinâmica do serviço. Sendo estas, aparentemente, endereçadas à coordenação do serviço ou ao próprio pesquisador. A partir disto ressaltam-se questões relevantes como: a) teriam eles a mesma postura se utilizássemos outra ferramenta? b) o fato de termos estabelecido a prerrogativa de não punição/retaliação, por estarmos numa pesquisa-intervenção, aos autores dos conteúdos registrados no DQ facilitou essa exposição? C) se forem verdadeiras essas suposições, qual seria importância/influência dessa estratégia nos serviços de saúde?

Por outro lado, Luciane Pezzato e seu grupo pesquisador tinham cotidianos diferentes, porém todos da mesma área – a Saúde Bucal – e pretendiam implementar uma nova forma de atendimento. (PEZZATO, 2009)

O fato é que estas particularidades trouxeram vantagens e desvantagens em ambos os estudos que, a meu ver, mereceriam um estudo a posteriori. Tanto em relação ao sujeito-pesquisador, como aos sujeitos-pesquisados, além das (re) construções do objeto/campo investigado.

Corroboramos com Pezzato (2009 p. 76), ao afirmar que o exercício da escrita de um diário tira o diarista do “plano de cena natural” do cotidiano, colocando-o em discussão e no plano da reflexão. Este exercício provoca uma desnaturalização de certas atitudes ou mesmo procedimentos, movimentando o já conhecido, percebido e mostrando outras possibilidades, quando se instaura a “implicação”.

Para a autora o diário é como “um analisador construído na situação de pesquisa, que reconstrói a história subjetiva de seu autor”. Por outro lado, a meu ver, também de todos os sujeitos submergidos no processo investigativo, desde que tenham acesso a ele.

2.2.1. Metodologia adotada

A investigação se propôs a interrogar a equipe profissional multidisciplinar envolvida no processo de implantação e institucionalização³³ do Serviço, mediante a utilização de técnicas de pesquisa qualitativa.

A análise das práticas cotidianas, relações interpessoais e “saberes” interpostos no ato clínico sugeriu capturar a dinâmica de construção dessa equipe de saúde mental e seus objetivos profissionais. Entendo que, dessa forma, foi possível compreender o Serviço no contexto em que foi criado, bem como suas potencialidades e limitações, pois, segundo Rossi et al. apud Minayo (2006), a ponderação de programas/propostas pode ser definida como

a utilização de metodologias de pesquisa social para investigar, de forma sistemática, a efetividade de programas de intervenção social que foi adaptada ao seu ambiente político e organizacional e planejada para conformação social, de maneira que contribua para a melhoria das condições sociais. (p. 23)

Em certo sentido, esse cotidiano institucional apresentou-se como palco e “personagem” a serem investigados onde os sujeitos/atores, nele inseridos, interferiram e foram influenciados, ora continentes, ora conteúdo, daquilo que se pretendeu analisar.

Durante esse processo utilizamos alguns conceitos da **Análise Institucional** (Lourau, 2004) tais como: a dinâmica entre as **ações instituídas** (mais formalizadas) e **instituintes** (mais inovadoras), a fim de revelar os tipos de resistência existente nos atores envolvidos; os **analisadores**, ou seja, de que forma certas atividades ou situações, ao serem desenvolvidas, revelaram aspectos que permaneciam ocultos ou latentes no Serviço, sobretudo aqueles relacionados às relações de poder e de hierarquia entre os vários sujeitos (L’Abbate, 2004; 2005); a **transversalidade**, ou seja, os vários pertencimentos ou vínculos institucionais dos atores membros da equipe que interferiram na sua forma de atuar e que, muitas vezes, impediram de construir e negociar sua autonomia, e, finalmente as **implicações** afetivas,

³³ Saliente-se que não entendemos implantação como sinônimo de institucionalização. Há nuances entre estes conceitos que merecem ser considerados. Um deles está no fato de que institucionalização envolve um processo dinâmico e contínuo, portanto diferente de implantação que nos remete a uma ação mais concreta de efetivação, por exemplo, de estabelecimentos, organizações, etc. Portanto a questão do tempo de projeto, para efeito de análise de resultado, tem mais influência no processo de implantação.

profissionais e político-ideológicas dos vários profissionais (Barbier, 1985), tanto na relação uns com os outros, como também em relação ao SMSMP.

2.2.2 Estratégia para organização das informações

O procedimento adotado foi o de apreender todos os dados possíveis que pudessem esclarecer a dinâmica do dia-a-dia de um serviço de saúde, tanto no sentido formal desse espaço, como na informalidade das relações dos atores nele presente. As angústias, realizações, frustrações, conceitos e valores que ora mais ora menos, porém sempre presentes, fizeram parte das decisões/attitudes tomadas durante essa convivência. A proposta foi levar os profissionais a sair do seu silêncio, criar ruídos e, ao mesmo tempo, perceber sua estratégia para manter-se “formalmente” cumprindo suas tarefas profissionais.

Para se perceber esse movimento e analisar as implicações desses atores-membros da equipe constituinte do Serviço, propôs-se a realização de relatos escritos sobre sua *práxis* e percepções pessoais dos procedimentos estabelecidos, a partir de um **Diário institucional coletivo (DQ)**. Além disso, e conforme modalidade de pesquisa escolhida, também foram colhidas as impressões/opiniões pessoais do pesquisador durante a investigação através de outro **Diário individual do pesquisador (DP)**, para posterior análise/controlar de sua própria implicação. (HESS, 1988).

O diário coletivo foi apelidado por um membro da equipe com o nome de Dom Queixote (DQ) em alusão ao personagem de Cervantes (Dom Quixote). Segundo ela, por ser ele um personagem *louco que vivia na idade média combatendo moinhos, tinha um companheiro (Sancho Pança) e era engraçado*.



Fig. 02: Dom Quixote e Sancho Pança

O DQ foi proposto e aceito desde o início da investigação. O caderno permaneceu sempre no serviço, à disposição da equipe e em local de fácil acesso a todos. Sua utilização foi livre e espontânea. No mesmo volume, o pesquisador relatou as reuniões do serviço e as impressões que quis publicar sobre a equipe e/ou sobre si mesmo na convivência com eles. O objetivo foi juntar todos os registros sobre esse cotidiano institucional e estabelecer um diálogo, via diário, entre os participantes. Ou seja, DQ registrou as queixas, percepções, comentários e/ou críticas compartilhando-as com todos os seus leitores mantendo-os constantemente numa conversa “franca” e pública sobre seu dia-a-dia.

Posteriormente o DQ foi digitado, transcrito por um membro da equipe e analisado por mim que destaquei os apontamentos relevantes sobre os temas mais recorrentes percebidos, a saber: aspectos relativos ao processo de trabalho e às dificuldades de relacionamento entre os profissionais, bem como as angústias ou alegrias pessoais, em geral “produzidas” no âmbito da convivência e realização das tarefas; descrição das reuniões, dos fóruns ou de atividades desenvolvidas por instituições externas ao serviço; comentários sobre alguns documentos considerados mais relevantes; comentários e “respostas” do pesquisador e da coordenação às demandas e/ou “queixas” da equipe³⁴.

Em relação ao meu diário individual, elaborado desde o início da investigação, cabe frisar o compartilhamento de seu conteúdo com a orientadora da pesquisa. Porém, enquanto relatei minhas impressões, críticas e desavenças mais íntimas,

³⁴ Para maiores detalhes sugiro leitura do apêndice “Relatório com os temas recorrentes no Dom Queixote”. (pag. 242)

procurei não ler os escritos e/ou analisá-los buscando uma organização de categorias. Esse procedimento deu-se somente seis meses após ter interrompido a escrita. A finalidade foi ter uma condição emocional mínima necessária para perceber e organizar seus conteúdos de forma efetiva.

Entretanto saliente-se as reuniões de orientação com a profa. Solange onde buscávamos constantemente uma primeira análise de minhas implicações, além da participação no grupo de pesquisa “Análise Institucional e Saúde Coletiva”³⁵ que, discutindo temas e/ou conteúdos relativos à AI, me permitiu lidar adequadamente com os rumos da pesquisa.

Ambos os diários tiveram uma duração média de 01 ano (ao longo de 2010).

Desde o início da pesquisa-intervenção estimulamos e abordamos os possíveis conflitos interpessoais como fatores construtivos e constitutivos das práticas diárias. Portanto a divergência de ideias e percepções sobre o cotidiano foi considerado como necessária e útil à sua consolidação.

Nesse sentido, propusemos um momento de troca vivencial sobre o dia-a-dia onde um debate específico poderia facilitar nossa apreensão dos resultados obtidos. Para tanto foi estabelecida, além das trocas através do diário, uma conversa coletiva entre os membros da equipe sobre o modelo de serviço implantado com a coordenação de uma pesquisadora-moderadora³⁶. Salienta-se que, anteriormente, os pesquisadores (autor da tese e moderadora) reuniram-se para discutir os objetivos e estratégias da pesquisa.

Na ocasião dessa conversa, antes do debate propriamente dito, foram apresentadas as principais conclusões do autor da tese sobre o diário coletivo (DQ), bem como os resultados parciais da investigação, a título de restituição para a equipe da pesquisa-intervenção realizada. Em seguida, propôs-se a discussão, sempre mediada pela pesquisadora-convidada, onde procurou-se perceber os principais atravessamentos na nossa prática profissional.

³⁵ Para maiores detalhes sugiro verificar

<http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/detalhegrupo.jsp?grupo=0079406NZ9GQ1B#identificacao>

³⁶ Profa. Luiza Cristina Mauad Ferreira é psicóloga com doutorado em Educação na área de concentração Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação pela UNICAMP (2011), e mestrado em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2003).

Ressalta-se que, assumi nesse instante a mesma posição/condição dos outros membros, portanto foram colocadas em análise, sob o olhar dessa moderadora, nossas implicações.

Este momento foi filmado e posteriormente assistido por mim que utilizei, também, dessas conclusões para a apreciação da dinâmica da equipe.

Entretanto, por conta tanto de alguns problemas técnicos³⁷, bem como da análise do resultado obtido torna-se necessário ressaltar que o Dom Queixote foi a ferramenta mais efetiva e analisadora desse cotidiano.

Portanto a conversa coletiva favoreceu e/ou facilitou um segundo “olhar” sobre a funcionalidade da equipe, estando o pesquisador restrito a condição de membro. Sendo isso também importante para análise das implicações.

Finalmente, foi realizada uma entrevista com um ACSM, por conta dessa função original, em relação a outros serviços correlatos, além de sua participação no cotidiano do serviço e/ou ações consideradas relevantes registradas no diário coletivo. Ao mesmo tempo, havia ocorrido sua falta involuntária na primeira conversa coletiva da equipe. Essa entrevista também foi realizada pela pesquisadora convidada, filmada por um observador e posteriormente assistida por mim.

Todo esse material empírico foi confrontado com os dados quantitativos e formais da produtividade do serviço, tentando perceber a evolução do serviço sob os dois aspectos (subjetivo e objetivo).

Em síntese, pode-se dizer que coube, nessa pesquisa, facilitar, identificar e examinar alguns analisadores, durante o processo de construção do serviço de Paraisópolis/MG com a finalidade de esclarecer a instituição “Saúde Mental” no contexto de um município de pequeno porte de forma que pudessem ser percebidos e analisados alguns atravessamentos que constituíram as práticas dos atores envolvidos no atendimento multiprofissional, inspirado na Atenção Primária, como dispositivo de organização da estratégia de assistência aos portadores de transtornos mentais.

³⁷ Durante essa conversa tivemos problemas com a gravação impossibilitando uma transcrição adequada. Porém cabe ressaltar que os vários encontros entre o autor da tese e a pesquisadora convidada possibilitaram várias reflexões/descobertas relevantes apresentadas nesse texto, principalmente no item “Analisando o espetáculo” (pag. 183).

2.2.3 Análise das informações

As informações, colhidas a partir das documentações oficiais, diários dos profissionais e da conversa coletiva, foram organizadas, digitadas, gravadas e/ou transcritas, assumindo a forma de relatos. A seguir, foram construídas categorias de análise que permitiram sínteses relativas a cada questão relevante ao processo de institucionalização, considerando os diferentes sujeitos/atores e utilizando-se dos conceitos anteriormente citados.

2.2.4 Os sujeitos

Os sujeitos participantes, conforme já mencionado, foram todos os profissionais que fizeram ou fazem parte da eSM do município de Paraisópolis//MG durante a pesquisa-intervenção encomendada pela gestão local. Portanto, cabe esclarecer que o grupo de profissionais que iniciou o processo foi modificado por conta da substituição de alguns. Todas as motivações para essas saídas foram espontâneas e baseadas em critérios pessoais dos membros e com nenhuma influência ou consequência da pesquisa em si.

2.2.5 Aspectos Éticos

A pesquisa não envolveu nenhum risco previsível aos participantes e/ou prejuízo na posição/condição destes no Serviço. Todos os atores cujas informações foram coletadas através do diário ou grupo focal tiveram sua identidade preservada, se assim optaram, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido³⁸. Foram citados somente (quando necessário) através de pseudônimos (devidamente autorizados pelos próprios personagens). Antes das filmagens todos aprovaram e autorizaram a utilização das imagens. Apenas participaram do estudo aqueles que consentiram voluntariamente após leitura e assinatura do Termo. O projeto está de acordo com as normas e diretrizes das resoluções 196/96 e 251/97a, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, SP, conforme parecer 789/2010.

³⁸ Anexo II (pag. 213)

Sobre os referenciais básicos para análise dos relatos

2.3.1 A inspiração para a concepção do social

Anterior à análise da ação dos sujeitos na presente pesquisa foi preciso buscar uma referência teórica para compreensão da sociedade e/ou das ações sociais. Essa inspiração foi encontrada em Max Weber (1864-1920), considerado com Karl Marx e Émile Durkheim, um dos fundadores das Ciências Sociais, e no caso de Weber, mais particularmente da Sociologia.

Weber entendia a Sociologia como

uma ciência que pretende compreender, interpretando-a, a ação social para dessa maneira explicá-la causalmente em seu desenvolvimento e efeitos. Por “ação” deve entender-se uma conduta humana (...) sempre que o sujeito ou os sujeitos da ação *atribuam* a ela um *sentido* subjetivo. A “ação social”, portanto, é uma ação na qual o sentido visado por seu sujeito ou sujeitos está referida à conduta de *outros*, orientando-se por esta em seu desenvolvimento. (WEBER, 1964, p. 5, aspas e itálico do autor) ³⁹.

Gabriel Cohn, um dos mais importantes estudiosos brasileiros da obra de Weber, afirma que tal definição implica no fato de que, para Weber, a análise sociológica não tem como objeto a sociedade ou outro conceito com referência coletiva, como Marx e Durkheim consideraram. O que ele, Weber sustenta é que “o *ponto de partida* da análise sociológica só pode ser dado pela ação dos indivíduos e que ela é “individualista” *quanto ao método*”. (COHN, 1991, p. 26, itálico e aspas do autor). Isto porque, Weber considerou que as ações sociais podiam ser de quatro diferentes tipos, de acordo com os diferentes significados que os sujeitos lhe atribuem: racional com relação a fins; racional com relação a valores; afetiva e tradicional. (WEBER, 1964, p. 20)

Mas é evidente que Weber não ignorava a ocorrência de fenômenos coletivos, o que pode ser demonstrado pelo seu conceito de relação social,

compreendida como uma conduta plural- de vários-, que pelo sentido que encerra, apresenta-se como reciprocamente *referida*, orientando-se por essa reciprocidade. A relação social *consiste*, pois, plena e exclusivamente, na *probabilidade* de que se atuará socialmente em uma forma (com sentido) indicado. (WEBER, 1964, p. 21, itálico do autor) ⁴⁰

³⁹ Texto em espanhol no original, traduzido pelo autor da tese.

⁴⁰ Idem nota anterior.

É no conjunto das relações sociais que se multiplicam de forma praticamente infinita na sociedade que a

análise sociológica opera com base no fato empiricamente constatável de que existem certas *regularidades* na ação social, ou seja, de que certos processos de ação repetem-se ao longo do tempo, tornando-se rotina e incorporando-se ao cotidiano de múltiplos agentes. (COHN, 1991, p. 29, *itálico do autor*).

A partir desses conceitos de ação social e de relação social, Weber pôde analisar, no âmbito do contexto histórico-social da época em que viveu, dois fenômenos coletivos da maior relevância: o capitalismo e as religiões.

Outra contribuição de grande significado da análise weberiana para este trabalho é a sua consideração de que ao escolher um objeto de estudo, o cientista considera a relevância deste, segundo seus próprios valores. Para Weber “não existe qualquer análise científica puramente “objetiva” da vida cultural” (WEBER, 1991, p. 87), o que quer dizer, em última análise que o conhecimento não é neutro, e as escolhas dos diversos objetos de estudo nas ciências sociais são sempre intencionais.⁴¹

Essas breves inserções na obra de Max Weber, encontram-se, de certa forma presentes nas obras dos autores, com os quais vamos dialogar mais diretamente, quando abordarmos os relatos dos diários dos sujeitos dessa pesquisa-intervenção, sobretudo do que foi escrito no Dom Queixote: Ervin Goffman e René Lourau. Embora filiados a teorias diversas, ambos levaram em conta, em suas análises, a ação dos sujeitos e o caráter subjetivo dessas ações: Goffman, com a sua Dramaturgia, considerou que, na vida cotidiana, os sujeitos atuam como se estivessem num “palco” e as ações de cada um sempre se referem às ações dos outros; Lourau, na Análise Institucional, levou sempre em conta as ações dos sujeitos, seja indiretamente naquilo que ele denominou de “análise de papel”, seja relacionando-se diretamente numa “situação presente” analisada mediante a socioanálise. Além disso, Lourau jamais admitiu a neutralidade da atividade científica, considerando, ao contrário, que todo estudioso encontra-se implicado com relação ao seu objeto de pesquisa, ao seu campo epistemológico, bem como à

⁴¹ No entanto, Weber não ignorava a necessidade das análises dos fenômenos sociais adquirirem um caráter mais sistemático e científico. Para tanto, ele criou o “*tipo ideal* como instrumento de orientação da realidade empírica.” (COHN, 1991, p. 29).

sociedade mais ampla da qual participa. A partir dessa premissa básica, desenvolveu o conceito de **implicação**, um dos mais relevantes para a Análise Institucional e para este trabalho como será visto posteriormente.

2.3.2 O alicerce teórico propriamente dito

Trata-se agora de explicitar mais detidamente as contribuições de René Lourau e Ervin Goffman, ressaltando que propor a utilização de alguns ideários de Goffman e Lourau tem o sentido de potencializar a ação do sujeito-pesquisador com alguns fundamentos que permitem lidar melhor com os rumos da investigação, fornecendo um apoio consistente para a compreensão mais clara do objeto/cenário de pesquisa, e para análise das informações apresentadas. Porém, salienta-se, que as singularidades de cada um desses autores, bem como os diferentes contextos nos quais produziram suas obras, foram também levados em conta.

Reconhecendo a importância das análises de Goffman, afirma Minayo (2006)

hoje há um renascer de estudos sócio antropológicos de pequenos grupos dentro de abordagens etnometodológicas, ocupando o espaço deixado pelo descrédito do positivismo e pelo escasso desenvolvimento heurístico das correntes marxistas, mais preocupadas com abordagens filosóficas ou macrossociais. Dentre os trabalhos de maior expressão a partir da abordagem etnometodológica cito os de Goffman (...) (p. 152).

Essa autora também aponta que as diferentes visões de mundo, presentes nas interpretações da realidade, refletem a dificuldade do pensamento de apreender e compreender o objeto “social” e, em consequência, a “saúde” em toda sua complexidade e articulações.

Constitui assim, um desafio motivador, a tentativa de olhar e analisar como se constroem as práticas/ações dos atores nos serviços de saúde no atendimento a nível primário dos seus usuários.

Segundo essa autora (2006)

os principais aspectos das abordagens compreensivas, sinteticamente, seriam: a) seu foco é a experiência vivencial e o reconhecimento de que as realidades humanas são complexas; b) o contato com as pessoas se realiza nos seus próprios contextos sociais; c) a relação entre investigador e os sujeitos investigados enfatiza o encontro intersubjetivo face-a-face e a empatia entre ambos; d) os resultados buscam explicitar a racionalidade dos contextos e a lógica interna dos diversos atores e grupos que estão sendo estudados; f) suas conclusões não são universalizáveis, embora a compreensão

de contextos peculiares permita inferências mais abrangentes que a análise das micro realidades e comparações (pg. 100).

Baseado nesses aspectos optamos, para este estudo, por associar uma corrente de pensamento que aprofundasse a análise dos fenômenos consequentes dos processos interpessoais. Sendo assim, utilizou-se uma obra de Goffman, **“Representação do Eu na Vida Cotidiana”**, para compreensão do cotidiano social da equipe.

Bourdieu (1982) ⁴² afirma que “a obra de Erving Goffman representa o produto mais bem-sucedido de uma das maneiras mais originais e raras de praticar a sociologia: aquela que consiste em olhar de perto e longamente a realidade social (...)”. (apud GASTALDO 2004, p. 01)

Apesar de este pensamento sociológico ter nascido há décadas, ainda hoje é legítimo sua utilização. Neste sentido alerta Nunes (2006 p. 287) que “a recuperação das principais perspectivas sociológicas é fundamental para se entender o processo de construção de um campo específico de sociologia – o da saúde – que não esteve inscrito nos primórdios da constituição da sociologia” (p. 287).

Em síntese podemos inferir que o campo social a ser pesquisado nesse estudo oferece fatores relevantes para facilitar sua compreensão através deste referencial teórico. Portanto, essa abordagem propicia não apenas um arcabouço conceitual ou teórico, mas também uma orientação metodológica para análise de situações, onde o sujeito humano concreto vive e percebe seus papéis sociais.

Essa dimensão social perpassa a análise de fenômenos micro-sociológicos tais como relações interpessoais, processo de interação em instituições concretas e de socialização em diversos grupos, rituais, cerimônias e representações de papéis. (GOULART & BREGUNCI, 1990)

Rodrigues Jr. (2005) afirma que para Goffman, os fenômenos sociais se manifestam nas relações entre indivíduos, em encontros sociais que representam, em sua essência interacional, as estruturas sociais, culturais e políticas da sociedade a qual os interlocutores pertencem. Já Goulart e Bregunci (1990) salientam que a

⁴² Publicado originalmente no jornal *Le Monde* de 04 de dezembro de 1982. (tradução: Luiz Eduardo Robinson Achutti)

abordagem de Goffman, essencialmente dramatúrgica, “se sustenta em densa teoria de papéis (...) privilegiando a dimensão do self no desempenho do indivíduo-ator”.

Considerando o exposto anteriormente, cabe salientar que ao propor-se esta associação – Lourau e Goffman – de pressupostos tem-se a oportunidade, de apreender um objeto de pesquisa “por dentro” de seu sistema constitutivo, ou seja, é oferecida ao pesquisador a oportunidade de, metodologicamente, avaliar suas impressões estando inserido no contexto analisado.

Enfim, optamos por utilizar alguns dos conceitos goffmanianos apresentados especificamente na obra anteriormente citada (GOFFMAN, 2007).

Já no seu prefácio, o autor ressalta a praticidade do conteúdo exposto:

No meu entender, este trabalho serve como uma espécie de manual que descreve detalhadamente uma perspectiva sociológica a partir da qual é possível estudar a vida social, principalmente aquela que é organizada dentro dos limites físicos de um prédio ou de uma fábrica. Descreverei uma série de aspectos que formam juntos, um quadro de referência aplicável a qualquer estabelecimento social concreto, seja ele doméstico industrial ou comercial. (GOFFMAN, 2007, p. 9)

A leitura goffmaniana do cotidiano enfatiza a força das situações sociais na origem e na manutenção de desempenhos dos sujeitos ativos. Assim, o indivíduo não só veria seu próprio comportamento, mas também focaliza-o, moldando imagens de si que seriam acessíveis aos outros (GOULART e BREGUNCI, 1990).

Goffman (2007) usa o termo “representação” para referir-se a toda atividade de um indivíduo que se passa num período caracterizado por sua presença contínua diante de um grupo particular de observadores e que tem sobre este alguma influência. Utilizando-se da terminologia teatral ele constrói sua teoria para explicar a interação interpessoal e os consequentes comportamentos de quem ele chamou de atores. Além de tratar dos fenômenos individuais, ou consequentes da inter-relação do sujeito com o outro ou os outros, também propõe enunciados esclarecedores para as ações das equipes.

Os companheiros de equipe, então, proporcionalmente à frequência com que agem como equipes e ao número de assuntos incluídos na proteção delineadora, tendem a ser ligados por direitos do que se poderia chamar de familiaridade. (GOFFMAN, 2007 p. 81)

Enfim, complementando nosso alicerce teórico necessário à organização da pesquisa, enfatizamos, as contribuições de René Lourau, responsável pela primeira sistematização teórico-metodológica da chamada Análise Institucional francesa,

como sendo imprescindíveis para a singular investigação do nosso objeto de estudo, por tratar-se da análise de uma pesquisa-intervenção onde as implicações dos atores devem ser colocadas em análise.

Enfatiza-se que nos fundamentos da Análise Institucional, é relevante o conceito de instituição que Lourau (1975, p. 8-11; 19-143) desenvolveu, a partir da dialética de Hegel e da abordagem da instituição imaginária da sociedade de Castoriadis, definindo os três momentos mediante os quais é possível conhecer o funcionamento de cada instituição: o momento da **universalidade**, pelo qual cada instituição é nomeada e se apresenta com seu maior grau de formalização e substrato ideológico, o momento da **particularidade** que exprime de forma dialética a negação do momento anterior e finalmente o momento da **singularidade**, resultado da tensão entre os dois momentos anteriores. (LOURAU, 1975, p. 10)

Portanto, aponta Lourau (2004a)

Primeiro, as instituições são normas. Mas elas incluem também a maneira como os indivíduos concordam, ou não, em participar dessas mesmas normas. As relações sociais reais, bem como as normas sociais, fazem parte do conceito de instituição. Seu conteúdo é formado pela articulação entre a ação histórica de indivíduos, grupos, coletividades, por um lado, e as normas sociais já existentes, por outro. Segundo, a instituição não é um nível de organização social (regras, leis) que atua a partir do exterior para regular a vida dos grupos ou as condutas dos indivíduos; atravessa todos os níveis dos conjuntos humanos e faz parte da estrutura simbólica do grupo, do indivíduo. (p. 71)

Assim sendo, e segundo L'Abbate (2005)

a análise institucional nasceu da articulação entre intervenção e pesquisa, entre teoria e prática. Tem por objetivo compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos seus sujeitos. Para tanto, utiliza-se de um método constituído de um conjunto articulado de conceitos (...) tendo como base um conceito dialético de instituição. (p. 237)

Por outro lado, Lourau (1975, p. 142) pontua ser este conceito problemático “na medida em que a instituição não se apresenta quase nunca imediatamente à observação ou ao estudo indutivo (...) envia falsas mensagens em linguagem clara por ideologia e verdadeiras mensagens em código por seu tipo de organização”.

Tendo em vista estas considerações de Lourau, acredito que a utilização dos diários, nos quais os sujeitos-profissionais de saúde puderam se expressar da forma mais livre possível, permitiu que a instituição “*serviço de saúde mental de Paraisópolis*” revelasse dimensões que, provavelmente, permaneceriam ocultas e/ou

camufladas, caso a investigação se baseasse em estratégias mais “tradicionais” da pesquisa qualitativa.

Deste modo, nos mais diversos processos de institucionalização que ocorreram no serviço em análise, revelou-se algo que estaria oculto pelo chamado *efeito Weber*, criado por Lourau⁴³ exatamente para indicar que a gênese das normas instituídas não aparece de forma clara, mas, ao contrário, permanece opacificada durante o processo, no qual tais normas se transformam em práticas institucionais.

O conceito de **implicação**, também desenvolvido por Lourau, conforme já indicado acima, foi também fundamental para que todos os sujeitos participantes dessa pesquisa-intervenção pudessem revelar e analisar as dimensões afetivas, ideológicas e profissionais presentes em todas as suas ações e relações, fossem elas voltadas para os usuários, para os colegas de equipe, fossem enfim relacionadas à própria instituição “*serviço de saúde mental de Paraisópolis*”, e à organização direção municipal de saúde.

Finalizando, é possível concluir que utilizar certas contribuições de Lourau e Goffman, inspiradas em alguns referenciais da sociologia compreensiva de Max Weber, tornou possível a construção de critérios e premissas que visaram orientar os rumos dessa investigação, como poderá ser constatado no que vem a seguir.

2.4 Sobre a Análise Institucional

Ponderar sobre a AI e suas contribuições significa “construir um enfoque singular quanto ao institucionalismo francês, visando a fortalecer seus efeitos libertários no âmbito das práticas *psi*, especialmente na área de saúde mental” (RODRIGUES, 2004, p. 117).

A autora, em sua produção acadêmica, nos brinda com uma efetiva historicização da AI, e de forma quase arqueológica esclarece os fatos, os problemas, os sujeitos e campos disciplinares para a caracterização dessa abordagem.

⁴³ Lourau considerava que “o efeito não é uma lei sociológica, mas a formalização de um fenômeno recorrente que se reproduz em certas condições. Uma vez estabelecidas essas “constâncias” sociais, seu conhecimento pode guiar análise em curso ou futuras” (HESS & SAVOYE 1993, p.72).

Apesar de não termos o objetivo de descrever esse percurso, cabe salientar o valor e a indispensável necessidade de leitura dessa constelação de escritos (Rodrigues, 1994, 2000, 2000a, 2004 e outros), se quisermos um adequado cumprimento dessa tarefa.

Por exemplo, elucida a autora (2004)

Em 1969, Lourau defendera sua tese de estado, intitulada *A Análise Institucional*. O trabalho se divide em duas partes: a primeira percorre a história das teorias da instituição (na filosofia do direito, no marxismo e na sociologia), concluindo pelo caráter polissêmico, equívoco e problemático do conceito; a segunda avalia diferentes formas de intervenção (psicanalítica, psicossociológica e pedagógica), nas quais tal caráter é examinado *em situação*. A obra se encerra com uma exposição da *socioanálise*, método em vias de elaboração. (pag. 134) (itálicos da autora)

Por outro lado não há como refletir sobre a socioanálise sem a contribuição de Lapassade. Nesse sentido, Rodrigues (2004), também explica

Em 1971 Lourau e Lapassade publicam, em coautoria, *Chaves da Sociologia*. Aí, diferenciam cuidadosamente a intervenção socalítica da psicossociologia da organizacional, singularizando-a mediante algumas operações – chaves: análise da encomenda e da demanda; autogestão pelo coletivo-cliente; regra do tudo-dizer ou livre expressão; elucidação das transversalidades; elaboração da contratransferência institucional; elucidação ou elaboração dos analisadores. (pag. 137) (itálicos da autora)

O fato é que a reconstituição histórica empreendida por Heliana de Barros Conde Rodrigues nessa produção facilita a compreensão da dinâmica do universo dos estudos institucionalistas que produzem escritos, altera conceituações, modifica modos de intervenção, constroem dispositivos, instaura aproximações e/ou afastamentos entre as práticas e os saberes.

Cabe, então, lembrar que Guattari (1987) criou o termo Análise Institucional “para nomear uma tendência e prática que se tornou movimento na década de 1960, na França” (p. 68). Portanto AI não tem um sentido único, englobando uma vasta produção teórico-prática.

Segundo L’ Abbate (2004)

O contexto desta produção é, de um lado, a crise mais ampla de ordem político-ideológica e científico-intelectual pela qual passava, à época, a sociedade francesa, crise na qual se inseria também o questionamento do funcionamento interno de várias organizações, e a busca de modos de atuação que visassem transformá-las. (p.06)

Assim sendo, para essa autora, pontua-se que

a **Análise Institucional** tem por finalidade compreender a realidade social a partir das ações e discursos de seus sujeitos. O método utilizado consiste num conjunto articulado

de conceitos, dentre os quais os mais relevantes são os de instituição, transversalidade, analisador, encomenda/demanda e o de implicação (...) e, denomina-se “**intervenção**”, quando a direção de um grupo ou organização, devido à existência de questionamentos e dificuldades, encomenda a um analista uma atuação direta. Costuma-se falar então em **socioanálise**. (L’ABBATE, 2004 p. 06) (grifos da autora)

No Brasil, surgida nos anos 1970, segundo a autora, há uma composição de conceitos com a esquizoanálise, de características mais fragmentárias e nômades (Rodrigues, 1994), incorporando “os conceitos de modos de subjetivação (Guattari, 1992) e singularidade (Deleuze, 1988), sobretudo quando se trata de trabalhos de grupos, e se quer pensar na dimensão do sujeito.” (L’ABBATE, 2004 p. 06).

Em suma, alerta L’Abbate (2005)

buscar as origens e significados da expressão Análise Institucional é algo de grande complexidade, dado a variedade de movimentos, teorias e diversidade de autores que contribuíram para a formulação de suas várias abordagens (Barbier, 1985), razão pela qual, Heliana de Barros Conde Rodrigues prefere denominar esse grande e intrincado cipoal de institucionalismo francês. (p. 237)

Portanto, também como uma das finalidades dessa pesquisa, onde buscamos uma melhor compreensão “de uma determinada realidade social e organizacional a partir dos discursos e práticas dos seus sujeitos”, utilizamos do método constitutivo com um conjunto articulado desses conceitos, citados anteriormente por L’Abbate (2004).

Colocado assim esse método em questão, havendo uma proposta de pesquisa-intervenção, é forçoso discutir a relação entre campo de análise e campo de intervenção. L’Abbate (2005) aponta considerar essa relação um ponto de partida, a partir de uma colocação de Lourau, para a atitude do pesquisador.

Boa parte do sistema de referência ou quadro teórico deve ser potencializada, pois todo praticante de intervenção – não importa qual seja seu paradigma – sabe que nem as técnicas mais etnometodológicas de observação, nem a atitude de escuta mais empática nem as representações que pouco a pouco fazemos da situação, levando-a a entrar no molde de nossos conceitos, são tão operatórios quanto o humilde material colhido na negociação permanente, e com frequência muito terra-a-terra, entre interventores e clientes (LOURAU, 2004, p. 218 apud L’ABBATE, 2005 p. 241-2).

Para essa autora, numa atividade de pesquisa-intervenção, as implicações, sempre presentes em suas várias dimensões, devem ser, o mais possível postas coletivamente em análise, sendo que somos obrigados, ao final, a nos interrogar sobre a relação sujeito-objeto.

Portanto, “os vários conceitos da socioanálise que devem ser cuidadosamente e criteriosamente trabalhados em todo processo de pesquisa de uma intervenção, funcionam, em um campo de análise, como referências cintilantes” (L’Abbate, 2005 p. 242), sendo necessário, metaforicamente, buscar um olhar através de uma janela veneziana, pois

em todo trabalho de intervenção o analista tem de lidar sempre com o não saber em relação ao grupo, que jamais se revela inteiramente, em relação a si mesmo, pois suas implicações, quase sempre plenas de elementos transferências e contra-transferenciais, de natureza inconsciente, muitas vezes dificultam a visão clara do que se passa. (L’ABBATE, 2005 p. 242)

Em síntese, e segundo L’ Abbate (2005), “a pesquisa-intervenção no caso da Análise Institucional é, sem nenhuma dúvida, de natureza qualitativa, tanto em relação ao seu objeto, quanto aos seus métodos de abordagem” (p. 242).

Nesse caso, por estar interessado em abordagens da micropolítica, procurando colocar em análise as práticas de um cotidiano, corroboramos com Passos e Barros (2000) ao afirmar que a pesquisa-intervenção busca

interrogar os diversos sentidos cristalizados nas instituições. Trata-se de produzir evidências que demonstrem o jogo de interesses e de poder encontrados no campo de investigação. Sua metodologia está baseada, portanto, numa argüição que possibilita desmanchar os territórios constituídos e convoca a criação de outras instituições. É claro que a própria noção de instituição é modificada, já que, ao não ser identificada à de estabelecimento, remete ao processo de produção constante de modos de legitimação das práticas sociais. (p. 73).

Concluindo, portanto, também um dos nossos propósitos no campo de pesquisa foi “ampliar o coeficiente de transversalidade que implica na potencialização de espaços de diálogo e discussão” (Pezzato, 2009 p.66) entre os atores inseridos no cotidiano pesquisado.

2.5 Sobre a prática clínica adequada ao atendimento às demandas dos usuários

O presente estudo também procurou resgatar o processo de construção de uma equipe cuja prática clínica fosse competente e constituísse uma atuação qualificada em relação aos usuários portadores de transtornos mentais, proporcionando um acolhimento adequado de suas demandas.

Se considerarmos que estes usuários, em alguma proporção, sempre estiveram carentes e/ou vivenciando algum grau de sofrimento psíquico, é cabível/possível concluir que o objetivo primordial desses profissionais deveria ser o de ofertar prática clínica a estes sujeitos necessitados. Mas o que seria uma prática clínica adequada e eficaz?

Campos (2003 p. 54), ao propor uma reforma na clínica moderna, afirma que essa “deve assentar-se sobre um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o Sujeito concreto, no caso, um Sujeito portador de alguma enfermidade”.

Aponta-se que nesse caso, “estamos chamando, aqui, de clínica às práticas não somente médicas, mas de todas as profissões que lidam no dia-a-dia com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária” (Onocko Campos 2001, p. 3). Ou seja, todas as ações de uma equipe-assistente que tenham esse objetivo. Por outro lado, “quando mencionamos Clínica, referimo-nos a uma prática social concreta, exercida nas organizações, sejam de âmbito público ou privado” (LEITÃO, 2000, p. 145).

O fato é que analisar o conceito de “clínica ampliada” (Campos, 1997) pode direcionar, a partir de sua discussão, as práticas desses profissionais no sentido de sair da lógica do controle e colaborar para a transformação social. “Esta é uma necessidade da Reforma Psiquiátrica, dos serviços, da formação dos profissionais de Saúde Mental e da população” (GOMES PINTO, 2007 p. 199).

É inegável que nos últimos anos tivemos mudanças no modelo de assistência em saúde mental no Brasil. O Estado vem apostando sistematicamente na proposta comunitária de atendimento e, portanto, dando ênfase aos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e questionando a longa exclusão social como saída terapêutica aos portadores de transtorno mental.

Com isso, abriu-se campo para as mais diversas práticas em Saúde Mental, bem como para distintas correntes teóricas que pretendem colaborar para as mudanças em curso; mudanças de concepção a respeito do chamado sofrimento mental, mudança nas práticas, mudanças culturais (...), mudança no financiamento das ações do SUS. (...) Esta abertura de possibilidades provoca a necessidade de termos mais clareza a respeito dos instrumentos com os quais podemos operar. (GOMES PINTO, 2007 p. 200)

No cotidiano dos serviços torna-se necessário uma constante reflexão quanto à possibilidade de estarmos realmente transformando, ao invés de modernizando o controle. E, nesse sentido, as ações precisam estar postuladas com este fim.

Para isso, profissionais, usuários, aparelho formador, o conjunto da sociedade, enfim, precisa abordar o tema controle/transformação no sentido de que as práticas em Saúde Mental sejam aquelas de interesse da população e trabalhem para sua autonomia e libertação (GOMES PINTO p. 200).

Nesse sentido, Luzio e L'Abbate (2009) nos alertam afirmando que

também constituiria obstáculo para a reforma psiquiátrica à hipótese de os serviços, ao retomarem e estimularem as práticas identificadas com tratamento moral, não conseguirem produzir novas práticas para propiciar ao usuário o acesso a bens, à cultura, à educação, ao trabalho, à convivência, à história, enfim, ao direito de ser sujeito e cidadão. (p. 115)

Saliente-se que, na rede de serviços, ainda se observa uma predominância do poder médico, centralizando as ações, além da forte inserção das indústrias farmacêuticas na sociedade divulgando a ilusão das maravilhas dos medicamentos de ação no sistema nervoso. É visível a tendência à medicalização do sofrimento nos serviços de saúde, “quando se tem como objetivo apenas a diminuição da internação psiquiátrica, sem qualquer investimento na formação permanente das equipes dos serviços, comprometida com os pressupostos da atenção psicossocial” (Luzio e L'Abbate, 2009 p. 115), o que ajudaria a manter as relações de poder nas práticas, cujo combate reducionista dos sintomas, às vezes, nos coloca na era pré-freudiana, ou nos remete às ponderações de Michel Foucault (1963) quanto ao nascimento da clínica.

Sendo assim, segundo Gomes Pinto (2007)

os Ambulatórios em transformação, os Caps e a Saúde Mental na Atenção Básica estão numa posição instigante: ao mesmo tempo em que correm o risco de se tornarem postos avançados para o controle modernizado das populações, são dispositivos que, exatamente por esta posição, têm maior potencial, para desenvolver práticas transformadoras que incitem à mudança nas concepções que vigoram na sociedade, a respeito da loucura (p. 201).

Nesse contexto desafiador temos que (re) dimensionar a prática clínica sobre aquele usuário que ao procurar o serviço possa ser portador de uma doença e/ou sofrimento mental.

Amarante (1996) aponta uma pista ao dizer que “se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico e clínico”. Então é o doente, a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma, a ênfase não é mais colocada no “processo de cura”, mas no processo de “invenção da saúde” e de “reprodução social do paciente”.

Nessa direção, Campos (2003) sugere que a ação clínica seja centrada no Sujeito, no entanto, este “Sujeito seria um Sujeito concreto, não somente marcado por biografia singular, mas também seu corpo e sua dinâmica corporal estariam marcados por uma singularidade: algum tipo de enfermidade ou de deficiência relativa à maioria dos circundantes em um dado contexto social específico” (CAMPOS, 2003 p. 2).

Inspirado em Amarante (1996), Campos (2003) faz um alerta ao afirmar que

por a doença entre parênteses, sim, mas apenas para permitir a reentrada em cena do paciente, do sujeito enfermo, mas em seguida, agora, em homenagem a Basaglia, sem descartar o doente e o seu contexto, voltar a olhar também para a doença do doente concreto. Senão quais especificidades teriam os serviços ou os profissionais de saúde?”(CAMPOS, 2003 p. 3)

Onocko Campos (2001) também analisou algumas dificuldades no Movimento Sanitário brasileiro discutindo as modelagens clínicas nos serviços de saúde, mas especificamente em relação à área da Saúde Mental.

A autora diz que a clínica moderna se constitui sobre bases anatomopatológicas desde sua origem, portanto estrutura-se como um certo “olhar”, sendo que mesmo com as pontuações de Freud, trazendo a escuta à cena clínica, este olhar que examina encontra-se descolado dessa escuta. “Portanto criam-se *settings* diferentes para escutar e para ver. O doente é também, e nesse mesmo movimento, cindido nas suas dimensões subjetivas e biológicas” (ONOCKO CAMPOS, 2001 p. 3).

Ainda alerta para o fato de que a chamada medicina social não conseguiu desenvolver uma proposta clínica. “A dimensão social continua cindida, pois agora se pode olhar e até escutar as comunidades, mas elas não se encarnam em doentes concretos” (ONOCKO CAMPOS, 2001 p. 3).

Além disso, apesar de o Planejamento em Saúde, em seu processo de constituição disciplinar no interior da Saúde Coletiva Brasileira, manter-se afastado das questões clínicas, Onocko Campos (2001) sugere que

quem quer contribuir para planejar mudanças em serviços de saúde deve dispor de um certo leque de modelos clínicos, e isto é uma questão de eficácia. Se o Planejamento em Saúde quer ser eficaz promovendo mudanças nos serviços, ele precisa, necessariamente, de uma interlocução com a clínica. (p.3)

Com essas considerações sobre a clínica, e pensando numa reflexão sobre sua eficácia, cabe descrever e valorizar as categorias propostas por Campos (1997): **clínica degradada** (queixa- conduta, não avalia riscos, trata sintomas, é comum nos pronto- atendimentos e produz muitos procedimentos, sem questionar muito a eficácia); **clínica tradicional/oficial** (trata das doenças enquanto ontologia, baseada na sua história natural, focada em curar, com desvalorização da prevenção e da reabilitação, o sujeito é reduzido á doença ou ao órgão doente) e **clínica ampliada** (a doença nunca ocupa todo o lugar do sujeito, este é biológico, social e subjetivo, mas é também histórico, portanto com mudança de demandas, avalia riscos epidemiológicos, sociais e subjetivos).

Onocko Campos (2001) baseando-se na sua experiência com supervisão institucional, sobretudo junto aos CAPS da Secretaria de Saúde do Município de Campinas questiona:

temos a impressão de que a doença não foi colocada entre parêntesis, para recolocar o foco no doente, a doença foi negada, negligenciada, oculta por trás dos véus de um discurso que, às vezes, e lamentavelmente, transformou-se em ideológico. (...) é possível reconhecer no discurso de alguns membros da comunidade antimanicomial certa idealização da loucura, negação das dificuldades e materiais do que significa viver como portador de sofrimento psíquico (ONOCKO CAMPOS, 2001 p. 6).

A autora também critica a psiquiatria organicista que continua a sustentar teses bizarras com visões reducionistas dos processos de adoecer e os tratamentos característicos que repetem o asilo fora dele; além de alguns psicanalistas que pretendem transformar todo o serviço de saúde em uma reprodução do consultório particular, “como se o salto entre o público e o privado pudesse ser dado sem conseqüências” (ONOCKO CAMPOS, 2001 p.7).

Conclui-se que não basta colocar a doença entre parêntesis e trazer para o centro do foco o usuário dissociado, se “o serviço contribui para dissociar ainda mais. Remédio é com psiquiatra. Escuta é com psicólogo. Trabalho é com a terapeuta-ocupacional. Intercorrência clínica, outra: não é conosco. Surto? Vai ter que internar.” (ONOCKO CAMPOS, 2001 p. 8).

Dessa forma, o desafio posto aos trabalhadores de saúde seria o de potencializar a prática em direção à clínica ampliada, buscando a postura que minimize a tendência à clínica oficial/tradicional e à clínica degradada.

Em tese, é preciso valorizar a busca constante pela prática clínica competente, sendo que nesse sentido é fundamental não esquecermos que “competência” abrange três atributos indispensáveis na sua constituição – conhecimento, experiência e atitude.

Não há como instituir-se uma prática competente sem o conhecimento teórico do que se aborda, bem como a experiência da (con) vivência na situação e a atitude empática diante do outro. Nesse caso, é preciso refletir sobre a real intenção de intervenção inerente nas práticas clínicas dos profissionais nos serviços. Sendo fundamental o bom senso em não exagerarmos na pressuposição de que, por termos o conhecimento técnico e, sob o manto do saber científico, temos sempre a melhor opção e/ou saída para a demanda apresentada pelo usuário.

Santos (2004) faz um alerta quanto à tendência à utilização do conhecimento de forma inadequada, onde a arrogância científica pode causar consequências nefastas de uma ação imprudente.

É óbvio que não há nenhuma intenção em desqualificar o conhecimento científico, entretanto “defendemos o conhecimento científico na medida (e apenas na medida) em que ele se volte para uma vida decente” (Mattos, 2008 p. 122) e para tanto é preciso que esteja pautado na prudência e na responsabilidade, além de não desvalorizar e/ou silenciar outros conhecimentos.

Leitão (2000, p. 145) aponta que “a instituição clínica – que não é mera organização – desta forma se faz presente, percorrendo vários âmbitos. Através dos registros, idéias, imagens que detemos, captamos, emitimos e construímos, vamos compondo e anunciando essa instituição”.

A prática clínica gera, inevitavelmente, uma intersubjetividade no encontro de sujeitos que se formam ou se transformam no ato em si. “O acontecimento prática-clínica concreta tem, portanto, diversos rostos (...) é mutante e também surge de maneiras diversas” (LEITÃO, 2000 p. 146).

Ainda segundo Leitão (2000)

não há espontaneidade nisso, mas uma múltipla produção que concorre para algo ser de um jeito e não de outro. Referimo-nos a multiplicidade dos agenciamentos da subjetivação, fabricada no registro do social e vivida por cada um de nós. Até quando dizemos “eu”, o que supostamente remeteria a um centro, estamos co-produzindo subjetividade, veiculando produções de saberes, acontecimentos e idéias que nos afetam e se tornam componentes de nossos discursos e atitudes. (p. 146)

A autora aponta para o fato de que “viver a subjetividade como centrada neste “eu”, remete a uma relação submetida. Porém, a subjetividade pode também ser vivida pela via de uma relação produtiva reapropriadora dos seus componentes, onde a criação produz singularidades” (p. 146).

Afirma-se, portanto, que o trabalhador da saúde deve buscar a atitude dialógica no seu cotidiano. Além do que a experiência da negociação é um dispositivo indispensável na busca pela eficácia de sua ação/prática.

No campo específico da Reforma Psiquiátrica, além desses desafios já postos, ainda é necessário lidar com o processo intenso de mudanças de dispositivos e propostas de intervenção.

Rotelli (2001) afirma que

desta forma, nas últimas décadas, vem sendo delineada no Brasil uma transformação da assistência em saúde mental, a partir da implantação dos novos dispositivos de atenção psicossocial. Essa transformação reflete uma tentativa de ruptura com o paradigma psiquiátrico hegemônico – no qual a doença era compreendida como objeto da intervenção – buscando um olhar que contemple o cuidado com o sujeito em sua existência-sofrimento. (p. 29).

Nesse contexto, o cotidiano coletivo comumente costuma ser favorecedor de fatores estressantes tanto ao usuário como ao profissional. Onde, apesar do conhecimento prudente, da (con) vivência empática e atitude dialógica, é comum a construção de vínculos nem sempre facilitadores de uma prática clínica adequada. Por quê?

Sugere-se a reflexão a partir da pontuação/colocação de Leitão (2000)

Podemos considerar que a produção de subjetividade inclui mecanismos sejam “inconscientes” ou não, advindos das relações de poder, dos agenciamentos coletivos, totalizantes ou singularizadores que percorrem com fluidez e repetidas vezes o espaço social. (p. 146)

Então, para esse estudo foi necessário analisar a prática clínica nessa perspectiva de apreendermos a subjetividade inerente ao processo, os

atravessamentos constituintes nas decisões e o próprio processo de singularização do acontecimento clínico.

Leitão (2000) sugere que para essa análise dever-se-ia interrogar

O que reconhecemos por Clínica e prática clínica? Como esta instituição está sendo veiculada? Quais os mecanismos de controle e organização social que estão presentes em esta ou aquela situação? O que efetivamente se constitui no ato clínico? Quais os aspectos transformadores e opressores? (p. 146)

Ou seja, torna-se necessário ampliar o índice de transversalidade desse cotidiano.

Sendo assim, Leitão (2000) reforça

além ou além das propostas teóricas, cabe indagar o modo como se instrumentam no cotidiano, ou seja, o seu funcionamento, o que inclui certamente os seus agentes: analistas, formadores, teóricos, divulgadores, clientes... Aprender, para reproduzir o exercício clínico, tem sido uma prática corrente predominante. Interrogá-lo, enquanto produção social é uma perspectiva política a incluir-se no cotidiano das práticas. Do ponto de vista da Análise Institucional as produções sociais se constituem historicamente em muitas instituições: a instituição da formação, a instituição da Clínica e tantas outras, agenciadas através das relações, grupos, estabelecimentos. É necessário, então, construir analisadores que coloquem as instituições em cena. (p. 147)

Portanto, “o olhar clínico que ignora mecanismos, engendramentos e agenciamentos das produções sociais, colidem, a nosso ver, com uma perspectiva ecológica⁴⁴” (LEITÃO, 2000 p. 148).

É óbvio, entretanto, que a “prática clínica, associada a esta perspectiva ecológica, onde a expansão dos corpos, a vontade de potência e o direito a vida tem prioridade, há que se defrontar com dificuldades”. Mas, também é fato que “quanto maior o índice de transversalidade, a possibilidade de reconhecer fluxos e atravessamentos institucionais bem como de instaurar novas opções, maior des-hierarquização. Pela via da disjunção, fica possibilitada o emergir das diferenças”. (LEITÃO, 2000 p. 149).

Há uma evidente opção e proposta ética aqui anunciada, e mesmo havendo o risco do mero discurso, é necessário fazê-la para que se evidenciem diferenças.

⁴⁴ A ecologia, em sua concepção clássica, trata do meio ambiente, das relações entre seres vivos, com o meio e recíprocas influências. Preocupamo-nos com a fauna, a flora, os rios, a camada de ozônio. Um homem que abate o filhote de jacaré afeta os jacarés, mas também o ecossistema. O próprio gesto de abater, com fins lucrativos, conecta-se com a sensibilidade, o respeito, o prazer e o desprazer, a vida. Podem estar presentes, em um único gesto, o individualismo, a exclusão do coletivo e o destrutivo, afetando os demais homens. Afetando a natureza. (LEITÃO, 2000 p. 148)

“Estas serão constatadas, de fato, ao se examinar a inclusão dos princípios nas práticas”.

Desse modo, conforme a proposta de Leitão (2000, p. 156), “há urgência na realização de práticas clínicas solidárias, implicadas com a desnaturalização do que quer que seja coercitivo e opressor. Para tal, faz-se necessário tentar colocar na cena política o cotidiano das práticas... e suas políticas”.

Assimiladas essas prerrogativas anteriores entendo ser necessária uma prática clínica, com potencialidade de conhecimentos prudentes, que inclua a (con) vivência/experiência onde se respeite a possibilidade de negociação e a busca cotidiana de atitudes adequadas e mais conscientes quanto à complexidade das demandas dos usuários e seus familiares.

2.6 Sobre o modelo de Atenção Psicossocial

Segundo Luzio (2010), a Atenção Psicossocial, no campo teórico-conceitual, enfrenta alguns desafios para construir um novo modelo para a SM: desconstruir o saber psiquiátrico centrado na psicopatologia⁴⁵ e também construir e inventar novos saberes-práticas sobre a loucura e sofrimento psíquico.

Esta mudança propõe um novo modo de se entender o fenômeno da loucura. Assim sendo, para a autora

o sofrimento psíquico, como experiência humana, concretamente constituída, enuncia uma diferença radical em relação aos modos convencionais, principalmente por tomá-la como fenômeno complexo e situá-la na realidade social ampla, subsumida como lugar onde se produzem conflitos e contradições constitutivos tanto do sujeito como da situação particular em que ele está inserido. (...) não é considerado um mero estado interno e ontológico ao indivíduo, mas sim histórica e socialmente determinado, uma decorrência de práticas sociais que conduzem esse indivíduo a um estado de “não adaptação”, de perdas de sentido, a confusões, descentramentos, sentimento de impotência e vazio. (pag. 47)

Além disso, é fundamental “a elaboração de procedimentos clínicos mais eficientes” onde o “usuário é percebido como sujeito implicado em seu sofrimento”,

⁴⁵ Cabe pontuar aqui nossa discordância conceitual em relação à psicopatologia referida pela autora. Pois entendo, por exemplo, que os pressupostos teóricos de Karl Jaspers são convergentes com o proposto pela mesma para a prática psiquiátrica. Por outro lado, e infelizmente, cabe também admitir que o modelo hegemônico de atendimento psiquiátrico atual, baseado em outros pressupostos, favorece as críticas feitas por ela. Para maiores detalhes da proposta de Jaspers para prática clínica sugiro leitura do apêndice “O referencial teórico adotado para prática clínica psiquiátrica”. (pag. 265)

portanto, “capaz de produzir transformações” com participação ativa na busca de melhores condições de vida e melhor atendimento à saúde. (LUZIO, 2010 p. 47).

No cotidiano dos serviços uma das questões problemáticas a ser equacionada é o atendimento à crise. Haja vista as conseqüências desse fenômeno para a organização desse dia-a-dia profissional. Comumente a intervenção mais comum é a contenção física ou química do usuário em um leito de um serviço de emergência.

Entretanto na perspectiva da Atenção Psicossocial, a crise é concebida como uma situação complexa, diferente daquele restrito aos sintomas agudos do paciente. (ibid)

A crise é vista como uma experiência singular, disruptiva, de perda dos sistemas de referência, em que o sujeito se sente deslocado da rotina estável, exposto e à mercê do estranho. (...) é uma vivência de invasão, de angústia e sofrimento, e, ao mesmo tempo, mediante aceitação, cumplicidade, acolhimento e oferta de uma escuta, por parte de alguém da equipe do serviço, potencializa transformação, redescoberta e reinvenção de novas possibilidades de vida. (LUZIO, 2010 p. 50).

Portanto o objetivo primordial desse novo modelo é superar a proposta manicomial, como a internação psiquiátrica e a utilização de procedimentos físico-adaptativos. O profissional deve buscar uma prática clínica que não veja a doença como erro, cujo tratamento deve ser a remissão do quadro apresentado por condutas morais e mecanicistas homogeneizadoras e burocratizadas.

Nesse sentido não se deve manipular o usuário através de medicalização, por exemplo, visando apenas suprimir sintomas, adaptar o indivíduo à realidade e a suprir suas necessidades imediatas.

Enfim é preciso romper com a clínica tradicional e normativa, baseada, por exemplo, na queixa-conduta. O ato clínico deve conter um conjunto de ações de cuidados diversificados e intensivos oferecidos aos usuários para sustentar o seu cotidiano e suas relações sociais. Assim nos aproximamos da clínica ampliada (Campos 1997) cuja responsabilidade “é de toda a equipe e requer expansão de seus limites para fora dos serviços de saúde, das salas de atendimentos, afim de que as ações cotidianas de Saúde Mental não fiquem restritas ao espaço físico do equipamento” (LUZIO, 2010 p. 52).

Dessa forma, a proposta básica seria a territorialização da SM, onde os profissionais adentrariam aos vários espaços desse território e suas vertentes

(geográficas, demográficas, epidemiológicas, tecnológicas, econômica, social, cultural e política).

Segundo Luzio (2010)

a inserção dos membros da equipe de Saúde Mental no território, de um lado, produz tensão e questionamentos nos seus saberes e práticas, pois significa entrar em contato com distintas visões de mundo e os conflitos decorrentes. De outro, tal encontro possibilitaria a identificação de espaços políticos de negociação, em que se viabilizaria o diálogo dos diversos atores sociais e, conseqüentemente, a produção de um conhecimento coletivo sobre o sofrimento psíquico e seu cuidado, contribuindo na transformação do imaginário social dominante acerca da doença mental. (pag. 52)

Isto posto, evidencia-se a necessidade da constituição de um grupo técnico multiprofissional para a abordagem adequada a esse desafio aceito no cotidiano. Além disso, é explícito a ruptura do modelo médico-centrado e especializado, pois se torna indispensável “o intercâmbio das concepções teórico-tecnicas e das práticas entre seus membros”.

Nesse caso, “a constituição e funcionamento da equipe, na Atenção Psicossocial, devem superar a idéia de agrupamento de especialistas e incluir dispositivos facilitadores do intercâmbio entre seus membros” (LUZIO, 2010 p. 53).

Todo esse esforço tem a finalidade de buscar a promoção da qualidade de vida dos usuários de saúde mental, nos remetendo ao tema da prevenção

Na Atenção Psicossocial, a prevenção inicialmente aparece voltada para o próprio manicômio, por intermédio da proibição de sua existência, da concessão de direitos civis para os pacientes internados, da rigorosa fiscalização dos hospitais existentes. A prevenção supõe ainda a ruptura da cultura manicomial e de suas conseqüências tanto nos usuários, como em quem cuida deles. (LUZIO, 2010 p. 60)

Por outro lado, e a partir desse estudo, alertamos também quanto à necessidade de estarmos atentos a outras formas “manicomiais” atuais de discriminar os “estranhos” e/ou as “minorias”, por exemplo, os idosos, os moradores de rua, os desempregados e as famílias disfuncionais, etc. Infelizmente tem sido comum a ocorrência de situações sócio-econômico-culturais que facilitam ou desencadeiam os chamados quadros depressivos e/ou ansiosos, menores ou comuns para alguns clínicos (Fortes, 2004), mas não menos graves e deteriorantes para o seu portador.

Nesse contexto, a qualidade de vida seria pautada por ações voltadas para irromper a expansão da cultura de diagnóstico psiquiátrico e do uso de psicofármacos, na sociedade contemporânea. Inclui outras ações que garantem condições de vida para

toda a população, seja em termos de saúde, seja quanto à educação, habitação, trabalho, cultura e lazer. (LUZIO, 2010 p.60).

Entretanto, a autora alerta que também “é preciso admitir a impossibilidade de se prevenir o sofrimento psíquico, no sentido de erradicá-lo”. A dor é indissociável do ser humano, pois o homem é um ser não apenas racional (...) mas um ser que deseja” (pag. 60).

Na sociedade contemporânea, o descuido com essa questão tem trazido o risco da medicalização dos conflitos, onde a ansiedade e a angústia que deveriam gerar a agressividade necessária para busca do objeto, por outro lado, tem tornado os sujeitos irritadiços, inseqüentes, tristes ou apáticos, além da crença nas soluções rápidas ou em pílulas vendidas nas farmácias.

Nesse caso, para Luzio, (2010), nessa nova proposta de modelo de atenção, “percebe-se ainda o reconhecimento da necessidade de se colocar a doença mental entre parênteses e entrar em contato com a existência-sofrimento do sujeito, para, de fato, aumentar o poder de contratualidade social do usuário e o seu coeficiente de autonomia” (p. 72).

Capítulo II – O SERVIÇO (instituído) DE SAÚDE MENTAL

Estive doente,
Doente de tudo,
Dos olhos, da boca,
Dos nervos até.
Dos olhos que viram mulheres perfeitas,
Da boca que disse poemas em brasa,
Dos nervos manchados de fumo e café...
Estive doente, estou em repouso,
Não sei mais morrer.
Eu quero um punhado de estrelas maduras,
Eu quero a essência do verbo Viver...

Autor desconhecido⁴⁶

⁴⁶ Poema recolhido pelo poeta Gildes Bezerra. Segundo ele, algumas pessoas afirmam que esses versos foram encontrados em uma parede ou muro de um hospital psiquiátrico.

1. Uma proposta de convivência (potencialmente) instituinte

Ao iniciarmos essa pesquisa-intervenção no serviço de Paraisópolis/MG, optamos por instituir/formalizar uma proposta de convivência profissional entre os setores que fosse centralizada na resolução da demanda trazida pelo usuário, ou seja, apesar da característica multiprofissional da equipe, as ações deveriam pautar-se, primeiramente em atender à necessidade colocada, mesmo que para isso fosse necessário negociar e valorizar o contexto particular desse usuário. Por exemplo, as prescrições de medicamentos deveriam ser estabelecidas considerando condições sócio-econômicas, rotina diária e cultura da pessoa que por ora fosse portadora de um transtorno mental. Isto também foi instituído nas propostas de participação em oficinas, grupos terapêuticos ou intervenções domiciliares onde procurou-se adequá-las às condições singulares impostas pelo meio social do usuário.

Coerente com essa proposta, portanto, o grupo de profissionais teve que atuar interdisciplinarmente, onde cada uma de suas ações foi construída considerando fazer parte de uma engrenagem maior de “cuidado” ao paciente. Nenhum núcleo técnico-específico, do ponto de vista clínico, foi considerado mais importante que o outro, sendo a relação entre eles, funcionalmente, estabelecida de forma horizontalizada.

Merhy (1998 p.02) aponta ser esta uma maneira de “constituir um modo competente de realizar a mudança de um modelo de atenção corporativo-centrado para um usuário- centrado”, alertando-nos quanto à necessidade de não desprezar a complexidade do atuar em Saúde e a necessária multidisciplinaridade desse agir.

Justifica sua proposta afirmando que do ponto de vista do usuário, em geral

este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim, da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços a sua pessoa e ao seu problema em particular. Os usuários sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados. (p. 02)

Para o autor, nos processos de trabalho no conjunto das intervenções assistenciais, além das várias máquinas e ferramentas usadas, chamadas por ele de tecnologia dura, há ainda a mobilização de conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais bem estruturados, as tecnologias denominadas por ele de leve-duras, sempre presentes nas atividades de Saúde.

É leve um saber que as pessoas adquiram e está inscrito na sua forma de pensar os casos de Saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles; mas é dura à medida que é um saber fazer estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado. (p. 03)

Entretanto, ao analisarmos com mais atenção os serviços de saúde, vemos uma terceira situação tecnológica, denominada por ele de leve.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de Saúde junto a um usuário-paciente produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra e no qual se opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesses encontros; momentos de cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação. (p. 03)

Considerando essa visão de tecnologias propostas pelo autor, podemos afirmar quer “de uma maneira ou de outra, todos os trabalhadores de Saúde fazem clínica, sendo esta o campo principal no qual operam as tecnologias leves, como articuladoras das outras configurações tecnológicas” (p. 04).

Sendo assim, a proposta estabelecida foi o compromisso da responsabilidade individual de cada membro da equipe, na sua prática diária, com o projeto terapêutico do usuário. A intenção foi superar o modelo hegemônico médico-centrado.

Segundo Merhy (1998)

um modelo assistencial centrado no usuário deve ser tecnologia leve dependente, comprometido com uma gestão mais coletiva dos processos de trabalho no interior das equipes de Saúde, de uma maneira multiprofissional e interdisciplinar, pautado por resultados em termos de benefícios gerados para os seus usuários. Nesse sentido, os recursos tecnológicos com que conta são praticamente inesgotáveis, pois fica centrado no trabalho vivo, que, enquanto tecnologia leve, produz um compromisso permanente com a tarefa de *acolher, responsabilizar, resolver, autonomizar*. (p. 05) (itálicos do texto)

Este, ainda alerta de que “o território das tecnologias leves não é campo específico de nenhum profissional, mas base para a atuação de todos” (p. 06).

Isto posto, torna-se fundamental

a criação de dispositivos que atuam no dia-a-dia dos serviços de Saúde, que agem nos espaços de interação entre as distintas configurações tecnológicas, imprimindo mudanças no modo de operar as relações trabalhadores-usuários, que exponham o

conjunto dos modos de atuar dos vários profissionais de Saúde, nas suas respectivas competências. (p.06)

Nesse caso, procurou-se formalizar/instituir uma convivência entre os setores/profissionais do serviço onde mantivéssemos o usuário no centro dessa relação, ou seja, não se constituiu prática ou procedimento onde o usuário estivesse aderido somente a um setor ou de forma independente (fig. 02). O usuário poderia questionar/esclarecer, por exemplo, sobre seu tratamento com qualquer profissional que deveria atender sua queixa de forma que não propusesse somente um encaminhamento a outro profissional. Haveria de compartilhar e participar, de alguma forma, da resolução sugerida.

Portanto o médico não só prescrevia, a psicóloga não só escutava ou nas oficinas não se falava somente de atividades manuais. Obviamente que as reuniões clínicas facilitaram e viabilizaram a construção desse discurso coeso e interdisciplinar sobre essas demandas dos usuários.

Além disso, construímos/implantamos o prontuário conjunto, onde todos, sem exceção, tinham acesso aos dados dos usuários. As prescrições/evoluções/orientações foram registradas no mesmo documento e postadas respectivamente. De forma que, por exemplo, ao consultar um usuário durante o ambulatório médico, tinha acesso direto às evoluções das oficinas, dos ACSM, dos grupos terapêuticos e dos procedimentos da enfermagem. Inclusive, de eventuais orientações ou recebimento de informações dadas por telefone por alguém da equipe. Toda informação foi compartilhada por todos da equipe.

No dia-a-dia procurou-se adotar a postura de se referir aos pacientes como sendo da equipe, evitando posturas e discursos de posse – *meu paciente*, ou *o paciente do grupo tal* ou *da oficina tal*. Pelo contrário... *nosso paciente*, dizíamos!



Fig. 03: Setores constituintes do Serviço

Nosso grande desafio cotidiano foi lidar com as especificidades de cada profissional, sem abandonar a “dimensão cuidadora” adequada ao caso, bem como a indispensável prática clínica competente. Para tanto informa Merhy (1998),

um profissional de Saúde, quando vai atuar, mobiliza ao mesmo tempo os seus saberes e modos de agir, definidos, em primeiro lugar, pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar, sobre o qual se coloca em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos cobertos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional. (pag. 08)

Entretanto, a cultura médico-centrada, em certo sentido, sempre esteve presente e comprometendo essa proposta, ora por parte dos usuários, ora por parte dos profissionais. Nesse caso, mais uma vez foi necessário aderir a uma sugestão de Merhy (1998), ou seja,

operar com alguns dispositivos que possibilitam redefinir os espaços de relações entre os vários atores envolvidos nestes processos, alterando as missões do estabelecimento e ampliando os modos de produzir os atos em Saúde, sem perder as eficácias de intervenção dos distintos núcleos de ação. Deve-se apontar para um modo de articular e contaminar o núcleo mais estruturado: o específico, pelo núcleo mais em ato, o cuidador, publicizando este processo no interior de uma equipe de trabalhadores (p. 10).

Sendo assim, ao instituímos nosso prontuário conjunto dando aos membros da equipe a possibilidade de compartilhamento diário das informações, viabilizou-se essa proposta. Pudemos concluir, então, que “é possível pensar e produzir dispositivos institucionais que favoreçam as forças instituintes, no âmbito dos Estabelecimentos de Saúde, na criação de mudanças na política, organização e processos de trabalho” (MERHY, 1998 p. 12).

2. A porta de entrada – acolhimento

Uma das metas primordiais, encomendada, foi adequar o serviço às propostas do Estado brasileiro para os serviços de saúde. Assim sendo, buscou-se as diretrizes estabelecidas pelo MS que

propôs por meio do programa Humaniza SUS, a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. De acordo com tal programa, humanizar é: “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, como melhoria nos ambientes de cuidado e das

condições de trabalho dos profissionais”. (...) O acolhimento significa a humanização do atendimento, isto é, das relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários. Pressupõe ainda garantia de acesso a todas as pessoas e a escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, sempre com uma resposta positiva e com a responsabilização pela solução do seu problema. Esse arranjo busca organizar uma nova “porta de entrada” que acolha todas as pessoas, assegurando a boa qualidade no atendimento, resolvendo o máximo de problemas e garantindo o fluxo do usuário para outros serviços quando necessário. (SALES-PERES et al 2008, p. 94)

Sendo assim procurou-se mobilizar todos os profissionais para o acolhimento que

tem a potencialidade de inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: atender todas as pessoas que procuram os serviços, possibilitando a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de intervir sobre os problemas de saúde da população; reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a intervir sobre seu problema de saúde; qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se pautar em parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania. (BECK e MINUZI, 2008 p. 40)

Tornou-se fundamental a compreensão coletiva de que todos, direta e indiretamente, participavam desse procedimento no momento em que o usuário chegasse ao serviço.

A atividade de recepção de um serviço de saúde deve ser entendida como um espaço no qual ocorre o reconhecimento das necessidades do usuário, por meio da investigação, elaboração e negociação de quais necessidades serão atendidas. Dentro dessa perspectiva, a responsabilização clínico/sanitária e a ação resolutiva, com o objetivo de defender a vida das pessoas, só são possíveis quando se acolhe e vincula os usuários. Portanto, é necessário que o projeto de acolhimento e, conseqüente, a produção de vínculo seja um projeto de toda a equipe daquele locus de trabalho, a fim de que se concretize o trabalho vivo em ato. ((BECK e MINUZI, 2008 p. 38)

Este instante, no processo de adesão do usuário, não pode ser percebido como um aspecto puramente burocrático e/ou de cadastramento simples ao serviço.

Desse modo, o acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, pressupondo um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento. Isso pode possibilitar a ampliação da capacidade da equipe de saúde em responder às demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais trabalhadores de saúde. ((BECK e MINUZI, 2008 p. 39)

Portanto, formalizou-se no SMSMP que, exceto nas duas horas semanais de reunião de equipe, todo usuário que se apresentasse à recepção com questões

relacionadas ao uso de remédios e seus efeitos, seria conduzido ao setor de enfermagem para esclarecimentos. Por outro lado, todas as outras demandas seriam conduzidas ao plantonista do acolhimento (fig.04). A estratégia adotada foi instituir uma escuta atenta e interessada sobre as queixas do usuário de tal forma que o mesmo se sentisse acolhido em sua fragilidade ou dúvida momentânea. O profissional médico também fez parte, indiretamente, desse processo, ao manter sua agenda, parcialmente aberta, para atendimento clínico às situações consideradas de urgência medicamentosa pelo plantonista-acolhedor.

Por outro lado, a recepcionista e a auxiliar de serviços gerais não participaram diretamente desses plantões que teve por objetivo orientar, facilitar e construir uma idéia inicial sobre a situação apresentada, porém também estas deveriam estar atentas à postura empática diante do usuário. Ressalte-se que, havendo necessidade, esse plantonista poderia protelar seu parecer levando o caso à reunião de equipe, ouvindo outros setores interno ou externo, além de providenciar a chamada “busca ativa” onde coletaria mais informações imprescindíveis para levantamento de hipóteses sobre a ocorrência, bem como avaliação dos riscos inerentes.

Nesse caso, esse membro da equipe assumia a função de gerenciamento do caso (ou técnico de referência) até que o usuário estivesse aderido ou em atendimento efetivo por um dos setores. Desse modo teve que analisá-lo e atendê-lo quantas vezes foi necessário até que conseguiu-se estabelecer uma proposta terapêutica inicial.

Durante essa escuta **profissional** (fig.05) três objetivos foram buscados e/ou direcionados: a) avaliação das potencialidades do usuário onde foi preciso visualizar, no contexto apresentado núcleos, áreas, posturas ou motivações que determinassem ou indicassem possibilidades saudáveis do usuário dentro do problema; b) objetivação das limitações procurando organizar, priorizar e esclarecer as reais dificuldades apresentadas, bem como as fantasias de fracasso e c) contratualidade do processo buscando facilitar a aderência ao serviço definindo as responsabilidades indispensáveis, durante o projeto terapêutico, fosse do usuário ou da equipe.

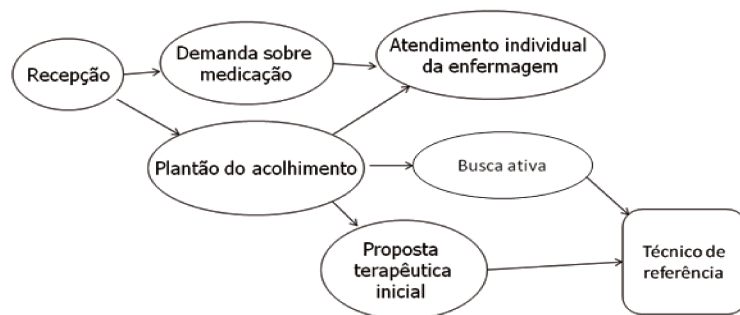


Fig. 04: Fluxograma do acolhimento

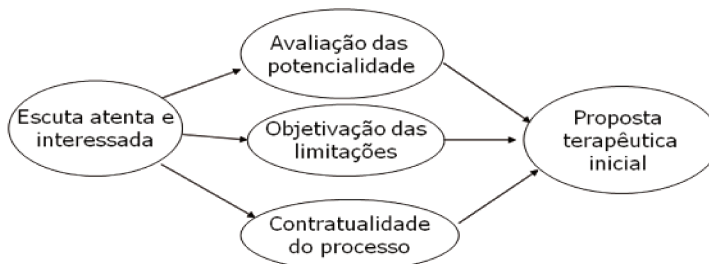


Fig. 05: Escuta profissional

É forçoso afirmar que o acolhimento foi o setor mais controvertido e (re) construído, demonstrando a complexidade para se conseguir formalizá-lo e/ou concretizá-lo no serviço.

Beck e Minuzi (2008) alertam que

apesar das dificuldades, vários fatores positivos em relação ao acolhimento apontam para a melhoria da qualidade de se fazer saúde. Acredita-se que a saúde é um território de práticas em permanente construção, onde é possível experimentar uma infinidade de fazeres. Conflitos, muitas vezes são necessários para que a reflexão e redefinição de prioridades aconteçam (p. 42).

Essa pesquisa-intervenção deixou claro não só a dificuldade em se formalizar/implantar esse setor de maneira competente, bem como sua relevância para a organização do serviço. Criamos, entre nós, uma máxima de que “caso bem acolhido foi caso bem conduzido”, sendo o contrário também verdadeiro.

Daí, concluo, sem desvalorizar os outros setores, ser este o mais importante para o serviço, para o alcance dos objetivos clínicos indispensáveis.

3. O cardápio de ofertas ao usuário

Para formatar as modalidades de atendimento do serviço, partimos do pressuposto de que seria necessário diversificá-las o máximo possível, porém atendendo o perfil de demanda clínica apresentada pelos usuários. Portanto, em todos os setores, as práticas foram sendo criadas conforme as necessidades foram sendo apresentadas pelos usuários. Isto, de certa forma, evitou o risco de construir-se um serviço onde os profissionais determinassem, previamente, o que seria ofertado.

Um cardápio “clínico” competente deve ser adequado ao sofrimento do usuário, JAMAIS o contrário.

Merhy (1997) sugere que esse conjunto de propostas deva ser de “ofertas de ações expressas por um verdadeiro cardápio de intervenções a serem realizadas pelos mais diferentes profissionais e nos mais diferentes lugares” (p. 08).

Para tanto, propõe-se

um trabalho que toma centralmente um conjunto de sabedorias e de práticas com a finalidade de realizar uma intervenção sobre um certo "problema de saúde", conforme os critérios adotados pelo modelo de atenção do serviço, considerando-o como um "objeto de ação de saúde" em um dado processo individual ou coletivo, visando alterar a lógica do sofrimento representada como problema de saúde pelo usuário ou o seu percurso no indivíduo ou no coletivo, ou mesmo alterar a sua produção ao nível do conjunto das relações sociais. (MERHY, 1997 p. 08)

Em suma, procurou-se facilitar a aderência do usuário ao serviço fundamentalmente baseado no seu vínculo com o trabalhador de saúde onde, inclusive, fosse necessária atenção ao “analisar tanto se o processo intercessor trabalhador/usuário é também "acolhedor" na saída, quanto que tipos de "resultados" a cadeia produtiva está realizando”. (p. 08).

Por outro lado, foi preciso cuidado com os critérios adotados pelo trabalhador ao avaliar a demanda do usuário, pois

os processos de "aceitação" do "problema de saúde/necessidade" também são muito variados, em termos dos distintos critérios adotados. O que vale neste momento é poder descrever o mais detalhadamente possível todos os mecanismos utilizados para dizer sim ou não, além da descrição de como isto é feito, por quem é feito e para onde é mandado. (MERHY, 1997 p. 07)

Frisamos que apesar da formalização dessa prática, sabemos que a intersubjetividade sempre esteve presente nesse encontro do trabalhador com o usuário.

Nesse caso, Merhy (1997), alerta que

são estes critérios que dão um certo sentido e concretude ao conceito de "necessidades de saúde" que o serviço opera e se utiliza. É aqui que se vê se o "problema de saúde/necessidade" representado pelo usuário vai ser ou não base para se construir uma relação com ele. (p. 07)

Considerando esse contexto buscou-se construir protocolos administrativos que pudessem direcionar as atuações dos profissionais no seu cotidiano.

Entretanto este é um processo conturbado, pois

a mudança de um processo institucional sempre nos posiciona diante de uma situação de alta complexidade, e que não basta possuímos o controle de uma receita para a ação, com técnicas puramente administrativas, mesmo considerando (e com o que concordamos) que deter o controle de tecnologias para realizar intervenções em organizações, que visam à mudança de processos de trabalho, seja um componente importante e básico da "caixa de ferramentas" dos grupos envolvidos. Mas, sem dúvida, isto não é o suficiente. (MERHY, 1997 p. 24)

Esse dia-a-dia do serviço exigiu dos profissionais constantes enfrentamentos/decisões/posturas que tornavam o cotidiano um espaço de constantes embates por conta de valores individuais e nem sempre consensuais.

Nessa direção, Merhy (1997) pontua que

o cotidiano não é, de modo exclusivo, nem de um lado o aparente/falso e o funcional, em que opera o mundo harmônico das identidades e papéis; nem do outro o lugar só do dissonante, mas sim uma dobra expressiva da simultaneidade destes mundos. O cotidiano é o lugar onde há permanentemente as mútuas invasões dos dois mundos entre si. É, portanto, onde se produz os "estranhamentos", os "ruídos", as "falhas" do mundo com sentido no instituído, e cheio de significados, onde os acordos e os contratos existem e funcionam, e ao mesmo tempo onde os instituintes impõem estranhamentos, quebras, linhas de fuga, novos possíveis em disputas. (p. 38)

Preventivamente, optou-se por criar dispositivos e formas onde as informações fossem compartilhadas o máximo possível, evitando-se condutas ou ações, mesmo que no núcleo específico de cada um, sem uma explicação à equipe.

Merhy (1997) esclarece que "a informação pode-nos "revelar os "ruídos" que as forças instituintes provocam neste cotidiano, possibilitando-nos "interrogar os sentidos funcionais do serviço, as distintas modalidades de jogos de interesses e as alternativas de caminhos para operá-lo cotidianamente". (p. 36).

Porém, alerta o autor, não basta avaliar simplesmente essa funcionalidade, pois a informação não poderia ser um simples medidor de funcionalidade cumprida ou não, mas teria de ser uma ferramenta que permitisse analisar permanentemente estes jogos do aparente funcional e o não funcional, do público e do privado, balizando de que ponto ético-político pode-se julgar os sentidos a serem adquiridos pelo serviço e a que interesses explicitamente vai se centrar. (p.36)

Foi nessa conjuntura que formalizamos nosso cardápio abaixo (fig. 6)

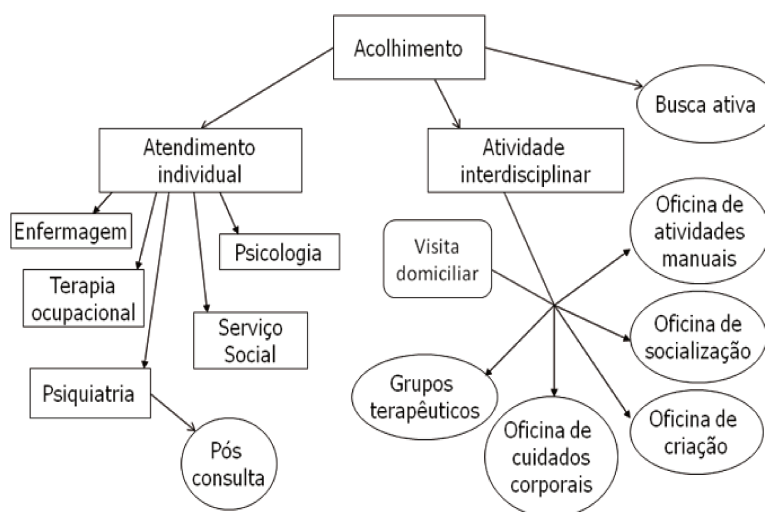


Fig. 06: O fluxograma das práticas diárias ofertadas aos usuários

Esclarecendo, a partir do acolhimento já descrito, o plantonista-acolhedor poderia sugerir um atendimento individual nos setores (enfermagem, psicológico, social, terapeuta ocupacional e/ou psiquiátrico). Além disso, ainda havia a possibilidade de encaminhamento a um setor externo (ESF, Conselho Tutelar, Ministério Público, etc.).

Nestes setores, conforme a demanda, o usuário também poderia ser orientado a freqüentar as atividades interdisciplinares (grupos ou oficinas). E, se necessário, ainda recebia intervenções domiciliares e/ou visitas a seu território.

Em suma, foram ofertados:

- **Avaliação de perfil:** o setor de psicologia analisou o perfil psicodinâmico do usuário procurando estabelecer/buscar um atendimento adequado (individual ou grupal), porém dando ênfase para as atividades grupais e reservando as ações individuais para propostas focais e/ou de orientações de emergência.
- **Enfermagem:** o setor fez a administração, controle e entrega de medicamentos atendendo a solicitação do médico. Conforme característica do

caso, esses procedimentos foram realizados com frequência, semanal, quinzenal ou mensal. Além disso, mantinha um plantão constante para orientações quanto a efeitos medicamentosos e organizou a agenda médica. Realizou pós-consultas para encaminhamento às oficinas, grupos e reforço nas orientações médicas.

- **Serviço Social:** o setor se responsabilizou por acompanhar/orientar/agilizar a burocracia para obtenção de benefícios dos usuários junto ao INSS, desde que isso fizesse parte do projeto terapêutico estabelecido pela equipe. Também encaminhou situações ao Ministério Público procurando preservar os direitos de cidadania do usuário. Enquanto um usuário esteve internado, coube também ao setor manter a equipe informada sobre a evolução do tratamento hospitalar.
- **Terapia Ocupacional:** avaliou as condições e perfil ocupacional dos usuários, estabelecendo as oficinas mais adequadas ao caso ou mesmo com acompanhamento individual. Supervisionou todas as oficinas do serviço.
- **Psiquiatria:** acompanhou e evoluiu, do ponto de vista medicamentoso, todos os casos acompanhados pela equipe. Se necessário, encaminhou a outros especialistas, externos ao serviço, para concomitante tratamento. Também fez a comunicação com profissionais médicos para esclarecimentos à equipe. Todos esses atendimentos receberam ao seu final um diagnóstico conforme a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento – versão para cuidados primários (CID - 10 AP).
- **Psicologia:** Além das avaliações de perfil, o setor se responsabilizou pelos atendimentos psicológicos individuais e grupais dos usuários e seus familiares.
- **Visita domiciliar:** conforme demanda e contexto social, alguns usuários receberam regularmente a visita dos ACSM para orientação/acompanhamento/aderência adequada ao serviço e as propostas estabelecidas pela equipe. Se necessário e/ou por solicitação da ESF, estes também fizeram visitas conjuntas com os ACS do território específico para

abordagem mais adequada ao usuário portador de transtorno mental e seus familiares.

- **Grupos Terapêuticos:** os grupos foram sendo constituídos conforme a demanda trazida pelos usuários, sendo que foram batizados conforme essa necessidade e não a patologia em si, exceto a dependência química. Todos na modalidade aberto e possuíam no máximo 08 usuários. Foram eles: “superando medos”, “linguagem corporal”, “conviver adolescente”, “conviver criança”, “conviver idoso”, “relacionamento amoroso”, “cuidadoras de alcoolistas”, “novos rumos”, “alcoolistas”, “dependentes químicos” e “familiares de dependentes químicos”.
- **Oficinas:** as oficinas foram constituídas como espaços onde se trabalhou a socialização, cuidados corporais, atividades manuais e atividades criativas. Os nomes foram dados conforme proposta principal desse espaço e com anuência dos usuários. Foram elas: “tricotando 1 e 2”, “bem me quer”, “expressão”, “autoestima” e “convivência”. As oficinas foram ofertadas de forma que o usuário poderia entrar ou sair conforme sua opção e não possuíam um número específico de usuários.

Tanto as oficinas, como alguns grupos foram conduzidos pelos profissionais respeitando, não só seu núcleo técnico específico, como também seu talento nato ou predisposição para a atividade. Portanto, por exemplo, as psicólogas também fizeram oficinas, assim como a assistente social coordenou grupos, ou mesmo os ACSM e a enfermagem que também realizaram as duas atividades como co-coordenadores.

Salienta-se novamente que todas as atividades foram evoluídas/registradas em um prontuário único, sendo que nenhuma informação ou decisão técnica foi tomada ou obtida sem o devido registro para anuência da equipe.

4. O perfil do Serviço, segundo sua produtividade

No serviço adotamos a estratégia de tornar pública toda a produtividade da equipe. Para tanto, publicamos num mural mensalmente todos os atendimentos e/ou

atividades realizadas, além do horário e atribuições de cada membro. Sendo este localizado de tal forma que qualquer pessoa poderia ter acesso a ele.

Nossa intenção foi manter a chamada “gestão a vista”, pois acreditávamos, conforme pontuação de Merhy (1997), que

operar nestas novas possibilidades é ir além da informação como uma ferramenta que é exclusivamente possuidora de uma lógica instrumental sistêmica, pois a mesma tem que se tornar analisadora dos jogos instituintes e instituídos que atravessam permanentemente as instituições de saúde (p. 44).

O serviço cadastrou por volta 2880 usuários até outubro de 2011, fazendo, em média, 800 atendimentos mensais e realizando 40 a 60 registros de usuários novos por mês.

Antes de explicitar graficamente outros dados obtidos, torna-se relevante esclarecer o perfil de usuários atendidos no serviço. Para tanto demonstramos, esquematicamente, o conjunto de pacientes atendidos no ambulatório médico no período de janeiro a outubro de 2011, discriminados conforme gênero e faixa etária.

Foram consultadas 515 pessoas, sendo 58% de mulheres e 42% de homens. Sendo estas, distribuídas nas respectivas faixas etárias: 1,0% entre 0 a 10 anos; 6,7 % entre 11 e 18 anos; 39,8 % entre 19 e 40 anos; 41,9 % entre 41 e 60 anos e 10,6 % com mais de 60 anos (Gráficos 1 e 2).

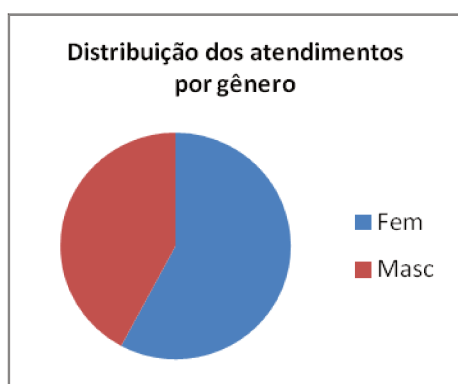


gráfico 1: Distribuição por gênero

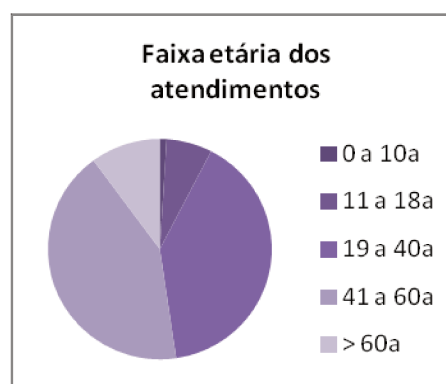


gráfico 2: Atendimento por Faixa Etária

Todos os pacientes receberam um diagnóstico psiquiátrico conforme a CID 10 CP⁴⁷. Segue abaixo a distribuição dos principais quadros clínicos prevalentes, inclusive por gênero. (Gráficos 3 e 4)



grafico 3: Diagnósticos no ambulatório

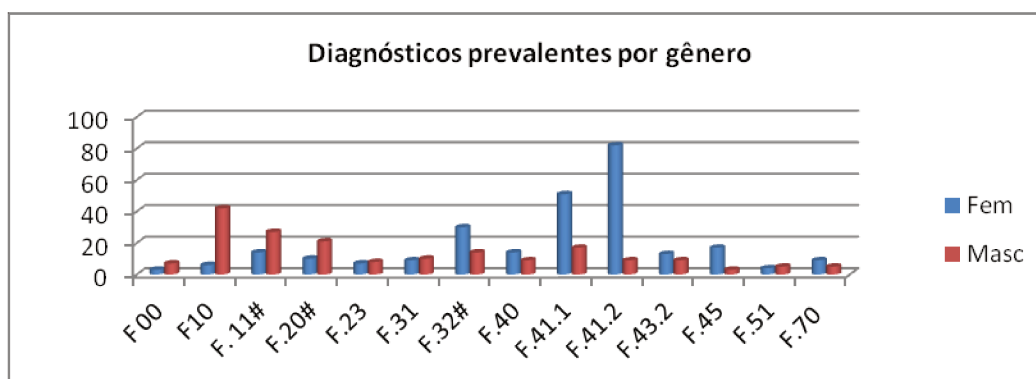


grafico 4: Diagnósticos por gênero

Em suma, nosso usuário, predominantemente, é do sexo feminino, com idade entre 19 e 60 anos, geralmente com problemas na esfera depressiva e/ou de ansiedade. Por outro lado os homens, em sua maioria, tem problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas

Também a seguir, pode-se tomar conhecimento da quantidade de grupos e oficinas, usuários atendidos, visitas domiciliares, pacientes faltosos e internações.

⁴⁷ A opção pela CID 10 – CP (Diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários) deu-se por conta da proposta de atuação conjunta com a ESF em alguns casos. Além disso, essa versão da CID principal traz orientações com relação a queixas apresentadas, aspectos diagnósticos, diagnóstico diferencial, informações essenciais e recomendações ao paciente e seus familiares, medicação e alertas quando há necessidade de consulta com psiquiatra. Isto, em certo sentido, facilitou uma capacitação clínica tanto da equipe como dos profissionais da ESF. Sugiro verificar o anexo VI (pag. 221)

Essa produtividade refere-se ao mesmo período anterior (jan a out/2011) ⁴⁸. (gráficos 5 a 9)

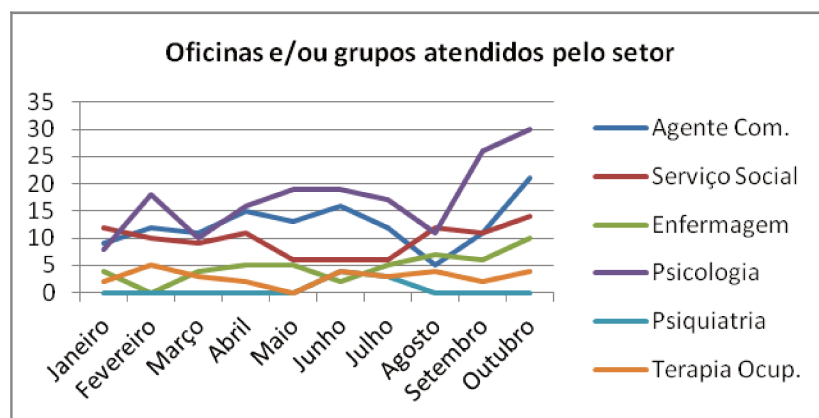


gráfico 5: Oficinas e Grupos

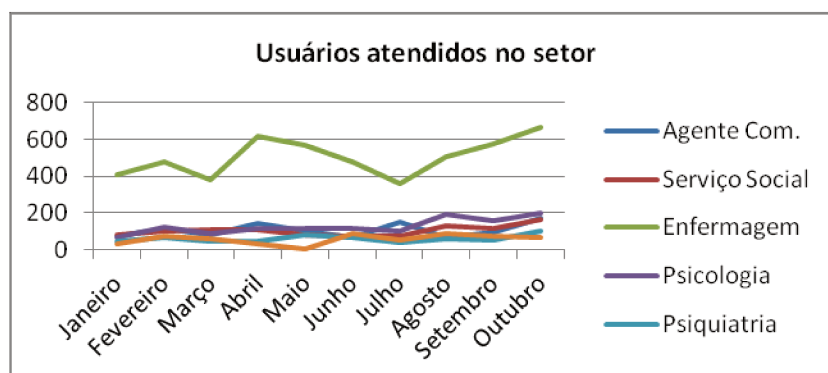


gráfico 6: Usuários atendidos

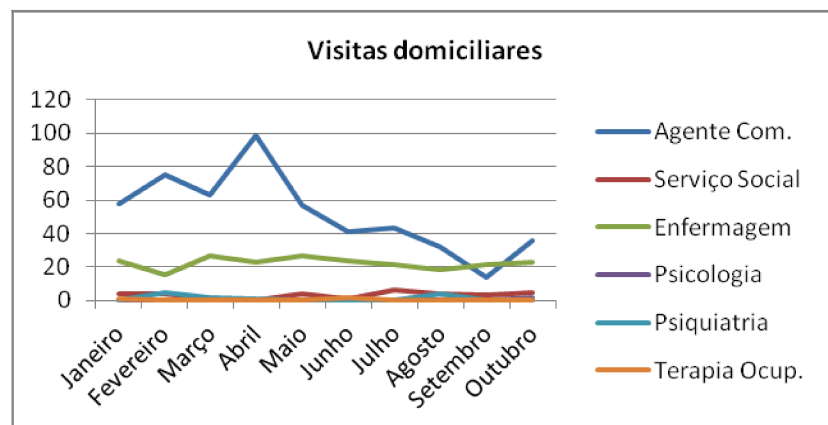


gráfico 7: Visitas domiciliares

⁴⁸ Sugiro verificar também o anexo V (pag. 220) para melhor visualização dos dados numéricos. Saliento que a planilha, ali demonstrada, foi publicada em mural para acesso de todos (usuários e profissionais).

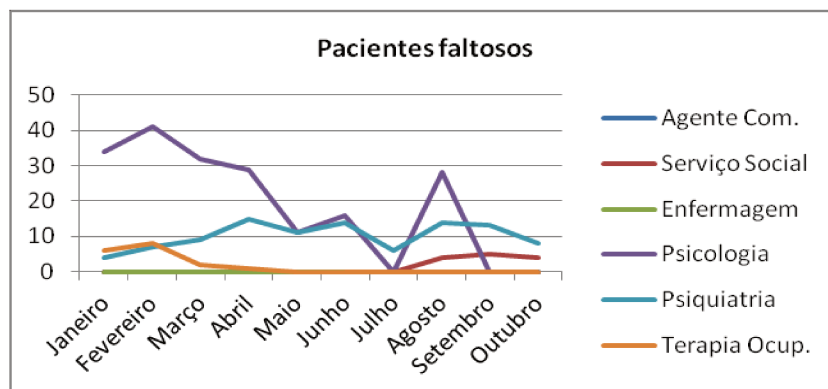


gráfico 8: Pacientes faltosos

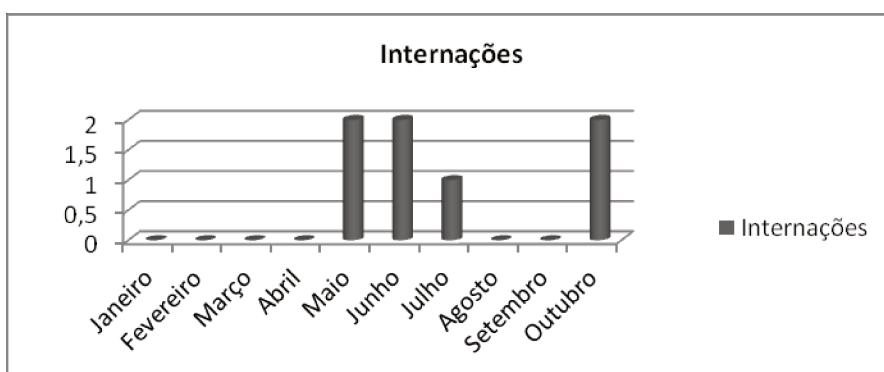


gráfico 9: Número de internações

Estes dados quantitativos foram fundamentais para algumas tomadas de decisões administrativas, facilitou e abalizou a coordenação do serviço *in lócus*, bem como o diálogo com o gestor de saúde para obtenção de recursos materiais e humanos.

Através deles pudemos perceber, por exemplo, a produção de atendimento dos setores, alguns meses pontuais onde ocorreram mais faltas de usuários, a queda ou comprometimento de um setor específico, índice de internações psiquiátricas e outros dados que, após terem sido comparados com a avaliação subjetiva/qualitativa, embasaram os rumos tomados, por exemplo: a contratação de profissionais, o maior estímulo à visita ao território, discussão teórica sobre alguns temas, revisão de alguns protocolos e/ou procedimentos administrativos, potencialização de algumas condutas e/ou abandono de outras, etc.

Enfim, ainda que de uma maneira geral, demonstrou-se aqui a proposta de associar dados subjetivos e objetivos como uma estratégia de gestão, mais responsável possível, com a realidade vivenciada.

5. A Rede de cuidados

Após a participação na IV CNSMI, percebeu-se a urgente necessidade de aprofundar o dialogo do serviço com outros setores municipais e/ou serviços de saúde. O alerta dado pelo prof. Gastão Wagner de Souza Campos⁴⁹, nos fez refletir sobre as posturas que havíamos assumido durante o primeiro ano do projeto. Foi evidente e indispensável que, além da construção das práticas no serviço, foi preciso encaminhar e favorecer o estabelecimento de uma rede de cuidados aos usuários de Paraisópolis/MG.

Conforme o projeto acordado com a gestão municipal, ao sermos contratado, a integração destes serviços foi um desafio ímpar a ser enfrentado, pois “em face do problema da fragmentação dos modelos assistenciais, a integração dos serviços de saúde aparece como atributo inerente às reformas das políticas públicas fundamentadas na Atenção Primária da Saúde (APS)”. (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 331).

Esta foi nossa meta desejada no cotidiano dos serviços. Nesse sentido, afirmam os autores que

num sentido mais amplo, a integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo. (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 332).

Por outro lado, percebíamos, de antemão, a dificuldade da tarefa a que nos propúnhamos, bem como os aspectos políticos inerentes no processo.

Seria preciso

uma necessária precaução em face do reconhecimento de sua complexidade, de modo que a integridade das intervenções, nos diferentes contextos, não comprometa todo o

⁴⁹ Durante sua palestra na Conferência Nacional o prof. Gastão fez um emocionado pronunciamento conclamando os trabalhadores de saúde a estratégia de negociação com toda a sociedade na tentativa de alcançar os objetivos necessários de fortalecimento do SUS. “É preciso trazer os inimigos para perto”, disse o professor, inspirado em Nelson Mandela.

esforço político institucional da integração de serviços que garantam a desejável integralidade da atenção em saúde. (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 335).

Então, optamos por inicialmente somente “ouvir” os outros setores sobre suas limitações e potencialidades, mantendo uma postura de (re) conhecê-los sem atribuir novas responsabilidades ou mudanças significativas. Partimos do pressuposto de que, teoricamente, todos sabiam dos princípios constitucionais que deviam pautar os serviços ligados ao SUS, mais especificamente quanto à integralidade.

O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 331).

Nas várias reuniões realizadas, a estratégia adotada foi, após contextualizar a realidade enfrentada por cada um, propor uma divisão de responsabilidades e maior facilidade na troca de informações ou dados sobre os usuários.

Portanto, a partir de 18 de maio de 2011, semanalmente, às quartas-feiras, convidamos representantes dos usuários, da comunidade e trabalhadores da saúde, com a justificativa de apresentar nossa proposta de atendimento em rede aos dependentes químicos e seus familiares⁵⁰ para uma “roda de conversa” no Departamento de Saúde local.

Durante dois meses apresentamos nossa proposta a vários grupos diferentes, sempre formados por integrantes dos três seguimentos (usuários, trabalhadores/comunidade e familiares) ocasião em que debatíamos as limitações e potencialidades dos serviços/setores.

Posteriormente, com a participação efetiva do gestor da saúde, numa segunda rodada de reuniões, convidamos representantes/coordenadores desses diversos serviços e debatemos uma possível proposta de participação no equacionamento do problema.

Assim sendo, construímos (teoricamente) nossa rede de atenção aos usuários portadores de transtorno mental e seus familiares. Por outro lado, também tornou-se

⁵⁰ A idéia de apresentar uma proposta específica de atendimento aos usuários dependentes químicos se deu pela relevância do problema na cidade, sabíamos que havia um interesse coletivo na resolução da questão. Obviamente que nessa exposição estavam embutidas todas as práticas do serviço, bem como sua concepção.

mais evidente algumas posturas de resistência à proposta. Mesmo assim, sem dúvida que, a partir dessas reuniões, o serviço de SM melhorou sua convivência com os outros setores, e, na prática, a comunidade compreendeu mais adequadamente nossas intenções, principalmente a postura de evitar as internações psiquiátricas como uma primeira opção para a maioria dos casos/demandas.

Mais especificamente, participaram desses encontros: trabalhadores da ESF, do PS municipal, da UBS, líderes comunitários, vereadores, trabalhadores do setor de Educação, da Justiça, Serviço Social e Imprensa local, além de usuários, familiares de usuários e pessoas da comunidade convidadas por nós.

Ao final houve um consenso quanto à formatação de rede de atenção “ideal” para o município. Ficou evidente que a mesma deveria respeitar as singularidades de cada setor, sendo que, conforme as características da demanda trazida pelo usuário ou o momento em que esta era apresentada, o protagonismo da ação deveria ser assumido por um ou outro serviço participante dessa Rede (Fig. 07).

O curioso foi a proposta espontânea de alguns setores (Conselho Tutelar, Sistema Educacional e Serviço Social) para implantação de um centro de convivência na cidade, sendo que este já era um projeto que havíamos encaminhado ao prefeito anteriormente⁵¹.

Enfim, pudemos experimentar, durante aqueles encontros, um princípio de “integralidade como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema”. (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 335).

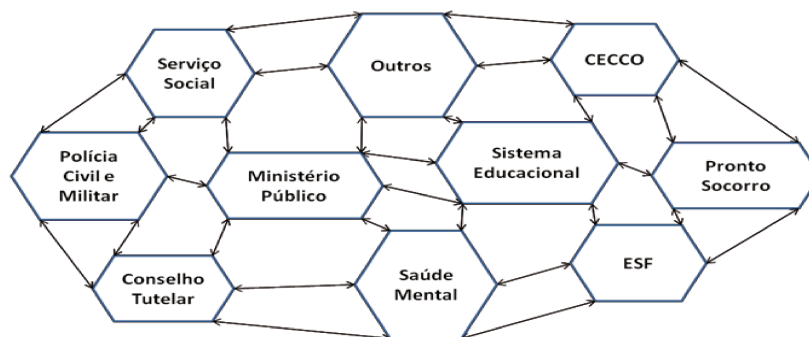


Fig. 07: A Rede de Cuidados

⁵¹ Para maiores detalhes sobre esse projeto sugiro leitura do apêndice: “Projeto Centro de Cultura e Convivência – CECCO” (pag.236). Saliento que o mesmo foi idealizado/escrito pela coordenadora do serviço (pseudônimo: Vermelha) com a minha revisão posterior.

6. A proposta política institucionalizada

Apesar de termos convivido com quatro gestores diferentes a frente do Departamento de Saúde, durante a pesquisa, podemos afirmar que não houve mudança nas propostas políticas municipais para a SM. Todos eles sempre se mantiveram próximos de nosso serviço e em concordância com nossas propostas de trabalho. Infelizmente isto não impediu nossas dificuldades, em alguns momentos, com a comunidade e outros setores da administração.

Salienta-se que, apesar das diretrizes do MS para o tratamento aos portadores de transtorno mental, ainda há uma cultura, de exclusão e/ou discriminação daquele que se apresenta diferente perante a sociedade – o louco. Ou seja, “por se tratar de uma profunda alteração da resposta social à loucura, implica mudanças de ordem política, ideológica, ética e das concepções de clínica e reabilitação”. (FURTADO e ONOCKO CAMPOS, 2005 p. 109).

Nessa direção, “não basta fechar o manicômio, é preciso haver pessoas e equipamentos sociais e de saúde para acolher e acompanhar os egressos de longas internações bem como os novos pacientes na comunidade”. (FURTADO e ONOCKO CAMPOS, 2005 p. 111).

O município de Paraisópolis/MG apostou na implantação de um serviço com uma equipe multiprofissional atuando conjuntamente para garantir um novo modelo de atendimento aos usuários portadores de transtorno mental. Furtado e Onocko Campos (2005) corroboram com essa proposta ao afirmar que

para garantirmos que a reforma psiquiátrica avance para além da simples implementação de novos (e mais) serviços, precisamos ter um quadro de profissionais imbuídos de uma postura profissional profundamente distinta do modelo anterior. Sobretudo se considerado o fato de que as novas modalidades de atenção em saúde mental não se resumem a novas técnicas de tratamento, mas constituem outra política, uma ética de inclusão – um novo paradigma, no sentido kuhniano (Kuhn, 1991) do termo. (p. 113)

Foi preciso que estes profissionais estivessem afinados com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Não bastava uma formação clínica atualizada dos trabalhadores de saúde, também foi fundamental a mudança de postura nas práticas diárias.

Furtado e Onocko Campos (2005) alertam que

a formação de profissionais em serviços é uma alternativa importante e necessária. No entanto, nossa prática cotidiana tem evidenciado que a “formação permanente” ainda que imprescindível é insuficiente na geração de novas posturas éticas, de um novo posicionamento e abertura diante daquele que padece de grande sofrimento psíquico. E aqui tocamos em um dos dilemas da reforma psiquiátrica: a decodificação cotidiana dos princípios políticos, ideológicos e éticos da reforma psiquiátrica pelos atores que a realizam na ponta, ou seja, no contato direto com o usuário. (p. 114)

Em nosso caso os profissionais tiveram um embate constante com a comunidade na tentativa de sensibilizar a todos para a aceitação do louco. Dessa forma, “as ações reformadoras em psiquiatria, se pretendem instaurar uma nova resposta social à loucura, deverão necessariamente aumentar a permeabilidade da comunidade ao convívio – com e apesar das diferenças” (FURTADO E ONOCKO CAMPOS, 2005 p. 115).

O serviço precisou manter constantemente algumas ações educativas quanto a essa convivência, com atividades em escolas, praças públicas, festas e passeatas sensibilizando a população para a não aceitação da exclusão. Uma das estratégias foi manter a sede do serviço em local central da cidade e anualmente fazer eventos em comemoração ao 18 de maio com a participação de outros setores⁵².

Por outro lado, internamente alcançamos uma dinâmica de trabalho que foi “exportada” a outros setores, por exemplo, para a ESF, através do matriciamento.

Esclarece-se que apesar da proposta contratada/encomendada ser de implantação do matriciamento, no processo de institucionalização do diálogo entre a SM e a ESF em Paraisópolis produziu-se um arranjo matricial singular onde a convivência entre os setores fez com que mais que um apoio técnico institucional, houve um intercâmbio de tecnologias onde a ESF adquiriu algumas posturas assimiladas da SM⁵³ e, por outro lado, a SM adquiriu, também, a inspiração de atuação na APS e um relacionamento com os usuários com o caráter de população adscrita – territorialização.

Deste modo, sem dúvida que

⁵² Desde 2009, a Câmara dos Vereadores de Paraisópolis instituiu “A Semana da Saúde Mental”, sendo que o serviço faz várias atividades e eventos em escolas e praça pública nesse período. Em 2010, ocupamos a tribuna da Câmara para um pronunciamento público sobre a proposta institucional. Em 2011 conseguimos fazer uma passeata em região central do município com mais de 200 pessoas participantes.

⁵³ Algumas das eESF, por exemplo, experimentaram maior participação/autonomia dos ACS na condução dos casos.

a saúde mental vem sendo um espaço, por excelência, para o desenvolvimento de novas formas de cuidado, novas formas de colaboração inter profissional, e, sobretudo, geradora de novos modelos de atenção e funcionamento institucional (FURTADO e ONOCKO CAMPOS, 2005 p. 115).

No entanto, cabe dizer que a preocupação clínica sempre foi o foco constante em nossas práticas. Nesse caso, toda atividade proposta foi analisada, principalmente, no sentido do retorno terapêutico ao usuário. Corroboramos com Furtado e Onocko Campos, ao proporem que “o dilema entre clínica e saúde mental precisa ser considerado e novas vias de interação estabelecidas” (p. 115).

“A clínica e a saúde mental complementam-se ao nos permitir distinguir e operar simultaneamente sobre a exclusão que resulta de processos *subjetivos* e também sobre procedimentos excludentes que passam pelo *contexto* do paciente” (...) (FURTADO E ONOCKO CAMPOS, 2005 p. 116).

Assim sendo,

a clínica vem nos dizer que existe um sujeito no indivíduo que está no mundo. A saúde mental vem nos lembrar das determinações sociais, políticas e ideológicas que o envolvem nesse mesmo mundo. Ambas devem ser consideradas no âmbito do tratamento de nossos usuários, sem antagonismos nem sobreposições. (FURTADO E ONOCKO CAMPOS, 2005 p. 116).

“Sabemos que não há um único caminho possível ou um só esforço capaz de fazer frente à extensa tarefa de transpor os princípios da reforma psiquiátrica para o plano das práticas”. (Furtado e Onocko Campos, 2005 p. 117), mas não se pode esquecer a necessidade cotidiana de buscar-se as diretrizes balizadoras da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Para tanto, torna-se imperativo instituir

modelos de gestão tendentes à horizontalização, que possibilitem e convoquem a maior participação dos profissionais de saúde e da população no gerenciamento das políticas de saúde ali realizadas. Nesse último caso, as diretrizes gerais serão compreendidas e adaptadas ao contexto, numa perspectiva de alargamento de suas possibilidades. (FURTADO e ONOCKO CAMPOS p. 117)

Sendo assim, realizamos uma Assembléia de Usuários⁵⁴, onde ouviu-se algumas propostas e avaliações bastante positivas das ofertas feitas a eles. A estratégia básica adotada foram os grupos de trabalho tendo os ACS como elemento

⁵⁴ Em 19 de janeiro de 2010 realizamos uma Assembléia de Usuários para avaliação do que estávamos construindo no serviço. A Ata produzida no evento foi um dos documentos analisados e confrontados com a nossa prática diária, para avaliar a institucionalização do serviço.

facilitador das discussões entre os usuários. Além das reivindicações feitas e posteriormente discutidas em equipe, talvez o resultado principal, foi o apoio dos usuários à nossa proposta de implantação de um Centro de Cultura e Convivência na cidade.

Entretanto, não conseguimos um consenso ou avaliação favorável da Superintendência Regional de Saúde (SRS) que, em mais de uma visita, insistiu na implantação de um CAPS para o município referenciando-o para a micro-região. Alternativa que a gestão local não via com bons olhos.

Cabe esclarecer que somos totalmente favoráveis a essa proposta oficial para o atendimento dos usuários. É notório que os CAPS “carregam a encomenda social da inovação e do compromisso com a mudança cultural em relação ao imaginário social sobre a loucura” (Furtado e Onocko Campos, 118). Porém, percebemos que o mesmo começa a “dar sinais de burocratização, perda de agilidade e excessiva verticalidade” (ibid 118).

Por fim, a gestão local, com nossa concordância, não aceitou a orientação dada pela SRS para implantação do aparelho, por entender que não tinha condições de assumir a responsabilidade necessária com outros municípios. Além disso, ocorreram experiências desastrosas com a referência do PS aos municípios vizinhos⁵⁵

Sendo assim, apesar de utilizarmos em nosso cotidiano estratégias de atuação bastante semelhantes aos CAPS, optou-se por outra formatação administrativa, ou seja, oficiosamente nos tornamos “somente” um ambulatório de Saúde Mental.

Cabe, ainda, salientar que não conseguimos, até o momento, cumprir as determinações burocráticas para o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁵⁶. Dessa forma não temos condições de obter nenhum recurso e/ou financiamento da esfera estadual para o serviço.

⁵⁵ Segundo o gestor, o município teve sérios problemas com algumas localidades vizinhas por não cumprirem o acordo estabelecido no consórcio intermunicipal. Também tínhamos conhecimento de que não haviam implantado uma ESF adequada e, algumas, nem tinham profissionais atuantes e suficientes na SM local. Portanto era real o risco do serviço assumir um território além da sua capacidade de atuação/operacionalização.

⁵⁶ Em três ocasiões tentamos junto a SRS a regularização do serviço, porém em todas elas, além de não obtermos o CNES por inadequações, segundo a Vigilância Sanitária, fomos enfaticamente questionados por não aceitarmos um projeto de CAPS local.

Portanto, perante o Estado não existimos, ou existimos de forma não oficial.

6.1 O discurso oficial, a partir das CNSM, para os municípios de pequeno porte

A partir do desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986, em junho de 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), sendo esta realizada em um clima de intensas discussões, ficando seu relatório final para a história do movimento da reforma psiquiátrica, ao fazer prevalecer suas teses em praticamente todos os temas (COSTA-ROSA et al, 2001).

Estão presentes nesse documento oficial, não apenas propostas técnicas, mas argumentos e proposições que engajam o processo de transformação de um setor específico da saúde, a saúde mental, em uma luta que transcende essa especificidade, vinculando-a a luta pela transformação da sociedade. Mas foi apenas mais um documento oficial, talvez o primeiro que colocou a questão da saúde mental nessa perspectiva da luta entre os interesses de classes. (COSTA-ROSA et al, 2001 p. 13).

Todas as outras Conferências posteriores (II CNSM em 1992, III CNSM em 2001 e a recente IV CNSM em 2010), mantiveram essa proposta de adesão às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, bem como a reafirmação dos princípios do SUS. Conforme o contexto sócio-político em que ocorreram algumas nuances puderam ser percebidas e algumas diferenciações explícitas (ZAMBENEDETTI, 2008; COSTA-ROSA et al, 2001). Porém, em se tratando do objeto deste estudo, procurou-se analisar especificamente as propostas direcionadas para os municípios de pequeno porte. (BRASIL, 1988; 1994; 2002; 2010)

Mesmo assim cabe valorizar a importância desses documentos para compreensão do discurso oficial para o setor da SM. Haja vista que estes fóruns tornaram-se uma arena privilegiada de debates e construções dos atores interessados no tema. O número exponencialmente crescente de delegados, municípios e diversificados segmentos sociais, culminando com a IV Conferência formalizada de maneira intersectorial, comprova a importância e representatividade desses eventos para as políticas públicas em Saúde Mental.

Em se tratando do nosso objetivo, no relatório final da I Conferência, observamos que não houve proposta específica sobre os municípios, porém devemos considerar que para o momento político vigente, seu resultado parece-nos

bastante relevante, ou seja: a reafirmação das diretrizes da 8ª CNS; reversão da tendência hospitalocêntrica e psiquiátricotônica; não credenciamento de novos leitos em hospitais psiquiátricos tradicionais; estratégia de implantação de serviços de saúde mental nos serviços gerais de saúde; programas de emergência psiquiátrica; implantação do hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos, núcleos autogestionários e trabalho protegido; descentralização dos ambulatoriais públicos; equipes multiprofissionais em UBS e criação de programas de reabilitação para crônicos. (ZAMBENEDETTI, 2008, BRASIL, 1988).

Embora, o relatório aponte a questão da SM como um problema de Saúde Pública, portanto passível da necessidade de abordagem nas três esferas federativas, inclusive municipal, o mesmo não apresenta uma proposta específica a esse nível.

O Relatório da II Conferência também não trouxe especificado um discurso para os municípios de pequeno porte, porém já apontou para a municipalização da saúde. Trazendo, inclusive, em suas recomendações gerais:

exigir o cumprimento da Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/ 90) e sua complementação (Lei nº 8.142/90), bem como os princípios constitucionais referentes à municipalização, no sentido de superar os interesses políticos contrários à mesma. (BRASIL, 1994)

As propostas básicas do documento indicaram: a reafirmação dos princípios do SUS; criação da rede (intra-setorial, intersetorial e informal); fluxos efetivos de referência e contras-referência; intensificação dos programas públicos de lares abrigados e pensões protegidas; definição das equipes como multiprofissionais incluindo da área artística, cultural e educacional; sugestão dos conceitos de território e responsabilidade; constituição de equipes itinerantes que atuem nas comunidades, em áreas urbanas e rurais. (ZAMBENEDETTI, 2008, BRASIL, 1994).

De outra forma, o relatório da III Conferência aprofundou o questionamento do modelo asilar e propôs efetivamente uma avaliação do processo de Reforma Psiquiátrica, indicando novos caminhos para sua efetivação. Nessa direção recomendou: a reafirmação do SUS e seus princípios constitucionais; uma reorientação pautada em uma concepção de saúde como processo; estabelecimento da Rede; a desospitalização e a desinstitucionalização efetiva; a consolidação de

uma sociedade sem manicômios; extinção dos leitos psiquiátricos até 2004; descentralização; diversificação da oferta de serviços e ações; criação de equipes volantes multidisciplinares em saúde mental para atendimento de urgências, visitas domiciliares e apoio a atenção básica; integração entre Saúde Mental, PACS e ESF; necessidade de discussão sobre os efeitos do princípio de hierarquização sobre os serviços de saúde mental e garantia de acesso à atenção em saúde mental 24hs, 7 dias da semana.

Sem dúvida que esse Relatório trouxe profundos avanços ao sugerir, por exemplo, a criação de equipes de saúde mental em todos os municípios, porém ao estabelecer o critério populacional como limitante para essa implantação de serviços especializados, sugerindo ora 60 mil, ora 70 mil como referencia mínima, criou, também, um entrave administrativo. Introduzia-se, assim, o conceito de regionalização e induziam-se aos acordos intermunicipais, já que, na época mais de 70% dos municípios brasileiros tinham menos de 20 mil habitantes. (BRASIL, 2002)

Analisando o documento, não percebemos ou não podemos afirmar se houve uma discussão ou consideração sobre as características populacionais dessa imensa maioria de municípios. O fato é que naquele instante, mesmo se admitindo a necessidade de equipes/serviços de saúde mental municipais não foi criada uma proposta efetiva/concreta para seu estabelecimento nessa unidade federativa – o município.

A IV Conferência manteve-se na direção das anteriores de consolidação do SUS e seus princípios, reafirmando a proposta brasileira de abandono do modelo hospitalocêntrico, questionamento das propostas manicomiais e /ou instituições asilares como alternativa terapêutica para os portadores de transtorno mental, além da ampliação intersetorial da rede de cuidados necessária ao atendimento qualificado dos usuários dos serviços. De forma geral o desafio proposto foi o de cuidar desse sujeito inserindo-o em seu território, com suas singularidades sócio-culturais. (BRASIL, 2010)

Quanto ao discurso para os municípios, aqui observamos um questionamento sobre o critério populacional, adotado anteriormente, em todos os eixos da

Conferência e, pela primeira vez, efetivamente, a voz desses municípios de pequeno porte foi registrada no Relatório Final⁵⁷.

Novamente é curioso constatar que estamos falando de 70% das cidades brasileiras, além do que a proposta básica organizacional do MS é a valorização e o respeito às singularidades do usuário inserido em seu território. Obviamente que, aqui não vamos nos contradizer e refletir sobre esse lugar em sua configuração geográfica, porém salientamos os riscos de não serem consideradas as particularidades inerentes em uma cidade, sejam políticas, culturais, sociais e econômicas. Peculiaridades essas fundamentais para a efetiva territorialização da Saúde Mental.

⁵⁷ Sugiro leitura do Anexo IV (pag. 217) que aponta todas as propostas específicas aprovadas no Relatório Final da IV CNSMI para os municípios de pequeno porte e/ou com menos de 20 mil habitantes.

Capítulo III – A AÇÃO DOS SUJEITOS

O homem é, acima de tudo, aquilo que faz de si mesmo.

Augusto Luiz Nobre de Mello

1. Um pesquisador implicado

1.1 O indispensável comprometimento com o serviço

Considerando a modalidade de pesquisa escolhida, foi indispensável à reflexão sobre a implicação do pesquisador envolvido no projeto:

a implicação, no campo das ciências humanas, pode ser então definida como o engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por sua práxis científica, em função de sua história familiar e libidinal, de suas posições passadas e atuais nas relações de produção e de classe, e de seu projeto sócio-político em ato, de tal modo que o investimento que resulte inevitavelmente de tudo isso seja parte integrante e dinâmica de toda atividade de conhecimento. (BARBIER, 1985 p. 120).

Pondera-se que com a conseqüente transformação pessoal-profissional ocorrida a partir da aproximação com esse tema, é forçoso esclarecer meu comprometimento específico com esse objeto de pesquisa. Sendo, inclusive, esta análise fundamental para a adequada utilização do método escolhido de atuação: a pesquisa-intervenção.

Ao assumir a coordenação do matriciamento entre a USM e a ESF em um município de pequeno porte, e percebendo suas especificidades (técnicas e administrativas), optei por tornar-me um sujeito “militante” de uma atividade profissional especializada, porém buscando também a produção de conhecimento, por exemplo, a construção de um trabalho acadêmico.

Segundo Merhy (2004):

o sujeito implicado na construção de um conhecer militante carrega mais do que uma teoria, uma caixa de ferramentas cheias de “conceitos” e “esquemas” explicativos que podem lhe abrir várias possibilidades de significar e resignificar a si mesmo como sujeito da e em ação, que fazem sentido ou não para si mesmo (p.24).

Foi evidente o desafio aceito de tentar fazer ciência com praticidade e eficácia junto às necessidades ou demandas do município.

Motivou-me, inicialmente, a convicção da manutenção de uma atitude instituinte baseada na ideologia de transformação de um Sistema instituído, porém, e ao mesmo tempo, refletindo sobre ele e suas informações para elaboração da tese.

Saliente-se como atitude instituinte

a capacidade do ator de analisar a posição que ocupa na estrutura social; orientação de tais ferramentas de análise para prática social, tendo em vista assegurar uma crítica permanente da implicação e da distância institucional do ator, bem como dos outros

atores presentes ou presentificados em seu campo de ação; estilo de vida e estados de disponibilidades para ações coletivas de transformação institucional”. (LOURAU, 2004, p. 61).

Portanto, foi fundamental o acolhimento das demandas do Serviço sem perder a visualização das características técnicas e pessoais dos profissionais atuantes no mesmo. Nessa fase inicial houve a necessidade da desconstrução do conceito de doença centrado no modelo médico. Assim sendo, nas reuniões, estrategicamente, procurei centrar-me na desmistificação da figura do psiquiatra como elemento mais importante do Serviço, ou aquele detentor da “palavra final” nas propostas terapêuticas.

A meu ver, a equipe necessitava tornar-se o verdadeiro sujeito a ser valorizado.

Na doença há uma construção de subjetividade radicalmente diversa, por isso nunca se pode tratar o sintoma, é preciso tratar o sujeito. Existem casos em que a medicação psiquiátrica, ao fazer um anteparo à doença, não resolve o problema ou até mesmo pode agravar a situação. Nesse sentido é possível pensar que o delírio pode ser necessário como processo. A doença deve ser repensada como fato cultural e como caminho; é preciso aprender com a doença. (...) O conceito de clínica se amplia, tomando a forma de ato analítico que age sobre a produção de subjetividade. (TORRE e AMARANTE, 2004, p. 68).

Alerta-se aqui, a necessidade de considerar outros dois conceitos fundamentais quando se pretende a construção de sujeitos numa investigação,

o primeiro, o de **modos de subjetivação** desenvolvido por Felix Guattari, nos informa que a multiplicidade de dimensões que constituem a subjetividade do homem moderno é, tal ponto complexa, que é impossível pensar numa das instâncias sendo dominante em relação a outras. (L’ABBATE, 2004a p. 08) (negritos da autora).

L’Abbate (2004a) aponta que Guattari “se serve de um termo musical para definir subjetividade, afirmando que “a subjetividade, de fato, é plural **polifônica**” (Guattari, 1992). Polifônico significa, não apenas multiplicidade de sons, mas infinitas combinações de “acordes e escalas” (p. 08) (negritos da autora).

O segundo conceito, que complementa o anterior é o de **singularidade**, desenvolvido por Gilles Deleuze. Ao afirmar que a dimensão da subjetividade é o espaço do singular, esse filósofo parte de dois princípios, segundo os quais, o abstrato não explica coisa alguma, mas, ao contrário, é ele que deve ser explicado; o universal não existe, o que existe é o singular, a singularidade. (L’ABBATE, 2004a p. 08)

Assim sendo, cada pessoa deve construir “seu próprio processo de se tornar mais sujeito” no seu dia-a-dia e, por que não, na sua prática.

Cotidianamente, portanto, a prática clínica foi construída identificada com as implicações psicoafetivas de cada profissional, redescobertas e manifestadas, por exemplo, nas reuniões de equipe.

Segundo Barbier (1985)

No nível individual, o pesquisador logo se defronta com a sua implicação psicoafetiva, pois (...) o objeto de investigação sempre questiona os fundamentos da personalidade profunda. Aliás, toda profissão baseada no desenvolvimento de uma relação humana especial supõe esse tipo de implicação. (p. 108)

Por outro lado, paralelamente, persisti em meu propósito de procurar ser um sujeito com atuação instituinte e centrado na proposta de investigar as conseqüências da consolidação da atenção primária como ênfase para o SMSMP.

Em síntese, “devemos sempre nos interrogar sobre os motivos mais profundos pelos quais estamos nos implicando neste ou naquele projeto, o que significa, em última instância, estar atentos à **dimensão ética**, com certeza presente em todas as nossas ações” (L’ABBATE, 2004a, p. 08). (grifos da autora)

1.2 O sujeito investigador

O processo de formação de pesquisadores dentro da academia, obviamente, exige uma profunda reflexão sobre o ato de pesquisar. Há que se estar atento às circunstâncias problematizadoras e aos fatores que impeçam, por exemplo, uma apropriada construção de um projeto científico, bem como uma coerente atitude desse sujeito frente ao seu objeto. Só assim, será possível a construção de uma proposta de investigação que traga contribuições relevantes aos debates em curso, além da obtenção de resultados pertinentes e/ou bem fundamentados.

Nesse sentido, ao iniciar o doutoramento, fui questionado por alguns interlocutores sobre os riscos da proposta de pesquisar o cotidiano profissional estando o pesquisador inserido nele, além da possível ascendência e/ou liderança que o mesmo teria sobre a equipe da qual fizesse parte. Seria possível uma investigação científica com essas condições? Como minimizar os inevitáveis vieses dessa aproximação/relação com o objeto de pesquisa evitando os riscos de uma miopia-investigativa?

Para aprofundar tais questionamentos, optou-se por um referencial teórico-metodológico que privilegiasse a relação sujeito-objeto numa perspectiva coerente com as circunstâncias acima descritas. Desse modo, surgiu a opção de utilizar, como abordagem, a AI na medida em que alguns conceitos desse referencial colocam-se como bastante pertinentes para a análise das relações entre o pesquisador e seu objeto, destacando-se dentre eles o conceito de **implicação**, mediante o qual René Lourau definiu as relações de ordem afetiva, ideológica e profissional que todo pesquisador estabelece, ainda que de forma inconsciente, com seu objeto de pesquisa e/ou intervenção, assim como com o próprio campo epistemológico no qual se situa a investigação em pauta.

Para compreender melhor essa relação sujeito-objeto, cabe também contextualizar o desenvolvimento do sujeito que pesquisa a partir de sua implicação analisada. Portanto foi preciso retomar as características gerais da subjetividade em relação à apreensão do ambiente.

Durante seu processo biológico evolutivo, o ser humano adquiriu a capacidade de reflexão sobre si mesmo e conseqüentemente sobre sua própria existência. Capacidade esta que transformou-o numa espécie ímpar na cadeia animal, com potencial de “construtividade” e probabilidades de adaptação que ainda podem surpreender aos mais céticos em pleno séc. XXI. Por outro lado, são também notórios os descaminhos da humanidade, com níveis de destrutividade proporcionais a essa mesma potencialidade de criação. Então, o “sujeito humano” possui um ego compreensivelmente instável, ambivalente e, ao mesmo tempo, onipotente na relação com o ambiente que o cerca.

Entretanto, esse mesmo sujeito, de acordo com Freud, recebeu três duros golpes nesse seu ego, as assim chamadas feridas narcísicas, a partir das “descobertas” de três grandes cientistas: Copérnico, Darwin e o próprio Freud.

O primeiro refutou qualquer possibilidade do planeta Terra (o habitat humano) ser o centro do Universo; o segundo desmistificou a chance da espécie humana (seu corpo) ter origens “divinas” e/ou diferentes dos outros animais e o terceiro desvendou que, na realidade, é o inconsciente quem “controla” as escolhas e a maioria dos comportamentos humanos. Assim sendo, o homem, em relação ao ambiente, ao seu

corpo e à sua mente, tem limites e circunstâncias que não podem ser negligenciados em qualquer tentativa de compreensão/assimilação da sua subjetividade e/ou maneira de ser.

Mesmo assim, a meu ver, tais pensadores facilitaram o caminho rumo à liberdade de ser e ao livre-arbítrio no viver, na medida em que, tais teorias permitem o reconhecimento e a conformação dessas limitações. Nesse caso, o homem pode, ancorado nessa capacidade de abstração e (re) invenção da realidade, superar obstáculos e potencializar sua habilidade de sobrevivência e criatividade, impulsionando sua curiosidade a respeito de tudo que o cerca, numa constante tentativa de reconstrução e releitura de sua própria história.

Assim, seria certamente facilitada a trilha do sujeito que busca a possibilidade de compreensão do seu ato de investigar, sem negligenciar as conjunturas inevitáveis do encontro com seu objeto de pesquisa e o contexto social no qual, ambos - sujeito e objeto - estão inseridos. Mesmo que um deles não exista sem o outro, e que, sujeito-objeto torne-se, nesse sentido, uma díade indissolúvel.

Podemos, então, afirmar: o sujeito que se propõe pesquisador deve inicialmente buscar a clareza dos “pontos de ligação” com seu objeto de pesquisa, refletir sobre as perguntas a serem feitas e não valorizar em demasia as respostas a serem encontradas, enquanto conclusivas. Ou seja, desconstruir as idéias previamente concebidas e estabelecer um diálogo fecundo com seu objeto. A curiosidade do “sujeito seduzido” não deve atropelar a tagarelice de um “objeto sedutor” que, se adequadamente acolhido, fornece todos os dados pertinentes à investigação a ser construída. Melhor dizendo o encontro sujeito-objeto enquanto díade é ativa nesse processo.

Salienta-se, portanto, que encontrar um objeto que nos convide á investigação compreende um complexo processo que envolve, também, a subjetividade daquele que se propõe a ser seu investigador.

No caso específico, o objeto refere-se a um serviço de Saúde Mental implantado num pequeno município da região sul do estado Minas Gerais com cerca de 19,4 mil habitantes.

Destaca-se essa peculiaridade, por ser fator normativo da Portaria GM/MS n.º 336/02, que estabelece as condições para a criação dos CAPS, aparelho estratégico preconizado pelo MS para o fortalecimento da rede de cuidados aos portadores de transtornos mentais. Ou seja, o CAPS I é um “serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes”. (MINISTERIO DA SAÚDE 2004a)

O Serviço investigado possui uma equipe multiprofissional atuante, e, no mesmo município, encontram-se outras quatro equipes da Estratégia Saúde da Família também prestando assistência. Sendo assim, apesar de não ter condições populacionais mínimas para a implantação do aparelho estratégico para atendimento aos portadores de transtornos mentais, a cidade tem uma estrutura assistencial condizente, teoricamente, para prestação de atendimento à saúde mental de seus usuários.

Nesse contexto ora explicitado, além de elementos essenciais na constituição de uma equipe e do serviço, também foi analisada a subjetividade do sujeito que intervém/pesquisa. Para tanto redigiu-se um diário⁵⁸ pessoal das visitas semanais ao serviço. Nesta redação procurou-se construir uma descrição mais fidedigna possível com a impressão emocional que o momento imbuía no sujeito. Sendo que sua releitura para categorização só foram feitas tempos depois, ou seja, após cada visita descreveu-se a impressão particular do cotidiano profissional sem haver a preocupação com uma seqüência lógica racional. O objetivo foi minimizar uma possível censura pessoal ao conteúdo descrito, bem como registrar, o mais honestamente possível, o envolvimento afetivo desse sujeito enquanto investigava. Porém salienta-se que, concomitante à sua construção, já havia uma primeira análise da minha implicação através das reuniões com a orientadora da pesquisa.

Além disso, a participação nas reuniões do grupo de pesquisa “Análise Institucional e Saúde Coletiva”, possibilitava a discussão de temas teóricos, pertinentes à investigação, facilitando uma melhor compreensão das informações apresentadas campo pesquisado.

⁵⁸ Durante 13 meses (08/12/2009 a 19/01/2011) redigi semanalmente num caderno minhas percepções quanto à investigação ou ao cotidiano institucional. Essa diário de pesquisa tornou-se um organizador, coletor, decodificador e/ou denunciante de minha implicação.

1.3 Da análise da demanda à construção da encomenda

A primeira fase do diário demonstrou claramente minha tensão em relação ao projeto por conta da disparidade entre aquilo que a pesquisa solicitava e a flexibilidade de parte da gestão em acatar essa necessidade.

A primeira reunião oficial sobre a situação do setor da Saúde Mental em Paraisópolis para definir minha participação no serviço se deu em 08 de dezembro de 2009 e as negociações se estenderam até 25 de janeiro de 2010. Tivemos algumas conversas para coleta de dados e esclarecimentos das dificuldades, além de contatos com a eSM e as ePSF. Apesar da satisfação pela maneira positiva como fui acolhido em todos os setores, também se tornou explícito a complexidade do desafio a ser aceito.

Logo no início das negociações para o meu retorno à Paraisópolis, após ter-me desligado do serviço de Brazópolis, resolvi escrever meu diário pessoal. Desde o início, tinha a noção da importância de ter um mecanismo para a elaboração de minhas implicações num projeto desse vulto.

Sendo assim, iniciando o processo para retornar ao serviço, em 08 de dezembro de 2009, escrevi:

(...) Por outro lado a Saúde Mental anda com dificuldades desde que saí de lá em junho/09. Apesar das tentativas da gestora 1⁵⁹ em favorecer o serviço, inclusive indo às reuniões, a equipe está sem coordenação e batendo cabeça. Acho que o conflito causado pela coordenadora anterior foi bem maior do que eu imaginava. Essa é minha grande dúvida atual: Como implantar serviços minimizando a influencia pessoal dos perfis profissionais (seja positivo ou negativo)? Minhas últimas experiências deixam claro que conforme o profissional atuante o serviço caminha numa ou outra direção. Independente das condições estruturais vigentes.

Alguns dias depois, ainda na fase inicial da proposta, em 19 de dezembro de 2009, conclui:

Após a conversa com a gestora 1, fiz as reuniões com a eSM e as 04 ePSF. Pude perceber a dinâmica de funcionamento, as implicações de cada um com o Serviço e as principais carências. Cheguei a algumas conclusões e agora preciso redigir uma proposta de atuação no município. Estou com várias idéias, muitas preocupações e alguns desafios por acertar. Hoje, no clube, li um texto teórico da Alice Hirsh, que tratava da Reforma Psiquiátrica e Reabilitação Psicossocial. Entre muitas reflexões, uma não me sai da cabeça nesse momento em que estou: é

⁵⁹ Durante a pesquisa tivemos quatro gestores que foram identificados na pesquisa com os números 1, 2, 3, 4 conforme respectiva entrada no Departamento de Saúde.

impossível a apreensão da totalidade da realidade. É fato... sempre temos uma visão parcial dela.

Nas equipes ouvi várias interpretações dos serviços todos convictos de que estão certos. Ficou evidente a distância da gestora em relação aos trabalhadores e o quanto isso compromete a participação e motivação destes com o trabalho. Por outro lado, considerando o perfil do serviço e de alguns trabalhadores, bem como a maneira bastante positiva como fui recebido, estou animado e confiante de que posso desenvolver um bom projeto.

Esse período foi fundamental para assimilação da demanda e a formatação da encomenda imposta pelo campo onde iria atuar. Porém o envolvimento anterior facilitou e influenciou minha inserção no mesmo, potencializando a percepção das incongruências dos atores atuantes nesse universo. Felizmente, havia essa implicação prévia facilitadora dos compromissos a serem acordados.

Nesse sentido Lourau (2004c) esclarece que

tais fórmulas constituem juízos de valor sobre nós mesmos e sobre os demais, destinados a medir o grau de ativismo, de identificação, com uma tarefa ou instituição, a quantidade de tempo/dinheiro que lhe dedicamos (estando lá, estando presentes), bem como a carga afetiva investida na cooperação (pag. 187).

A esse “conjunto das relações que existem conscientes ou não, entre o ator e o sistema institucional”, Lourau (1975) deu o nome de implicação institucional.

Mesmo com essas aparentes facilidades iniciais era preciso ter clareza dos objetivos dessa intervenção, compreender os fatores que prejudicavam ou facilitavam a dinâmica institucional e ter uma noção das estratégias cabíveis. Ou seja, apesar da variabilidade de demanda era fundamental priorizar algumas, objetivar uma encomenda para propor a pesquisa-intervenção.

Logo no primeiro registro no diário, em 08 de dezembro de 2009, pontuei:

Em todo caso, pretendo usar minhas experiências anteriores e ajudar a construir um serviço fortalecido em Paraísopolis.

Sendo assim, decidimos eu e a gestora que conversaria primeiro com todas as equipes, buscando suas singularidades e posteriormente (no próximo dia 28/12) falaremos sobre as prioridades, estratégias e propostas. Ela pediu que eu fizesse um projeto detalhado com idéias, carga horária, remuneração, etc.

*Gostei desse início, pois está baseando-se em propostas efetivas e planejamento
Que Deus no ajude!*

Porém, algumas questões práticas se impuseram. Infelizmente, nem sempre o desejo primário significa a ação possível de ser realizada.

Ao surgir os primeiro entraves, em 19 de dezembro de 2009, anotei:

Nesse momento, outra questão a ser discutida é o meu salário. Os municípios dessa região tendem a não valorizar como deviam os serviços que contratam e isso me incomoda. Quanto aos meus próprios serviços desenvolvi um raciocínio relativamente simples para propor uma remuneração a eles. Ouço a proposta e em cima dela penso na carga horária que posso dispor. Talvez não seja a mais adequada, pois nem sempre essa carga horária é a suficiente para desenvolver os projetos. Por outro lado, tento evitar a sensação de ser explorado pelo sistema.

Para Lourau (1975)

o analista, por sua função, que consiste em se imiscuir em uma divisão de trabalho já existente, instituída entre os membros de uma coletividade-cliente, tem seu posto de trabalho definido quanto ao conteúdo e delimitado quanto a prerrogativas pela demanda de intervenção, no momento em que esta demanda se torna encomenda e contrato de intervenção. (pag. 279)

Dessa forma, desde os primeiros contatos era clara a necessidade de uma contratação ética para essa tarefa, onde ficassem explícitas todas as minhas atribuições, carga horária e remuneração. Ainda mais pela especificidade da empreitada, era lícito que este contrato não poderia seguir as mesmas diretrizes dos acordos trabalhistas comuns.

Este entrave escancarou um dos analisadores mais potentes da AI num processo de pesquisa-intervenção – o analisador dinheiro (Lourau, 1975 L'Abbate, 2004). Tornou-se evidente que, apesar da proposta municipal enunciada de investimento no setor SM, havia dificuldades/resistências em remunerar adequadamente os serviços necessários.

Esta foi uma das questões relevantes ponderadas nos primeiros dias, refletindo sobre isso, em 19 de dezembro de 2009, escrevi:

Quanto ao salário de Paraisópolis estou pensando no que recebia de Brazópolis, e a partir deste iniciar uma negociação. Minha preocupação é que para desenvolver completamente o projeto precisaria ter uma carga horária mínima de 12 h semanais. Talvez a adequada remuneração para essa carga, o município não queira ou possa bancar e aí... Não sei, mas não gostaria de desenvolver o projeto parcialmente. Em Brazópolis recebia R\$ 4.320,00, por 12 horas em agosto/2009. Para ficar satisfeito em Paraisópolis eu gostaria de receber R\$ 4.500,00 e trabalharia as mesmas 12 horas. Acho que conseguiria fazer atendimento clínico, capacitar os ACS, fazer reuniões de equipe, visitas aos territórios e supervisionar algumas propostas de ações territoriais por parte da Saúde Mental (oficinas e grupos). Penso em propor um contrato de 01 ano.

Saliente-se que de maneira satisfatória a negociação com a gestora caminhou nessa direção. Estabelecemos claramente a forma de contratação, explicitando

atribuições e carga horária de trabalho, dando transparência, coerência e solidez ao contrato firmado⁶⁰.

Conforme Lourau (1975) alerta “o analista não deve descuidar, nem subestimar ou deixar de levar em consideração este material de análise. Nem reduzi-lo a uma discussão quantitativa sobre tarifas” (pag. 279).

Extremamente aliviado, pontuei em 05 de janeiro de 2010:

O processo sugerido de contratação foi muito legal, transparente e me deu segurança. Sinto-me fazendo algo correto e adequado. A contra proposta financeira foi de R\$ 4.000,00 livre de impostos. Considerando o projeto, as possibilidades de crescimento pessoal e a vontade de construir. Acho que fiz ótimo investimento profissional.

Por outro lado, percebemos o analisador dinheiro forçando a instituição a se revelar, tornando explícita as estratégias do município para conseguir contratar um profissional médico. É notório que há uma dificuldade relevante nos municípios para contratação desse profissional, como também é notório que, conforme a categoria profissional do trabalhador da saúde há tratamentos diferenciados dispensados pelo sistema.

Saliente-se, nesse sentido, a existência de um jogo de forças atuantes, além de vários aspectos que devem ser considerados. Portanto, apesar estarmos falando de um grupo de trabalho de um mesmo serviço onde “todos participem, há níveis de responsabilidade e há diferentes formações e competências profissionais” (L’Abbate, 2004 p. 98).

Este é um aspecto fundamental a ser discutido para a organização dos serviços de saúde, e, a meu ver, merecedor de estudos mais específicos e aprofundados.

Sendo assim, conforme nos aponta L’Abbate, (2004):

“Por tudo isso, e não por mera coincidência, o dinheiro constitui um analisador muito sensível e potente, que permite esclarecer dimensões fundamentais e muitas vezes ocultas e contraditórias das relações entre sujeitos (...)”.

Em suma, podemos perceber a existência de uma estrutura da organização que inevitavelmente influenciou todas as ações sobre o setor.

Nesse sentido, aponta Lourau (1975) que

dizer que a estrutura da organização, e não somente determinado indivíduo que ocupa um lugar singular (patrão, médico, analista), é objeto de transferência para todas as

⁶⁰ Para maiores detalhes sugiro leitura do Anexo III (pag. 214)

peças que tem relações com a mencionada organização é na verdade reconhecer como essencial na vida da organização a existência de uma implicação diversificada (...). (pag. 275)

Saliente-se que, nas fases iniciais dessa natureza de projeto, quando das implicações imediatas ou da mediatizada pelo saber sobre o que é possível e sobre o que não é possível fazer ou pensar, há sempre uma transferência institucional e o conteúdo dessa transferência é, sobretudo o da demanda ou da encomenda da intervenção. (LOURAU, 1975)

1.4 Das ações intervenientes iniciais à implicação prática

Após o período de reuniões com os setores e de negociações com a gestora para formatar minhas atuações no serviço, alinharei algumas idéias e redigi um plano de ação. Neste foi explicitado não só os objetivos a serem alcançados como as estratégias adotadas⁶¹.

Particularmente minha intenção nos primeiros dias foi provocar a reflexão da equipe com relação ao cotidiano profissional vigente. Para Lourau (1975) esse procedimento desloca o instituído pela ação instituinte do analista, ou seja, cria-se um analisador que pode revelar relevantes entraves para a crise estabelecida.

Ponderando sobre isso, escrevi em 11 de março de 2010:

(...) os serviços são até bem elaborados no papel; porém o cotidiano institucional fica a mercê de outros movimentos e atitudes que estão longe das portarias: o emocional! Nesse sentido pretendo manter-me alerta ao meu próprio emocional para não comprometer o projeto. Também considerando os riscos desse fenômeno, pensei em criar ou sugerir mecanismos constantes de avaliação e análise de situações do dia-a-dia dos profissionais no serviço (...).

Porém essa tarefa não se deu de forma tranqüila. Intervir é tornar-se parte em uma contestação que já estava pendente entre outras pessoas.

Segundo Lourau (1975 p. 277) “o grande problema para o interveniente é compreender que intervém em uma situação de conflito latente, e que, seja qual for o sistema de valores e os modelos culturais dos clientes, ele será percebido como perito e como desmancha-prazeres”.

⁶¹ Para maiores detalhes sugiro leitura do apêndice “Projeto de atuação nos setores de SM e ESF de Paraisópolis/MG” (pag. 222)

Logo no segundo mês de intervenção, preocupado, registrei em 20 de março de 2010:

O projeto começa a enfrentar seus primeiros obstáculos por conta das posturas inadequadas, dificuldades com a remuneração e “picuinhas” entre os membros da equipe. Confesso que pensei em diminuir o tempo do contrato e terminar logo esse stress. Por outro lado sei que ainda é cedo e esse projeto precisa ser levado a cabo.

Coincidentemente, no grupo de pesquisa, estamos discutindo sobre “implicação” e isso me dá alento e força para continuar. Muito mais que implicado... Estou “militante” por crença numa proposta adequada.

Afora isso, o pagamento de meus honorários nos primeiros meses não se deu no prazo que havíamos combinado. De um lado por conta da “originalidade” da contratação, de outro pela “ignorância” do setor financeiro em compreender a necessidade do tipo de pagamento. Novamente o analisador dinheiro nos revela a dificuldade e rigidez do sistema em lidar com contratos previamente bem definidos e estabelecidos de forma ética diversa do habitual. (L’Abbate, 2004)

Isso gerou certa tensão e, já bastante desconfortável, registrei em 12 de março de 2010:

Até hoje ainda não recebi minha remuneração de Paraisópolis. O que mais me incomodam são os funcionários mal preparados que, ao você procurar investigar as causas desse problema, não tem nenhum pudor em afirmar! “Eu vou ver se consigo te pagar na próxima semana”. Digo isso porque se eu “falar grosso” e reclamar com instâncias superiores eles se movimentam e te pagam rapidinho. De quem será a culpa?

Minha única certeza é que por essas e outra o funcionalismo publico está como esta.

Hoje cheguei a pensar em aguardar alguns meses (2 ou 3) e se essa for à prática, prefiro encurtar meu contrato para seis meses.

Não posso comprometer minha vida pessoal a esse nível, afinal os boletos não podem esperar a próxima semana. Por ora cabe o esforço de manter a calma e a serenidade para não comprometer o projeto do serviço.

Para Lourau (1975), “no deslocamento da divisão técnica e social do trabalho introduzido pela análise, à mediação que mais se manifesta e ao mesmo tempo a mais oculta é a relação financeira que o analista mantém com a organização-cliente”. (p. 278)

Mas o fato de estar num projeto de pesquisa, além dos compromissos assumidos tanto no município como na região, deu-me a motivação e condição emocional para suportar essa fase.

Admito um comprometimento muito anterior à pesquisa com os rumos do município, por exemplo, previamente motivado, escrevi em 07 de janeiro de 2010:

Acho que assumi uma responsabilidade muito grande, mas me sinto preparado para ela. A ansiedade e os receios que sinto não são desconfortáveis, pelo contrário me estimulam a querer fazer algo muito bem feito. Confesso que penso nisso o dia inteiro (...). Ainda aguardo uma definição do jurídico de Paraíso quanto a minha contratação e por isso tenho também, certa apreensão. Mas tudo bem. É preciso calma, serenidade, pois os projetos e perspectivas profissionais são e serão um divisor de águas em minha carreira.

Contraditoriamente, porém, algum tempo depois, em 20 de março de 2010, desabafei:

Sobre o pagamento de Paraíso, vale dizer que só foi solucionado em 16/03/2010 quando me foi esclarecido que por um erro de um funcionário, recebi atrasado e a menos; acabei arrumando um prejuízo financeiro grande. Talvez, se eu não estivesse tão comprometido com este projeto já tinha “chutado o balde”.

Independente desse tensionamento inicial, as primeiras ações foram efetivadas e de certa maneira conseguimos pelo menos ter uma noção das principais prioridades a serem enfrentadas e encaminhadas para o desenvolvimento da investigação.

Portanto, concentrado em minha função, em 28 de fevereiro de 2010, registrei:

Acho que após essas primeiras semanas vislumbro algumas diretrizes para cada setor (psiquiátrico, psicológico, social e ocupacional) que vão facilitar e encaminhar nosso diálogo com a ESF. É exatamente isso que gostaria passar a equipe. Também pretendo agilizar para que Vermelha⁶² assuma definitivamente a coordenação do serviço, facilitando minhas ações nos territórios.

Dessa forma, com poucas semanas de trabalho pude estabelecer uma distância prática em relação à racionalidade das propostas da equipe. Portanto estabeleceu-se uma implicação prática fundamental que indicou as relações reais a serem mantidas com a base material das instituições ali analisadas (LOURAU, 1975).

Apesar de estarmos num processo de investigação acadêmica, não se podia negligenciar o fato de que o mesmo ocorria num serviço de saúde estabelecido de forma pública com todas as características inerentes a isso.

⁶² Vermelha foi a escolhida pela equipe para assumir a coordenação do serviço, que desde a saída da anterior, até então, não tinha esse cargo institucionalizado. O objetivo, na prática, foi propor a divisão dessa coordenação com Azul. Porém, perante a gestão local, precisávamos oficializar Vermelha no cargo. Ambos os pseudônimos (Vermelha e Azul) foram escolhidos pelo pesquisador aleatoriamente.

1.5 A ameaça de sobreimplicação do pesquisador

Desde o início dessa pesquisa-intervenção e, em certo sentido, durante toda sua efetivação foi necessário conviver com os riscos de uma sobreimplicação com o trabalho, ou seja, instituir-se o sobretrabalho que seria “algo diverso daquilo que seja o dever do cidadão perante o Estado” (LOURAU, 2004c, p. 189).

Segundo Lourau (2004c), “a sobreimplicação, por sua vez, é a ideologia normativa do sobretrabalho, gestora da necessidade do implicar-se”. (p. 190)

O útil ou necessário para a ética, a pesquisa e a ética da pesquisa não é a implicação – sempre presente em nossas adesões e rechaços e não referência, participações e não-participações, sobre motivações e desmotivações, investimentos e desinvestimentos libidinais... – mas a **análise dessa implicação**. (pag. 190). (grifos do autor)

Sendo assim, ressalta-se a necessidade de analisar esse fenômeno ao longo da pesquisa, facilitando a potencialização do compromisso ético e adequado ao proposto inicialmente na encomenda.

Na análise desses momentos de aparente sobreimplicação, um dos aspectos revelados foi o desgaste emocional do pesquisador quando algumas posturas ideológicas dos atores no campo de análise se divergiram da sua. Durante algumas atuações, conforme registro nos relatos abaixo, houve situações de irritação excessiva e comprometimento da ação rumo à encomenda.

Para Lourau (2004c)

Quando a relação com o objeto ocupa todo o espaço e esvazia os outros campos de implicação existentes – como a encomenda, a instituição, a relação com a teoria, a relação com a escritura – psicologiza-se e se sobreimplica um campo (...). Desse modo pode-se chegar a negar a existência de um ou outro campo; por exemplo, o libidinal, o da relação com o objeto, ou mesmo aquele, igualmente obscuro e determinado, da relação com a escritura (pag. 191).

Por exemplo, incomodado, registrei em 10 de junho de 2010:

Esta semana fizemos nossa primeira reunião onde discutimos as impressões particulares de cada um sobre o cotidiano do serviço.

Como pensávamos, foi uma reunião tensa, ora constrangedora, ora esclarecedora, mas fundamental para denunciar as posturas profissionais vigentes.

Independente do mérito analisado considerei as falas, as trocas de farpa, as retomada de concepções como indispensáveis para o crescimento do grupo enquanto sujeito. Por outro lado tenho a impressão da necessidade que eu saia do foco no serviço, outros sujeitos ocupem esse lugar e que as pessoas “briguem” pelo seu desejo. Nesse sentido, tomei a iniciativa de

denunciar minha angústia em estar ocupando o espaço da coordenação, às vezes, e me propus a estar atento a isso e pedi a equipe à mesma postura.

No lado oposto disso temos a Cinza que ora é discriminada, ora se discrimina... mas sem dúvida permanece fora da sintonia da concepção que a equipe quer para o serviço.

Ela me passa a impressão de um sujeito que não é da saúde. Tem outras referências profissionais mais ligadas às empresas e ao sistema privado. Ela me incomoda!

Noutro momento de irritabilidade, em 14 de julho de 2010, escrevi:

Finalmente quero confessar minha irritação em ter que lidar com essas questões. Talvez seja fruto do meu cansaço. O fato é que preciso ter cuidado para não atropelar todo um processo que no frigir dos ovos é sempre instigante e estimulante.

Mas fica uma questão para reflexão: se eu não estivesse comprometido com um projeto de pesquisa, teria a mesma paciência e o mesmo pragmatismo nas ações?

Às vezes o incomodo era enorme e costumava usar diário para aliviar a tensão, nesse caso, em 10 de novembro de 2011, desabafei:

O cerne da questão é alguns desejarem levar a dinâmica do privado para o público. Os atores tendem a pensar no privado e parecem negar que há um Serviço Público onde algumas opções não são possíveis. Particularmente me incomoda, pois isso se reflete nas práticas. Cada profissional pensa e age como se estivesse em seu consultório particular, onde sua ação não interfere no outro.

O dia seguinte à minha qualificação⁶³ foi especial nesse sentido, pois, apesar da satisfação pela conquista, ao recebermos a visita de uma representante do Estado, em 07 de dezembro de 2010, inconformado anotei:

Hoje recebemos a visita da representante da Superintendência Regional da Saúde (SRS) no Serviço. Mais uma vez suas posturas ideológicas, e, às vezes inadequadas contaminaram um contato que poderia ser fundamental ao Serviço. Ela insistiu com a idéia de CAPS e demonstrou ter uma visão totalmente descolada da prática e às vezes interfere até no seu próprio raciocínio. Graças a Deus não precisei conversar muito com ela, pois só fui trabalhar à tarde. Por outro lado, Vermelha a enfrentou, retrucando tudo que era necessário e adequado a ser dito.

Ninguém merece, viu!... Depois de uma qualificação tão boa como a de ontem, ainda tive de ver e conviver com uma postura oficial (do Estado) totalmente descolada da realidade.

Para Lourau (1975) se a participação e o compromisso com certos setores da vida social podem simbolizar adesão, integração ou identificação, a deserção e a defecção podem, por sua vez, simbolizar uma desafetação – força altamente instituinte, portanto cabe o cuidado ao analista para não desvalorizar ou

⁶³ Em 06 de dezembro de 2010 o projeto foi aprovado pela banca de qualificação constituída pelas professoras Solange L' Abbate, Rosana Onocko-Campos e Cristina Amélia Luzio. Na ocasião, além das indispensáveis orientações e esclarecimentos ao projeto, recebemos alguns elogios pela proposta do serviço.

desconsiderar alguns analisadores quando desse fenômeno no campo de intervenção.

A dissidência dos atores num projeto dessa natureza é, em tese, um potente analisador para compreensão das instituições e do jogo de forças presente no cotidiano institucional. Nesse sentido indica Lourau (1975) que “a característica do grupo objeto é defender-se contra os analisadores, reduzindo todos os tipos de desvios à dissidência ideológica”.

Desse modo, é forçoso dizer que o incômodo explicitado no diário comprometeu naqueles momentos, a assimilação desse processo. Isso, talvez pela ocorrência de uma liderança sobreimplicada do autor dessa tese.

Lourau (1975) esclarece essa relação entre a liderança e o desvio, afirmando

à dialética do líder e do dissidente corresponde o fato que um líder em função parece suscitar um dissidente, o qual é um líder em potência na medida em que um e outro apenas exprimem, no nível mais visível, mais dramático, o jogo dos diferentes momentos articulados no conceito de instituição. (pag. 287)

Fica explícita aqui a contratransferência institucional, ou seja, a resposta dada pelo pesquisador à organização-cliente enquanto instituição, na medida em que houve sua inclusão em um sistema singular de instituições, bem como também a resposta às transferências da própria organização que cobriu a equipe do ponto de vista deontológico, metodológico e ideológico (LOURAU, 1975).

1.6 O sujeito “militante”

Anterior ao início da pesquisa-intervenção propriamente dita houve nossa adesão à sugestão do Ministério da Saúde de reflexão sobre a situação da Saúde Mental no país, traduzida na implementação das conferências municipais, regionais, estaduais e nacional do setor. Desde o seu início, em 2009, venho participando da organização desses eventos, assumindo, inclusive, uma postura militante da proposta.

É cabível analisar a influência dessa implicação secundária no desenvolvimento dessa investigação. Para tanto seguem novamente alguns trechos do diário onde isto foi explicitado.

Antes de iniciar o projeto, em 30 de janeiro de 2010, registrei:

Ontem participei da reunião da Comissão Organizadora da Conferência Regional de Saúde Mental. Nela ficou definido que no próximo dia 26/02 às 14 h, na Câmara Municipal de Pouso Alegre, irei apresentar aos delegados as diretrizes para a organização serviços de saúde mental em pequenos municípios. Esse evento será fundamental para que as propostas da região sejam levadas a Conferência Estadual em maio... A responsabilidade é grande... mas acho que estou preparado pra ela!

Também participei de fóruns privilegiados do setor. Por exemplo, compareci a uma reunião regional de gestores de saúde para defender a aprovação da nossa Conferência Microrregional, nessa ocasião, em 11 de março de 2010, escrevi:

Hoje participei de uma reunião regional que contou com a presença de 11 gestores de saúde da nossa micro região (que tem no total 15). Fui lá para defender a realização da conferência microrregional em Paraisópolis, seguindo orientação e demanda da comissão/colegiado regional de Saúde Mental.

Foi muito importante para perceber a dinâmica desses gestores, a cobrança da SRS pela melhoria dos índices epidemiológicos nos municípios e a relação entre eles (gestores). Parecia um balcão de negócios com cumprimento de metas para compra de serviços. Confesso que saí da reunião preocupado com o que assisti apesar de ter obtido êxito no objetivo de aprovar a realização da conferência em Paraisópolis. Eles não se entendem, não tem visão de sua singularidade e das necessidades do município menores em relação ao estado. Aliás, deixei claro minha implicação com esses municípios e a preocupação com a maneira como vem se dando as pactuações regionais, sem dúvidas mal feitas e com critérios mal elaborados.

Noutra ocasião, após participação em uma reunião do Conselho Municipal de Saúde de Paraisópolis/MG, em 25 de março de 2010, conclui:

Ontem a noite estive na reunião do Conselho Municipal de Saúde, quando aprovou-se a realização da Conferência Microrregional de Paraisópolis. Acho que tivemos um ganho político fundamental para o projeto. Resta-nos agora realizá-lo da melhor maneira possível. Também fui convidado para uma palestra na Conferência de Ipuiúna. Além de sentir-me honrado com esses convites, vai ser muito bom ter contato com outros municípios e ouvir outros personagens da região sobre esse tema.

Pretendo, além da nossa Conferência Microrregional (onde estarão representados dez municípios) e Ipuiúna/MG, participar também das conferências de Pouso Alegre e Itajubá. Ou seja, após estes eventos terei uma visão privilegiada do setor na região e poderei de alguma maneira, divulgar algumas idéias sobre os municípios pequenos.

Noutro exemplo, em preparação para as Conferências Municipais, em 26 de março de 2010, anotei:

Hoje pela manhã em reunião com a gestora, lançamos as primeiras idéias a respeito da conferência em Paraisópolis. Apesar de algumas interferências da SRS conseguimos focar o evento na discussão sobre a Saúde Mental no contexto dos pequenos municípios. Confesso estranheza, às vezes, por conta de algumas pessoas não perceberem a influencia que esse detalhe (ser um pequeno município) traz ao serviço, aos trabalhadores e aos usuários.

Há pouco (alguns dias atrás) tive que apresentar a lei 10.216⁶⁴ ao nosso executivo (Paraisópolis) para fundamentar meus argumentos. Na própria equipe, alguns membros não compreendem alguns detalhes dessa lei. O curioso é que a mesma tem quase 10 anos e “internação psiquiátrica” é uma categoria relevante para a saúde mental.

Enfim, quanto mais mergulho nesse campo mais percebo que grandes equívocos são cometidos por falta de informação. Há atores nos gabinetes descolados da rede e pensando somente em portarias. Porém também há atores na rede descolados das portarias e pensando somente em resolver problemas de forma imediata.

Confesso minha apreensão para os próximos dias, pois vou participar efetivamente de 04 Conferências Municipais de Saúde Mental. Tenho a impressão de que muitas informações/dados relevantes vou poder coletar. Qual a interferência que essa vivência terá em minha percepção desse campo? É ver pra crer!

O aprendizado sobre a realidade regional foi intenso, a participação nesses fóruns fundamentou alguns argumentos sobre a organização da Saúde Mental, e, após as conferências realizadas, ponderei em 17 de abril de 2010:

Finalizei a maratona das conferências municipais de Saúde Mental. Participei de 04 e em todas percebi o quanto de trabalho temos para construir uma Saúde Mental decente nesse país. Conheci de alguma maneira a realidade de 16 municípios aqui da região. Há falta de profissionais, recursos econômicos, propostas adequadas para o setor, etc.

Em Pouso Alegre descobri um sujeito que ainda defende o manicômio em pleno sec. XXI. Um absurdo! Aliás, a conferência de lá teve sérios problemas por conta das disputas políticas e uma rede de serviços desmontada e/ou frágil.

Por outro lado o serviço de Paraisópolis comparado à região me parece muito bem. Temos uma equipe completa trabalhando e estamos construindo boas propostas.

Ainda sobre a conferência... Em Paraisópolis fui eleito delegado regional para defender as propostas na etapa Estadual. Obtive o maior nº de votos entre todos os candidatos, portanto, havendo boa aceitação em relação ao meu nome para representar nossa região. Penso que além das idéias e propostas percebidas que eu defendo, o fato de ser médico psiquiatra valorizou muito o meu discurso. É óbvio para mim que há uma expectativa por parte das pessoas de que os “médicos” se aproximem ou defendam propostas mais comunitárias, valorizando o trabalho em equipe e não mais se colocando como a “categoria mais importante” dos serviços.

Na verdade não sei se isso seria um sonho meu, uma percepção assimilada das pessoas ou mesmo a convicção de ser o melhor caminho. O que sei é que a maioria dos meus colegas psiquiatras não entendem assim e mesmo a ABP tem se pronunciado efetivamente contra essas idéias. Venho refletindo sobre isso e, hoje, considero que o caminho escolhido pelo MLA de enfrentamento e radicalização com a classe médica trouxe repercussões nos dias atuais. A aprovação do ato médico, a meu ver, inevitável, infelizmente, é um dos resultados desse processo. Tomara que isso não aconteça e eu esteja errado, mas confesso descrença! Também sei e admito que esses “colegas de classe” se colocam de maneira onipotente no processo.

⁶⁴ A Lei Federal 10.216, sancionada em 06 de janeiro de 2001, redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Sua promulgação impôs novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Internamente o que me aflige, é perceber a repercussão disso aos pacientes e serviços. Infelizmente sinto e percebo que o ideário dos atores contrários aos manicômios corre risco. É preciso adequar todas as idéias e favorecer o fortalecimento das propostas mais humanitárias e efetivas. Apesar de estar alcançando alguma ascendência na região sobre o tema, também sei da responsabilidade em favorecer, facilitar e contribuir para esse diálogo. Portanto, ser delegado me imprime uma preocupação muito maior que o prazer e a satisfação pelo reconhecimento por parte dos outros. Sendo assim o Serviço de Paraisópolis tem um objetivo a mais para dar certo. Que assim seja!

Considerando a relevância desse contexto político ao iniciarmos a investigação, foi preciso tentar definir as condições teóricas da pesquisa proposta. Nesse caso, para evitar-se, ao menos parcialmente, as confusões e reduções a que um método esta arriscado a se expor (Lourau, 1975).

Para Lourau (1975) é preciso

delimitar as condições práticas da intervenção socionálitica. Entendemos por condições práticas de um lado, tudo quanto determina o lugar do analista (individual ou coletivo) na situação de intervenção, o estudo posto de trabalho analítico e, de outro lado, a técnica de pesquisa, isto é, a aplicação concreta dos dados teóricos contido no método (pag. 266).

De alguma maneira, portanto foi preciso, ter previamente uma noção do grupamento ou grupamentos em análise. Compreender as referências e decifrar as relações que os indivíduos, no campo de análise, mantinham com as instituições.

Segundo Lourau (1975) é fundamental analisar a transversalidade nessas situações, sendo que esta também pode ser definida

como o fundamento da ação instituinte dos grupamentos na medida em que toda ação coletiva exige uma perspectiva dialética da autonomia do grupo e dos limites objetivos dessa autonomia. A transversalidade reside no saber e no não-saber do grupamento a respeito de sua polissegmentaridade. (pag. 270).

Ressalta-se que perceber o campo de análise confrontando-o com o contexto sócio-econômico-político mais amplo deu-me a possibilidade, enquanto pesquisador, de singularizar o agrupamento em que estava inserido.

Conforme alerta Lourau (1975)

Os indivíduos não decidem abstratamente viver ou trabalhar juntos, mas aquilo a que pertencem e as referências a numerosos grupos agem de tal maneira que podem se constituir novos grupamentos, que se reúnem assim às relações e referências já existentes, embora negando-as em graus diversos, porque as participações e referências anteriores admitem em geral oposições, critérios exclusivos, os quais, contudo são obrigados a se fundirem na multidão das diferenças. Este caráter singular dos grupamentos que a intervenção socionálitica encontra toma o nome de segmentaridade (pag. 268).

Portanto, desvelar e analisar a subjetividade prévia do pesquisador foi fundamental, pois, como pontua Lourau (1975 p. 270) esta “desempenha um papel determinante, porque determina muitas vezes a avaliação que o ator faz do grupo que revela para ele as possibilidades de ação privilegiada”.

Para este autor “a segmentaridade e a transversalidade atuam de maneira a especificar e modificar as implicações de cada um, ao passo que a ideologia se esforça por unificá-los” (p. 273).

1.6.1 A vivência das etapas estadual e nacional da IV CNSMI

A principal consequência da participação na etapa estadual IV Conferência, ocorrida em Belo Horizonte/MG, nos dias 14 e 15 de maio, foi à percepção da coerência e praticidade do que estávamos construindo em Paraisópolis, em relação à realidade mineira. As características demográficas do estado (como já referido, 79% de seus municípios têm menos de 20 mil habitantes), bem como o dialogo com outros serviços no evento deu-nos a segurança para continuar apostando em nosso projeto local.

Dessa forma, após o primeiro dia de participação na etapa estadual, em 14 de maio de 2010, anotei:

Estou na Conferência Estadual de Saúde Mental e acabo de sair do grupo de trabalho. Foi um exercício fecundo de prática democrática, além da oportunidade de conhecer as idéias dos atores no processo. Infelizmente ainda percebo posições ideológicas muito inadequadas e não atualizadas na questão da luta antimanicomial. Minha impressão é que há uma tendência a sobreimplicação dos trabalhadores impedindo uma atuação mais efetiva ou um enfrentamento menos desgastante e inteligente com os setores conservadores e hospitalocêntrico. Por outro lado temos muito gás na luta e também senti os usuários mais participativos. Cabe salientar, e isso foi reforçado aqui, que a IV Conferência Nacional foi um desejo e consequente da ação dos usuários (Marcha realizada no ano passado).

Da turma de delegados que trouxemos senti todos empenhados e sérios na discussão posta. Vimos todos pra cá no mesmo carro e a imagem de todos (usuários, trabalhadores e gestora) se encaminhando ao evento juntos é significativa do processo em vigência. Confesso revigorado em relação ao projeto de Paraisópolis.

Dois dias depois, em 16 de maio de 2010, terminado o evento escrevi:

Cheguei hoje da Conferência Estadual e para minha surpresa não foi complicado me eleger para a etapa nacional. Foi gratificante perceber que em muitos municípios da região tenho certo reconhecimento profissional e por isso fui indicado.

Gostei das propostas construídas e acho que em certo sentido (independente da próxima etapa) já temos as diretrizes, para as ações em Saúde Mental em nossa região. É preciso investir pesado na atenção primária e buscar a capacitação dos trabalhadores em Saúde Mental. É preciso ampliar a rede de serviços substitutivos e tenho a impressão de que há uma tendência à implantação dos Centros de Cultura e Convivência.

A “epidemia” do crack preocupa o estado inteiro e há um consenso da necessidade de pensar a Saúde Mental para os 79% dos municípios com menos de 20 mil habitantes. (...) por outro lado foi preocupante perceber o quanto o pessoal da ponta da rede está desgostoso com o Conselho Estadual e suas posturas administrativas. Agora nos resta Brasília onde poderei perceber a nível nacional.

A vivência/participação na etapa nacional, realizada entre os dias 26 de junho e 01 de julho, em Brasília/DF, foi determinante para algumas percepções pessoais a respeito do setor, bem como fundamental para os rumos posteriores dados a pesquisa. Na releitura do diário ficou explícita minha implicação simbólica e sua consequência nas posturas e decisões tomadas a posteriori em todos os fóruns, que eu tenha participado, sobre o setor.

Nesse sentido cabe o esclarecimento de Lourau (1975) sobre esse conceito – implicação simbólica – articulado ao sistema de referência da AI.

É a implicação que mais se exprime e menos se pensa. É o lugar em que todos os materiais aos quais se articula a sociabilidade exprimem ao mesmo tempo sua função e outra coisa, a saber, a própria sociabilidade, o vínculo social, o fato de viver em conjunto, das pessoas se compreenderem e se enfrentarem. Um desses materiais privilegiados é o sistema de parentesco simbólico que regula o arranjo e o desarrajo de uma coletividade grande ou pequena, logo que uma organização e certas finalidades a constituem como tal. (pag. 274)

Pela relevância do momento, em relação à análise da implicação, optou-se por publicar a maioria dos relatos do diário feito durante a estadia em Brasília/DF.

Chegando a Belo Horizonte (no dia seguinte viajaria à Brasília) em 25 de junho de 2010, escrevi:

Estou no quarto do hotel em Belo Horizonte. Acabo de jantar, após participar do grupo de trabalho onde debatemos as propostas a serem defendidas em Brasília.

A viagem até aqui foi tranqüila onde conversei muito com o motorista, conheci, através dele várias particularidades culturais e políticas da cidade. Foi quase uma aula intensiva sobre Paraíso. (...) Não gostei da primeira impressão das discussões. A começar pela coordenadora estadual que me pareceu excessivamente afetada pela ideologia que defende, ou seja, o Movimento de Luta Antimanicomial. Em minha opinião, por conta do cargo que ocupa, ela deveria, nesse instante, somente apontar as características do estado de Minas, as principais necessidades e propostas. Entretanto apresentou um discurso panfletário, em alguns momentos radicalizado desnecessariamente e fora de contexto. É grande o temor em relação às propostas do estado de São Paulo, aparentemente mais afinadas com as diretrizes sugeridas

pela Associação Brasileira de Psiquiatria. (...). Fiz duas ou três intervenções chamando a atenção para os municípios pequenos e a necessidade de respeito às singularidades do nosso estado. Apesar de cansativo, foi um bom aquecimento para o que virá. Amanhã cedo, saímos daqui com destino à Brasília.

Hoje, ouvindo meus colegas delegados, cheguei a uma conclusão ou questão reflexiva?

Como construir uma rede de atenção com propostas efetivamente territoriais em municípios com menos de 20 mil habitantes?

Talvez o projeto de Paraíso indique alguns caminhos.

Primeiro dia de Conferência, em 26 de junho de 2010:

Escolhi os grupos de trabalho e os painéis que pretendo participar, procurei dar ênfase a temas relacionados ao meu projeto de pesquisa. Por um instante pensei em assistir também algo sobre álcool, drogas e principalmente o crack, Mas confesso que as colocações que assisti em BH me desaminaram, as propostas me pareceram sem uma adequada fundamentação clínica. Prefiro me atualizar nessa área em outros fóruns. Nos corredores durante o cafezinho, tenho buscado a troca de idéias, buscando atores que estão na APS. É consenso sua importância e de maneira geral as dificuldades são enormes. Atrevo-me a dizer que Paraisópolis me parece estar está à frente na busca dessa consolidação. Tenho, hoje, a convicção de que CAPS implantado sem um projeto de APS não pode ser estratégico na rede.

Segundo dia de Conferência, em 27 de junho de 2010:

Entre todos os discursos de abertura fiquei especialmente impressionado com o discurso da representante do MS.

Independente do fato de que há uma conotação política e um contexto atual eleitoral. No discurso foram apontados todos os pontos e gargalos que nós da rede sentimos na pele. Ou seja, tenho nesse momento a informação e impressão de que os técnicos do gabinete do MS sabem que o que está acontecendo na ponta da rede. Será?

Portanto fica uma questão: Porque alguns problemas não são resolvidos na consolidação da rede de cuidados?

Isso me faz lembrar algo que a Solange já discutiu comigo. O discurso instituído e escrito contemplaria as necessidades práticas se fosse realmente implantado. Sendo assim talvez o problema sejam os atores ou sua maneira de interpretá-lo?

Terceiro dia de Conferência, em 28 de junho de 2010:

O painel assistido hoje foi especialmente relevante na medida em os expositores conseguiram nos passar a relação entre a política, à clínica e a gestão (principalmente na questão da gestão). Para mim foi muito esclarecedor e fortaleceu minha implicação com a APS como saída viável.

Por outro lado, fiquei decepcionado com a descoberta de que nossos governantes não estão implicados adequadamente com um projeto pró-SUS. Pelo menos foi essa a impressão que os expositores me deixaram.

O início do grupo de trabalho foi muito prejudicado em função de uma conselheira do município de Campinas, que de forma agressiva e defensiva atacou os trabalhadores. Consequentemente uma usuária começou a se alterar, ficar nervosa e tensa comprometendo o ambiente de troca de idéias.

Este parece ser um desafio desta conferência, ou seja, dar voz aos usuários, facilitar sua compreensão das discussões e mesmo assim encaminhar adequadamente os trabalhos. Mesmo assim devo dizer que sai muito satisfeito do grupo. Consegui encaminhar para aprovação duas propostas⁶⁵ muito relevantes para a Atenção Primária e adequadas aos municípios de pequeno porte. Numa delas, durante a defesa, pontuei minha implicação com estes municípios e me senti muito acolhido pelos meus colegas de grupo. De certa forma, conseguimos melhorar a proposta que trouxemos de MG e agora é brigar por ela na Plenária. Ao final do grupo, três pessoas me cumprimentaram pela defesa das propostas e a maneira como coloquei os argumentos. Acho que cumpri meu papel e vou dormir com a doce sensação de dever cumprido.

Quarto dia de Conferência, em 29 de junho de 2010:

Hoje tivemos um momento especialmente emocionante nessa conferencia. Além do conteúdo sólido de quem milita na Reforma Sanitária brasileira com propriedade, Gastão Wagner de Souza Campos emocionou-se e emocionou a plenária ao finalizar sua exposição conclamando as pessoas para a construção conjunta, o diálogo e o enfrentamento corajoso dos gargalos da política e consolidação da rede. E como ele mesmo disse a militância da postura do “E” ao contrário do “OU”. Como justificativa ele citou as experiências das conferências anteriores, onde as críticas entre os atores sobrepuseram as sugestões. Nesse sentido ele propôs que a conferência fosse mais propositiva. O ponto alto foi quando ele lembrou-se de Mandela ao dizer que “é preciso trazer os inimigos para perto”. Tai uma boa dica!

O painel foi interessante no sentido de esclarecer a visão de alguns segmentos sobre a Saúde Mental na APS. Prof. Lancetti nos deu pistas sobre a construção da prática nas ações na ESF. Fiz uma intervenção pedindo a posição dos expositores sobre os ACS e me senti especialmente gratificado com as colocações que ouvi. Haja vista minha implicação com esses atores. Nesse painel houve uma ocorrência relevante para as minhas pretensões na plenária final. Dois delegados do Nordeste chamaram a atenção para os municípios com menos de 20 mil habitantes. No final do evento procurei-os e sugeri nossa associação na defesa na plenária para a portaria que contempla a implantação de equipes primárias de Saúde Mental para esses municípios.

Temos conversado nos corredores sobre as questões pontuais que, na plenária, senão forem bem debatidas poderão induzir a retrocessos nas propostas.

Basicamente a questão das residências terapêuticas e suas atribuições, atendimento ao dependente químico e a consolidação da autonomia dos municípios perante a Reforma Psiquiátrica. Pode-se dizer que quem veio a esta Conferência está recebendo uma capacitação sólida para as práticas clínicas e de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

⁶⁵ Essa proposta foi construída a partir das discussões na Conferência de Paraisópolis. Durante os grupos consegui amadurecê-las com a ajuda dos outros delegados. Após redigi-las apresentei-as para apreciação e ambas acabaram fazendo parte do Relatório Final da Conferência: a) Garantir, através de portaria específica do Ministério da Saúde, a obrigatoriedade de equipes de Saúde Mental na Atenção Primária, com composição mínima de três profissionais para cada 10 mil habitantes, devendo esses profissionais serem capacitados e afinados com os princípios da Reforma Psiquiátrica, com vista ao atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental em seu próprio território, mediante ações de prevenção e promoção em Saúde Mental; e b) Garantia de recursos públicos para criação e desenvolvimento de projetos culturais afinados com os princípios da reforma psiquiátrica, para municípios com menos de 20 mil habitantes.

Com certeza jamais serei o mesmo lá na rede, após estes dias e espero ser efetivo nas proposições conseqüentes.

Quinto dia de Conferência, em 30 de junho de 2010:

(...) um dos usuários relatou sua experiência de 40 anos dentro de um manicômio e isso me reportou a minha vivência em Campos do Jordão. Tive um insight e pude perceber a relevância, até hoje, dessa experiência para minhas práticas atuais.

A certa altura, senti na pele todos os valores daquele jovem idealista que morou e estudou por algum tempo em um manicômio. Houve também alguns poetas e repentistas que acenderam meu coração de artista, afinal já me aventurei, também, nesse caminho. Confesso que chorei lá no cantinho do fundo da sala. Ou seja, além do aprendizado que tive com os expositores, ressuscitei valores da juventude, ou melhor, tomei consciência do quanto eles ainda estão aqui comigo.

Sexto dia de Conferência, em 01 de julho de 2010:

Pedro Delgado iniciou a plenária final fazendo esclarecimentos sobre os casos de gastroenterite e as providências tomadas.

Informa que foram construídas 1265 propostas para serem apreciadas.

A plenária desenvolveu-se com tranquilidade até a questão da regulação das clínicas. A meu ver, o cansaço inevitável após 05 h de trabalhos foi que precipitou o fato. Tornou-se uma discussão sem fim... e improdutiva.

De uma maneira geral as propostas aprovadas indicaram algumas diretrizes fundamentais.

- *Perfil público para os serviços substitutivos*
- *Reconhecimento da atenção primária como efetiva*
- *A continuação da proposta atual do MS para a Saúde Mental.*

Confesso satisfação e gratidão por ter participado desse processo, principalmente pelo fato de que, por enquanto, todas as propostas que trouxemos da nossa Conferência Microrregional foram aprovadas. A plenária acabou as 2 h da madrugada. Todos cansados, porém todos com o sentimento de dever cumprido. Admito que foi extremamente cansativa essa experiência, mas por outro lado não há como explicar a sensação de ter feito parte da história. Queria Deus que lá, no meu território, tudo que aprendi aqui eu possa colocar em prática e que beneficie o projeto de Paraisópolis.

Já em Campinas, um dia após o término da Conferência, aparentemente mais relaxado, em 02 de julho de 2010, conclui, escrevendo no diário:

Sinceramente, agora nesse momento não sei como dimensionar as conseqüências da IV Conferência para as políticas públicas de Saúde Mental nesse país. Sinto, somente, uma sensação de perceber os rumos propostos pelos delegados. Como se soubesse o imaginário dos atores e o que eles querem para o setor. Durante todo evento e diariamente escrevi nesse diário. Meu objetivo foi registrar in lócus as principais idéias, emoções e percepções do que vivi nesses 05 dias. Tenho a impressão de que posteriormente esse diário trará esclarecimentos sobre mim mesmo nessa empreitada. Da Conferência trago algumas imagens inesquecíveis, algumas pessoas marcantes, algumas idéias revistas e muitas perguntas sem respostas. A principal é como colocar em prática, no serviço, o espírito de solidariedade, justiça social e crescimento conjunto que absorvi com meus colegas delegados?

O Brasil perdeu da Holanda na Copa do Mundo... vi pessoas chorando em horário nobre da televisão... Como se nossas vidas fossem realmente marcadas e redirecionadas a partir disso.

O Brasil construiu mais uma Conferência Nacional de Saúde Mental, vi pessoas se emocionando, discutindo e aprendendo uma forma nobre de ser... como se suas vidas fossem marcadas e redimensionadas por isso.

Eu brasileiro, sai da minha primeira conferência nacional, diferente em vários aspectos e confesso não saber como minha prática será redimensionada a partir disso.

Bem... hoje é sábado, segunda feira vai ser o início de outra semana. Vamos ver por onde, pra que e por que caminhos iremos em Paraisópolis. Por ora, meu caro diário, só posso dizer que apesar do cansaço (que não é pequeno) Valeu à pena!

A experiência vivenciada na Conferência Nacional foi relevante para minha implicação na pesquisa, tanto que, após seu término, fiz ajustes na proposta anterior à gestão local redefinindo objetivos e estratégias a serem adotadas e encaminhei novo plano de trabalho para análise da gestão local⁶⁶

Além disso, admito mudança de postura no diálogo necessário para construção da nossa rede local. A proposição apreendida com prof. Gastão foi determinante para isso: *é (realmente) necessária a militância da postura do **E** ao contrário do **OU***. Dessa forma, cabe sempre o alerta de Mandela, *“é preciso trazer os inimigos pra perto”*... se quisermos construir verdadeiramente uma rede de cuidados. (grifos do autor)

1.7 O sujeito e seus desejos

Para uma compreensão mais elaborada de um sujeito é indispensável o reconhecimento daquilo que ele deseja, ou seja, não há como analisar a ação ou um comportamento sem o esclarecimento das intenções mais íntimas de quem o pratica – o desejo. Somente a partir desta constatação, aprendida com minha formação psiquiátrica, posso entender o pragmatismo a que me propus durante o processo de investigação no serviço. O desgaste emocional foi enorme, houve prejuízo material relevante traduzido no comprometimento financeiro, bem como dificuldades de relacionamento interpessoal tanto com atores envolvidos no projeto, bem como pessoas do meu convívio íntimo.

⁶⁶ Para maiores detalhes sugiro a leitura do apêndice “Projeto de consolidação da Rede de Atenção Psicossocial de Paraisópolis/MG” (pag. 226)

Assim sendo, salienta-se a conclusão dos estudos de Freud sobre este tema ao afirmar que “a satisfação das necessidades e dos desejos é procurada e obtida pelo indivíduo fora e independentemente da influência de outras pessoas” (LOURAU, 1975 p. 148).

Portanto, a construção dos vínculos passa, inicialmente, por aquilo que chamamos de estrutura libidinal do sujeito. Sendo este o nível mais primário de sua implicação.

Noutras palavras, é por arranjos e desarranjos específicos dessa estrutura (...) que o vínculo social, longe de ser explicado pela existência de uma única e “grande” família, semelhante ou isomorfa à célula familiar propriamente dita, se manteria como uma interminável cadeia de “vínculos libidinais”, que vão se especificando à medida que nos afastamos da célula familiar, embora conservando com esta última uma relação constante. (LOURAU, 1975 p. 158)

Na AI, a dimensão afetivo-libidinal da implicação atua, nem sempre de forma consciente, na relação do pesquisador com seu objeto de pesquisa e seus desdobramentos.

No caso específico dessa pesquisa pode-se perceber a oscilação dos vínculos traduzidos no diário como “encontros e desencontros” afetivos. Pela relevância desses relatos na compreensão dessa natureza de estudo optou-se por trechos mais longos explicitados abaixo.

Após assistir a primeira reunião do SMSMP, apenas como assistente e, portanto, tomando cuidado para não interferir nos encaminhamentos dos conteúdos, em 23 de dezembro de 2009 registrei:

Ontem fui a Paraisópolis assistir a reunião de equipe e pude perceber o quanto a equipe está perdida, sem foco. Os relacionamentos entre as pessoas estão desgastados e conflituosos. Por outro lado é grande a expectativa em relação a minha volta. Ficou evidente que o desejo deles é que eu assuma a coordenação, pois falta-lhes liderança. De minha parte acho que isso pode prejudicar a pesquisa, mas não posso pensar somente nisso.

Ansioso, em 06 de julho de 2010, ponderei:

Hoje dei carona à psicóloga do serviço que admitiu compreender melhor, a partir da reunião de hoje, o acolhimento enquanto postura diferentemente de triagem que é um acolhimento enquanto procedimento. Um de seus comentários me preocupou muito. Segundo ela, a equipe funciona conforme meu desejo e propósitos do doutorado. Não tenho esse direito! Se isso está acontecendo esta equipe está funcionando como um grupo sujeitado. Por outro lado, nessas reuniões de equipe, as queixas e as reclamações entre eles, as dificuldades de formação e implantação das práticas mostram o quanto esse grupo precisa desse espaço de discussão e de uma coordenação nesse momento.

Percebo também que alguns componentes não são assim tão comprometidos ou se manifestam no cotidiano de maneira insegura, tímida prejudicando a satisfação de suas próprias necessidades. Ou seja, estamos no processo de ir e vir; construir e desconstruir diariamente. Nosso cotidiano é realmente um campo de encontros e desencontros o tempo todo. Não tenha dúvidas, às vezes isso cansa.

Irritado, em 21 de setembro de 2010, admiti escrevendo:

Hoje, talvez, tenha sido o dia mais difícil meu no serviço de Paraisópolis. Em vários momentos perdi a paciência e por pouco não “esbravejei” com algumas pessoas da equipe. O real motivo desse estado emocional inadequado são muitos e confesso não saber priorizar qual o principal. Mas, considerando, os objetivos desse diário acho válido pontuá-los para posterior análise.

- 1. A prefeitura está me pagando com atraso desde o primeiro mês e por conta disso novamente me enforquei no cheque especial. Infelizmente estou desmotivado em continuar a ter um município como patrão. Não há respeito pelo sagrado compromisso trabalhista de pagar em dia. Confesso que estou me esforçando em não acreditar nisso, mas está difícil. Também em função disso enviei carta ao prefeito pedindo sua interferência e daí mais um motivo de desilusão. Detestei ter que recorrer a isso!*
- 2. Infelizmente nos municípios de pequeno porte ainda é evidente o papel central e personalista do prefeito, onde é preciso recorrer a ele para resolver um problema desse tipo. Tentei o departamento financeiro por três vezes, mas não fui atendido adequadamente sendo obrigado tomar esta atitude.*
- 3. Está difícil controlar a ansiedade de alguns membros nas reuniões. A falta de objetividade tem atrapalhando as discussões de caso. Nesse ponto minha desilusão é porque eles já sabem e admitem isso, pois foi, inclusive discutido em reunião, portanto aparentemente têm consciência. Mesmo assim não conseguem mudar esse comportamento.*
- 4. Em alguns momentos tenho sido impaciente em explicar à equipe a dinâmica dos casos. Nesse ponto meu desgaste é maior, pois tenho percebido a atividade clínica como muito estressante*
- 5. Também hoje, novamente fomos surpreendidos com uma atitude inadequada da profissional-referência técnica da SRS. Como eu sei que tudo não passa de desorganização da parte dela; frustra-me saber que muitas ações regionais estão prejudicadas por ter esse perfil de profissional exercendo essa função chave no processo. Enfim a impotência paira sobre minha cabeça e a sensação de fracasso parcial me incomoda.*

Desencontro, desencontro, desencontro.

Felizmente também ocorreram momentos de vínculos revigorantes, por exemplo, aliviado, em 28 de setembro de 2010, anotei:

(...) jamais imaginaria que após a última reunião de equipe, e com tanta tensão e frustração decorrentes, teríamos uma reunião como a de hoje.

A equipe foi madura, sensata, discutiu questões relevantes e conseguiu dar andamentos bastante preciso, a saber.

- 1. Admitiu e se propôs a rediscutir as posturas quanto ao matriciamento.*
- 2. Refletiu e decidiu manter os canais de expressão, inclusive o D.I.*
- 3. Discutimos sobre a minha interferência (às vezes exagerada) na condução de algumas questões e nos propusemos todos a lidar adequadamente com isso.*
- 4. Admitiu e aceitou alguns erros do passado, como o abandono anterior (em 2008) das visitas à ESF. Ou seja, foi um encontro revigorante.*

Alguns encontros interpessoais foram extremamente ricos, exemplo disso foi uma conversa entre Vermelha, Azul e eu, em 23 de novembro de 2010.

Hoje conversei com a Vermelha e Azul sobre o serviço. Inicialmente foi um desabafo delas quanto às atitudes e práticas da equipe. De uma maneira geral percebem e sentem a equipe num ambiente colaborativo e de mútua ajuda, porém ao mesmo tempo queixam-se de que na realização/organização dos eventos são sobrecarregadas e algumas pessoas da equipe não se empenham como deveriam (sic).

Elogiaram bastante os ACSM e admitem que seria injustiça cobrar mais deles. Mas também percebem que algumas ações específicas destes ficam a desejar por conta de assumirem muitas atribuições, inclusive administrativas. Também se queixaram dos perfis de alguns profissionais e pontuaram atitudes que acham inadequadas e contraditórias em relação à proposta do Serviço. Quanto às reuniões de equipe salientaram os aspectos não ditos e as resistências camufladas às propostas construídas conjuntamente. Em alguns momentos me passaram a impressão das tensões e o peso das responsabilidades que assumiram. Ambas se cobram exageradamente em manter o foco da equipe. Penso que talvez estejamos colocando muito sobre os ombros delas. Talvez eu mesmo esteja contribuindo para isso. (...) Após ouvi-las atentamente preferi mobilizá-las e estimulá-las, e não lhes atribuir mais responsabilidades. Tentei mostrar a participação da subjetividade de cada um no exercício de sua prática. Alerttei-as para a necessidade de também acolher e compreender as “pulsões” inconscientes de cada profissional.

Tentei também incentivá-las a utilizarem-se de sua diferença de temperamento como ferramenta para a condução dos processos na equipe. Vermelha é mais agressiva, ousada e de temperamento explosivo. Azul é mais retraída, ponderada e de temperamento introvertido. Para mim ambas trabalhando juntas formam uma boa e eficaz dupla de trabalho. De minha parte é preciso cuidado em não colocar mais trabalho em seus ombros. Poupá-las de alguns aspectos da dinâmica de um serviço onde as relações interpessoais estão à flor da pele. Foi uma conversa boa, que poderá trazer boas repercussões ao Serviço, afinal incentivei o diálogo com as pessoas e o respeito à individualidade/subjetividade de cada um de nós.

Salienta-se esse trecho anterior como um exemplo de minha sobreimplicação como médico-psiquiatra da equipe. Cabe dizer o quanto esse fenômeno comprometeu, em alguns momentos, uma percepção mais clara dos fenômenos do cotidiano.

Finalmente conclui uma etapa relevante da tarefa a que me propus, encerrar a escrita do diário. Aproveitei meu último dia de trabalho, antes das férias, para fazê-lo. Satisfeito, em 19 de janeiro de 2010, registrei:

Amanhã saio de férias após 01 ano focado nesse projeto. Sinto-me cansado, não é exagero dizer que há muito anos não me sentia assim nessa época. Esgotado e não é fisicamente. Alguns fatores me indicam que chegou o momento de encerrar esse diário. Não acredito num fim, pois minha sensação é de que isto não existe nessa natureza de tarefa. Sempre haverá o que poderia ser feito, escrito, descrito, etc. etc. Por outro lado, os últimos acontecimentos indicam o momento propício para interrupção: a realização da primeira Assembléia dos Usuários e o conteúdo as últimas reuniões de equipe. Além disso, houve a entrega ao gestor do

meu relatório de restituição⁶⁷ onde explicitarei todas as minhas críticas, sugestões e impressões sobre o serviço, após esses meses de projeto. E especialmente hoje conversamos por mais de duas horas sobre tudo que apontei ali. A conversa foi ótima e, inclusive, esclareceu alguns pontos sobre a política municipal para o setor. O gestor é um jovem funcionário público há mais de 10 anos, sendo que o atual cargo é o primeiro de confiança que assume. Não é da área da saúde propriamente dita, é da administração e como ele mesmo já se definiu “Eu conheço o administrativo do Departamento de Saúde, mas não conheço o técnico”. Parece-me ter boas intenções e vontade de fazer, mas não consegue compreender (me parece) a falta de implicação de alguns funcionários dessa área. Não chega a ser um idealista, por outro lado é flexível à realidade que se apresenta para ele. Salientou que o prefeito tem lhe dado autonomia para atuar, porém o perfil pessoal de alguns profissionais atrasa o desenvolvimento das coisas. Nesse sentido falamos hoje sobre a falta de uma política de recursos humanos na prefeitura e pude compreender as dificuldades que ele vem enfrentando.

Falamos também sobre a desimplicação com o trabalho de alguns técnicos e a dificuldade em cobrar a competência destes naquilo que se propõe. Ao final, concluímos que a forma da minha contratação, é uma boa ferramenta nesse sentido.

O mesmo, inclusive, tem usado este artifício com os outros profissionais, ou seja, a apresentação de um projeto claro de objetivos, atribuições e estratégias de atuação.

Falamos das opções de NASF ou CAPS para Paraisópolis e ficaram claras para mim as dificuldades que uma regionalização mal feita traz para as propostas políticas locais.

Falamos das dificuldades em lidar com alguns colegas médicos, principalmente porque a cultura de atuação não é em equipe. Falamos das propostas para o setor de psicologia, pronto socorro e Centro de Cultura e Convivência (CECCO).

Combinamos ao final da conversa, que após as minhas férias ele convocaria uma reunião, com alguns atores/setores estratégicos para discutir uma ação municipal para o problema do álcool, crack e outras drogas. Também combinamos que ele levaria nossa proposta de CECCO ao prefeito tentando sensibilizá-lo quanto à efetividade para o município.

Pela primeira vez explicitarei a ele os percalços que tive com a contabilidade. Fiz uma sugestão de aditivo ao meu contrato de trabalho, mas confesso que tenho discernimento de que sempre estarei à mercê de um funcionário administrativo mal informado. Ou seja, a questão é de gestão e não a falta de recursos para se pagar a prestação de serviços.

Em tese, admito que nossa conversa foi bastante conclusiva... Mas há sempre um amanhã, onde algum fato novo pode acontecer... Após a reunião conversei com Vermelha passei tudo que havia conversado com o gestor. Um dos pontos foi a possibilidade de aumentar sua carga horária para que possa coordenar o CECCO. Ela é jovem, dinâmica, teimosa na medida necessária e predisposta a aprender.

Acho que um dos frutos desse projeto foi o amadurecimento dessa profissional tornando-a apta para coordenar o serviço.

E agora, final de tarde, após mais um dia de trabalho eu estou entrando em férias.

Estou cansado, orgulhoso de mim mesmo, feliz com o que construímos e principalmente satisfeito por ter aprendido com essa pesquisa. Pessoalmente paguei preços altos, mas

⁶⁷ No final do ano de 2010, e com a proximidade do término do contrato inicial de prestação de serviço ao município, redigi um relatório com as principais conclusões a respeito da tarefa que me propus. Apresentei e debati o documento tanto em reunião de equipe, como com o gestor local. A partir disto planejamos as próximas ações, estratégias e rumos do SMSMP em 2011. Sugiro leitura do apêndice “Relatório de restituição do projeto de matriciamento na APS de Paraisópolis/MG” (pag. 228)

profissionalmente me fortaleci mais um pouco. Mas o que acontecerá depois das férias? Não sei... Deixemos que o amanhã nos diga.

Ficou evidente para mim que o desejo íntimo de contribuir para a construção do serviço tornou-se o determinante primaz de todas as decisões tomadas, ousadias assumidas, frustrações e conquistas. Muito além do método ou das estratégias propostas sempre houve um sujeito com todas as características que a sua condição humana impõe. Portanto a subjetividade sempre esteve presente, atuante e controlando as ações.

Finalizando, tenho a convicção de que por conta da curiosidade investigativa, da demanda, encomenda aceita e da militância político-institucional prévia tornei-me muito mais que um sujeito que investiga; tornei-me um pesquisador-implicado.

2. A construção de uma equipe

2.1 Caracterizando o palco e seus personagens

Ao optarmos pelos referenciais de Goffmann, especificamente os descritos na obra *“A Representação do Eu na Vida Cotidiana”*, para análise das interações interpessoais na equipe, tornou-se possível estudar a vida social organizada dentro dos limites físicos do SMSMP. A perspectiva empregada foi a da representação teatral, utilizando-se alguns princípios de caráter dramático. (GOFFMAN, 2007).

Goffmann (2007), ao tentar esclarecer essa estratégia, aponta.

Ao desenvolver o quadro atual de referência conceitual (...) foi utilizada a linguagem teatral. Falei de atores e platéias; de rotinas e papéis; de representações se realizando ou sendo mal sucedidas; de insinuações, cenários e bastidores; de necessidades, habilidades e estratégias dramáticas. Agora dever-se-ia admitir que essa tentativa de insistir numa simples analogia até aqui foi em parte retórica e estratagemas (pag. 232)

Para ele, tal analogia pode facilitar a análise de situações e interações interpessoais ocorridas em qualquer estabelecimento social onde se encontram atores, no caso os profissionais, desenvolvendo atividades direcionadas à platéia, ou seja, os usuários do serviço.

Um estabelecimento social é qualquer lugar limitado por barreiras estabelecidas à percepção, no qual se realiza regularmente uma forma particular de atividade. Indiquei que qualquer estabelecimento social pode ser estudado proveitosamente do ponto de vista de manipulação da impressão. Dentro das paredes de estabelecimento social

encontramos uma equipe de atores que cooperam para apresentar à platéia uma dada definição da situação. (GOFFMAN, 2007 pag. 218)

Portanto, é necessário caracterizar inicialmente o palco encontrado quando do início da pesquisa, bem como os personagens nele inserido.

O grupo constituía-se de nove pessoas trabalhando numa mesma casa, porém com cargas horárias diferentes. Cinco meses depois do início da investigação mais um membro veio fazer parte do serviço por indicação exclusiva da gestora 1⁶⁸, totalizando onze atores (já considerando o autor da tese como parte da equipe). Esclareço que houve quatro substituições (três psicólogas e uma auxiliar de serviços gerais) no grupo durante a pesquisa sempre por desejo espontâneo dos profissionais em sair do serviço, além disso, tivemos quatro gestores diferentes à frente do Departamento de Saúde local, aqui denominados como gestora 1, 2, 3 e gestor 4.

Em suma, a equipe possuía⁶⁹: uma terapeuta ocupacional trabalhando 20 horas semanais (Vermelha), uma assistente social, fazendo 20 horas (Lilás), dois agentes comunitários de saúde (Laranja e Verde) perfazendo 40 horas cada, duas técnicas de enfermagem (Azul e Amarela) também perfazendo 40 horas cada, uma “enfermeira” (Preta) com 20 horas, uma auxiliar administrativa (Cinza) com 40 horas, uma auxiliar de serviços gerais (Marrom, substituída posteriormente por Bege), fazendo 40 horas, duas psicólogas, cumprindo 20 horas cada (Branca e Dourada, substituídas posteriormente por Prateada e Rosa), e este pesquisador com 12 horas semanais.

O regime de contratação predominante foi o concurso público, sendo que somente as duas psicólogas foram contratadas em regime de urgência e provisório após a saída das anteriores em momentos diferentes, bem como este pesquisador

⁶⁸ Uma enfermeira, após um sério problema neurológico, prejudicando sua capacidade laborativa, foi indicada a uma adequação de função. A partir disto, a mesma foi transferida da UBS para SM por indicação da gestora 1 que acreditava ser o setor mais adequado para suas limitações cognitivas. Vale dizer que a própria funcionária também buscou essa transferência por conhecer a equipe e sua dinâmica de trabalho, pois nos primórdios desse Serviço já estivemos nessa UBS.

⁶⁹ Para manter em sigilo a identidade dos sujeitos, todos foram apelidados por cores, conforme escolha aleatória do pesquisador. Mas, para melhor compreensão das situações registradas, segue a indicação das funções desempenhadas: Vermelha (terapeuta ocupacional e coordenadora), Azul (técnica de enfermagem e co-coordenadora), Amarela (técnica de enfermagem), Branca (psicóloga), Cinza (secretária/recepcionista), Roxa (assistente social), Verde (agente comunitário da Saúde Mental), Laranja (agente comunitária da Saúde Mental), Marrom (auxiliar de serviços gerais), Lilás (substituindo Roxa), Prateada e Dourada (substituindo Bronzeada e Branca), Bege (substituindo Marrom), além de Preta, cuja entrada no serviço esclareci acima.

por conta da natureza do serviço prestado. A média de tempo de serviço dos membros é de 3 a 4 anos, a mais antiga no setor é uma das técnicas de enfermagem (Azul) que está nele desde abril de 2005, a mais nova, exceto as psicólogas, é a enfermeira (Preta) desde setembro de 2010. Houve somente um desvio de função: a auxiliar administrativa (Cinza) que originariamente foi concursada como agente comunitária de saúde.

O único dia em que todos estavam no serviço concomitantemente eram às terças feiras durante todo o expediente. Nesse caso é forçoso esclarecer que sempre houve uma carga variável de convivência entre as pessoas.

A casa é alugada pela prefeitura, localizada na região central da cidade, possui dois pavimentos e várias salas de tamanhos diferentes, porém com o aumento dos atendimentos propostos seu espaço físico tornou-se inadequado para atender todas as propostas e/ou práticas criadas quando ocorriam simultaneamente. Observou-se que as oficinas foram as mais prejudicadas por conta dessa inadequação. Inclusive, não há uma área externa apropriada, somente um corredor lateral de acesso. Ressalte-se que a estrutura física foi questionada pela Vigilância Sanitária (VISA) pela existência de escadas, falta de banheiros apropriados e desníveis nas salas, ou seja, com degraus entre elas. Sendo assim, não foi possível obter o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) prejudicando o acesso a verbas e recursos do Estado. Oficialmente, portanto, o serviço não poderia funcionar ali, apesar de estar nesse local desde agosto de 2009.

Porém, em relação aos outros setores, o serviço ocupa uma posição geográfica estratégica, pois é relativamente equidistante das unidades onde estão sediadas as quatro ePSF, próximo ao PS, Farmácia Municipal e Departamento de Saúde. Salienta-se que todas essas distâncias podem ser percorridas a pé, facilitando o intercâmbio entre os atores, algumas práticas e procedimentos conjuntos.

2.2 Montando o script

A proposta de atuação conjunta junto aos usuários, ou seja, o objetivo explícito de atendê-los sempre na perspectiva de que outros também o farão trouxe conseqüências relevantes ao processo de trabalho instituído.

Foram implícitas e esperadas algumas dificuldades em manter um “script” do serviço adaptado aos anseios pessoais de cada um.

Quando um indivíduo desempenha um papel, implicitamente solicita de seus observadores que levem a sério a impressão sustentada perante eles. Pede-lhes para acreditarem que o personagem que vêem no momento possui os atributos que aparenta possuir, que o papel que representa terá as conseqüências implicitamente pretendidas por ele e que, de um modo geral, as coisas são o que parecem ser. (GOFFMAN, 2007 pag. 25)

Assim sendo logo nas primeiras reuniões de equipe este foi um dos temas proposto para discussão, Também foi um relato recorrente no diário coletivo.

Após a primeira reunião, já como membro da equipe, em 26 de janeiro de 2010, escrevi:

Iniciamos a reunião solicitando que cada uma votasse em duas pessoas para a coordenação. Desta forma havia possibilidade de votar em si mesmo. O voto foi secreto, sendo que cada um recebeu seu pedaço de papel e após escrever os dois nomes, colocava-o em um copo. Não foi feito nenhuma consideração prévia para não influenciar nas escolhas. Posteriormente, sugeri que discutíssemos a concepção do serviço que tínhamos e a que gostaríamos de ter. Procurei estimular a reflexão de todos sobre um conceito de saúde mais amplo, postura de acolhimento às demandas dos usuários, desmistificando mitos e tabus em relação ao usuário e ao trabalho em saúde mental. Em seguida discutimos a questão do cuidado enquanto atitude, inclusive, em relação ao cuidado consigo mesmo.

Percebi certa pré-disposição positiva às mudanças, porém, em certos instantes também ficou evidente que havia um desgaste nas relações interpessoais causando certa tensão. Por outro lado, e usando a imagem do pára-brisa do carro em contraponto com ao espelho retrovisor, sugeri que buscássemos caminhar à frente tentando construir novas possibilidades no ambiente de trabalho. Feito essas considerações partimos para conclusão a respeito da coordenação. Nesse momento, as pessoas se colocaram abordando suas expectativas com esse papel. Houve um consenso, baseados nos votos, de que tanto Vermelha como Azul possuíam características pessoais e ascendência sobre a equipe colocando-as como adequadas à função. Sendo assim, combinou-se que posteriormente conversariamos os três (eu e as duas) para viabilizar essa decisão. (...) No frigar dos ovos começamos bem, afinal todos queremos a mesma coisa. Mas será preciso cuidado com os desgastes naturais nos relacionamentos por conta de eventos prévios. Por último adotamos esse diário institucional como ferramenta de manifestação livre das nossas idéias sobre nosso cotidiano conjunto.

Nessa direção, Branca escreveu, após a primeira reunião clínica, em 02 de fevereiro de 2010:

A reunião foi dedicada exclusivamente para a discussão dos casos clínicos. Aidê assumiu a coordenação, distribuiu o tempo da reunião de forma que fossem contemplados os treze casos propostos. A discussão nos pareceu bastante técnica e proveitosa no tocante a conduta mais adequada a ser adotada, considerando a demanda do paciente/usuário. Mas a adaptação à “gerência do tempo”, conforme dinâmica adotada por Aidê para discussão de cada caso nos forçou a ser econômicos nas palavras e isto me angustiou especialmente no momento da discussão de uma paciente (M.J.C.). Percebi também que cada qual dos membros da equipe

procura a seu modo adaptar-se ao momento do serviço, "aceitando" bem o norte que Aidê está apontando para as atuações profissionais, confesso muita expectativa de que o serviço possa estruturar-se daqui para frente sob esse novo modelo, mas também receio frustrar-me.

Duas semanas após a introdução do diário coletivo, Amarela, espontaneamente, batizou a ferramenta com o nome de Dom Queixote. Disse ela que as pessoas poderiam viajar escrevendo, porém, até aquele momento, só registravam queixas. Sua analogia proposta com o cavaleiro errante de Cervantes – Dom Quixote – se deu, segundo ela, por conta de ser *um louco engraçado da Idade Média que combatia moinhos como se fossem monstros*.

A equipe logo aderiu ao apelido e passou a se referir assim ao diário. Inicialmente tive receio de estar potencializando no imaginário deles de que somente as queixas seriam ali relatadas, mas, também confesso ter gostado muito do nome pela criatividade e associação com o personagem. Para mim um ícone instituinte em nossa cultura, ou seja, bastante pertinente a aquilo que nos propúnhamos no serviço.

Assim sendo, em 11 de fevereiro de 2010, pontuei no Dom Queixote (DQ):

Dourada colocou suas dificuldades prévias com a coordenação de grupos. Aproveitamos o assunto para esclarecer as diferenças na condução de grupos e oficinas. Após uma situação trazida pela Laranja em relação a uma atuação do Verde na recepção, debatemos sobre a função dos ACSM. Foi esclarecida sua autonomia e possibilidades de visitas espontâneas ao território. Conversamos também sobre acolhimento e sugeriu-se a criação de um grupo aberto coordenado pela Branca para todos os usuários acolhidos na semana. Ou seja, criamos mais um espaço de escuta e orientação inicial aos usuários. Procuramos um consenso sobre a postura de acolhimento e o alerta necessário em não transformarmos esse momento somente numa triagem. A partir daí, Laranja colocou sua angústia por sentir-se dessa forma quando fazia alguns acolhimentos.

Evidencia-se no diário o movimento da equipe em procurar instituir uma “fachada” para apresentação do serviço à platéia, bem como para si mesma. Há uma postura coletiva de representação, que Goffman (2007) esclarece como sendo

toda atividade de um indivíduo que se passa num período caracterizado por sua presença contínua diante de um grupo particular de observadores e que tem sobre estes alguma influência. Será conveniente denominar de fachada à parte do desempenho do indivíduo que funciona regularmente de forma geral e fixa com o fim de definir a situação para os que observam a representação. (p. 29)

Para este autor mesmo havendo tarefas diferentes no dia-a-dia não se excluem esse fenômeno, pois

práticas diferentes podem empregar a mesma fachada, deve-se observar que uma determinada fachada social tende a se tornar institucionalizada em termos das

expectativas estereotipadas abstratas às quais dá lugar e tende a receber um sentido e uma estabilidade à parte das tarefas específicas que no momento são realizadas em seu nome. A fachada torna-se uma “representação coletiva” e um fato, por direito próprio. (p. 34)

Tornou-se óbvia e necessária a tentativa de socializar o novo modelo de serviço tanto no grupo como para os usuários. Quanto a essa questão, em 09 de março de 2010, relatei após uma reunião administrativa:

(...) Cinza coloca a dificuldade em associar sua recepção aos pacientes com a administração (arquivamento de prontuários, organização dos documentos etc.). Debate-se sobre as atribuições do administrativo procurando distribuir as tarefas. Posteriormente debate-se sobre o horário do serviço. Apesar de alguns momentos de tensão, considerei muito produtiva por conta de novamente poder refletir sobre a concepção do serviço.

Goffman (2007) indica que

a execução de uma prática apresenta, através de sua fachada, algumas exigências um tanto abstratas em relação à audiência, que provavelmente lhe são apresentadas durante a execução de outras práticas. Isto constitui um dos modos pelos quais uma representação é “socializada”, moldada e modificada para se ajustar à compreensão e às expectativas da sociedade em que é apresentada. (p. 40)

Essas posturas iniciais da equipe bem como os fenômenos primários apresentados constituíram o cenário, onde se desenrolaram as atuações dos atores.

Se tomarmos o termo “cenário” como referente às partes cênicas de equipamento expressivo, podemos tomar o termo “fachada pessoal” como relativo aos outros itens (...) que de modo mais íntimo identificamos com o próprio ator. (GOFFMAN, 2007 p. 31)

Após o estabelecimento desse cenário e o surgimento das atuações percebeu-se uma conflitante adaptação aos anseios pessoais de cada um.

Em 12 de março de 2010, Cinza registra no diário:

Achei prejudicial ao serviço à retirada do computador de perto de mim, o incômodo que causou a Branca deu-se uma vez em dois anos e meio, sendo que seu uso pelos demais funcionários do serviço não chega a três vezes por ano, ao passo que eu o utilizo quase todos os dias, o que não tenho mais feito por causa da distância em que se encontra. Na medida do possível estou escrevendo as comunicações à mão, mas me preocupa o momento em que surgirem ofícios e outros que necessitem de seu uso. Quanto à distância em que ficaram os arquivos quero registrar que descubro a recepção a cada paciente que chega e tenho que ir pegar seu prontuário, pior ainda quando tenho que arquivar pilhas de mais de 30 prontuários. Aviso a todos que não me responsabilizo por qualquer coisa que possa ser subtraída de minha mesa, como telefone sem fio, algum documento, enfim tudo que se encontra lá e que não posso estar guardando nas gavetas a cada minuto que chega um paciente ou um visitante. Sobre o assunto “solidariedade” levantado por Aidê há que se discutir muito ainda, pois o colega Verde não me parece achar justo ser solidário, até para que eu possa ir ao banheiro, na ausência absoluta de outra pessoa para me substituir, tenho que argumentar e até discutir para

que ele o faça, tem sempre alguma coisa “mais importante” para fazer, ou já “está de saída” segundo ele, caso eu queira ir a cozinha comer uma fruta em cinco minutos, nem pensar em pedir a ele, já o fiz e ouvi a resposta “ah pra tomar lanche não”.

O desconforto pessoal tornou-se recorrente na equipe e, em 29 de abril de 2010, Azul desabafa:

Na última segunda-feira, aconteceu de o carro chegar para as visitas às 15h30min horas, Amarela, ficou aguardando o mesmo para suas visitas domiciliares, porém quando ele chegou ela não viu (disse que ninguém a avisou), quando se deu conta Verde já estava saindo para as suas visitas e não teve tempo de chamá-lo.

Fiquei angustiada com a situação, pacientes de controle de medicação, iam ficar sem remédio por falta de comunicação e organização dos profissionais. É importante lembrar que o carro vem uma vez por semana para as visitas mais distantes, e para os profissionais que tem dificuldade de se ausentar da unidade, devido seus atendimentos. Os ACSM devem distribuir suas visitas durante a semana, se tiverem dificuldade e precisar de transporte para visitas, falem com a enfermagem.

Nesse sentido é interessante perceber que, mesmo havendo a interferência da coordenação nesses conflitos durante a pesquisa, não evitou-se o comprometimento da prática. Ou seja, a subjetividade dos atores determinou sua ação, às vezes de forma passional. Quanto a isso, preocupado, registrei no DQ, em 13 de julho de 2010:

Chegando ao serviço hoje fiquei sabendo da solicitação do Verde para trabalhar na APAE por meio período. Além disso, houve ontem uma indicação da gestora 2 para que Preta venha fazer parte do nosso serviço. Em ambas as situações, em minha opinião, a coordenação foi desrespeitada já que não foi consultada previamente e a gestora 2 foi induzida a uma atitude impensada. Entendo que a responsabilidade maior é das pessoas que fizeram esses movimentos sem considerar o sistema como um todo e pensando somente no seu próprio setor. Conversando com Vermelha e a Azul coloquei minha opinião de que nessas situações a coordenação deve usar de suas prerrogativas de “zelar” pelo bom andamento do cotidiano institucional e tomar as atitudes cabíveis. (...)

A meu ver errou Verde por não conversar com a coordenação e errou a Fulana pelo mesmo motivo, induzindo a gestora 2 a uma atitude precipitada. Depois os trabalhadores da saúde reclamam dos gestores e do sistema etc. Como construir um sistema e ambiente de trabalho agradável se nem os próprios trabalhadores ficam atentos a sua prática?

Obviamente que isso tem a ver com a subjetividade e entendo que o texto que iremos discutir na próxima semana vai nos ajudar a refletir sobre esse obstáculo.

É fato, portanto, que nas ações dos atores há muito mais emissão de informações do que eles se dêem conta ou percebiam. Todavia, estes costumam agir como se idealmente atuassem, ou seja, tivessem total domínio sobre as consequências de sua prática.

(...) um ator cuida de dissimular ou desprezar as atividades e motivos incompatíveis com a versão idealizada de sua pessoa e de suas realizações. Além disso, o ator muitas vezes incute na platéia a crença de estar relacionando com ela de um modo mais ideal do que ocorre na realidade. (Goffman, 2007 p. 51)

Goffman (2007) afirma que

as encenações legítimas do cotidiano não são “representadas” ou “assumidas” no sentido de que o ator sabe de antemão exatamente o que vai fazer e o faz exclusivamente em razão do efeito que provavelmente venham a ter. As expressões que se julga que ele emite serão especialmente “inacessíveis” para ele. Mas, tal como no caso de atores menos legítimos, a incapacidade do indivíduo comum de formular de antemão os movimentos dos olhos e do corpo não significa que não se expressará por meio desses recursos de um modo dramatizado e preestabelecido no seu repertório de ações. Em resumo, todos nós representamos melhor do que sabemos fazê-lo. (p. 73)

Considero, portanto, que caberia maior prudência na montagem do script e destes cenários, ou seja, maior precaução no estabelecimento e análise do processo de trabalho dos serviços de saúde, valorizando e adequando sempre a inevitável subjetividade presente dos profissionais.

Além disso, torna-se indispensável, a meu ver, independente da forma de contratação, buscar-se um perfil de profissional apto ao trabalho/convivência em equipe para atuar nos serviços de Saúde Mental. Proponho, inclusive, este critério como eliminatório ao candidato.

2.3 Entre a prática do drama e o drama da prática

Considerando a estratégia adotada de analisar as interações interpessoais da equipe tornou-se relevante anotar e avaliar as situações em que os atores/profissionais manifestaram seus anseios mais íntimos na execução das práticas no serviço. Percebeu-se nessas ocasiões suas dificuldades em administrar as necessidades que o cotidiano institucional solicitava concomitantes às singularidades pessoais e desejos particulares. Assim sendo percebemos os atores com algumas limitações no desempenho de seus personagens nas cenas do dia-a-dia. Ou seja, atuaram entre a prática do drama e o drama da prática.

Nesse sentido alerta Goffman (2007) que

o relacionamento social comum é montado tal como uma cena teatral, resultado das trocas de ações, oposições e respostas conclusivas dramaticamente distendidas. Os textos, mesmo em mãos de atores iniciantes, podem ganhar vida porque a própria vida

é uma encenação dramática. O mundo todo não constitui evidentemente um palco, mas não é fácil especificar os aspectos essenciais em que não é. (p. 71)

Exemplo disso está no registro de Laranja, inconformada, no DQ em 12 de fevereiro de 2010:

Estou relatando nesse dia de hoje a minha insatisfação com o colega de trabalho Verde, além de ser grosso e mal educado, folgado (espaçoso). Tem atrapalhado a dinâmica do trabalho nessas férias da Cinza. Foi combinado numa reunião administrativa que a recepção seria dividida entre os profissionais, principalmente nós dois (ACSM), pois temos tempo de fazer nossas atividades. Porém com seus atrasos isso não acontece, socorri seus erros até essa semana e não agüentei mais. Na 4ª feira quando cheguei ao serviço as 08h00min fui questionada pelas outras colegas se não abria o serviço, respondi que não, pois não era meu dia de fazer essa função e eu tinha também minhas visitas a fazer. Isso fez com que Vermelha abrisse o serviço e esperasse o colega chegar. Após minhas visitas, voltei ao serviço pra chamar Vermelha para uma próxima visita. Foi quando ele me disse que sairia, pois tinha uma visita, sugeri pra Marrom ficar enquanto estivesse fora. Ele retrucou dizendo: “Então vou deixar a recepção sozinha e quando eu voltar à gente conversa”. Vermelha não pode ir à visita que precisava ir comigo, fui sozinha e ela ficou na recepção. O caso é que não marco visitas nos dias em que sei que a recepção é minha responsabilidade. (...). Não sei se escrevi tudo que precisava ou se até escrevi demais, mas fiz isso porque não sou acostumada a trabalhar dessa maneira, o que é de minha responsabilidade faço o máximo pra cumprir, respeito o colega e só exijo isso, o mínimo de respeito e estou aberta pra qualquer discussão a respeito do que aqui escrevi. Sem mais para o momento.

Noutra exemplo, Verde queixa-se de Cinza em 15 de março de 2010:

Quero dizer que estou aberto para qualquer discussão. Mas já não estou suportando as reclamações da minha colega (Cinza), a meu respeito e de muitas coisas banais, só reclama, disse que não faço nada. Minhas funções estão sendo cumpridas, se ela não está conseguindo cumprir suas funções, pede para trocá-la, quebre seu preconceito e venha ser ACSM também, você vai ver como é interessante, você aprende muito, e não tem tempo de ver qual é a roupa que o paciente usa, se é preto ou branco, você trabalha...! Vê se para de me perturbar com seus dramas! Volto a dizer que não estou tolerando e estou aberto para discussão.

Observação: Para de cochichar na recepção, você tem mais o que fazer, ou fala para mim ou usa o Dom Queixote, somos uma equipe, ou estou errado?

Numa análise mais superficial ou uma tentativa de conclusão sem considerar realmente todos os fatores inerentes a essa questão, poder-se-ia simplesmente afirmar que os atores não deveriam confundir suas “obrigações” profissionais com seus anseios pessoais. Por outro lado, destaco ser ilusório sustentar que a qualidade de uma prática profissional também não esteja baseada nas pretensões mais íntimas de quem as realiza. Dito de outra forma ao pensar numa representação,

é fácil supor que o conteúdo da encenação é somente uma extensão expressiva do caráter do ator. Esta é uma concepção limitada e pode obscurecer diferenças importantes na função da representação para a interação como um todo (GOFFMAN, 2007 p. 76).

Também esclarece Goffman (2007)

acontece freqüentemente que a representação sirva principalmente pra expressar as características da tarefa que é representada e não as do ator. (...) seu principal propósito é estabelecer uma definição favorável de seu serviço ou produto. Além disso, vemos muitas vezes que a fachada pessoal do ator é empregada não tanto porque lhe permite apresentar-se como gostaria, mas porque sua aparência e maneiras podem contribuir para uma encenação de maior alcance (p. 76).

Portanto, “pode ser exigido de cada membro de tais grupos ou equipes que se apresentem sob um aspecto diferente para que o efeito total seja satisfatório”. (GOFFMAN, 2007 pag. 77)

Em outra ocasião, Cinza desabafa sobre Amarela, em 23 de março de 2010:

Venho ao Dom Queixote registrar que estou aborrecida com a Amarela que insiste em me “dar bronca” em altos brados na frente dos pacientes, sendo que na última vez solicitei insistentemente que falássemos sobre o assunto outra hora (...). Depois do ocorrido fui a sua sala perguntar por que estava fazendo isso e a mesma me respondeu que era pra eu aprender e ver se é bom quando eu entro na sala dela e digo coisas do tipo: “O Fulano veio tomar remédio”, “O Beltrano veio tomar injeção”. Dando ordens! Expliquei então que como o prontuário do Fulano não é colocado na porta, por orientação dela mesma, eu me vejo na obrigação de avisar, por outro lado se o Beltrano está aguardando a injeção, um aviso não é uma ordem, porque ordem eu não dou nem para quem trabalhava para mim, penso que terei que permanecer muda para não incomodá-la e deixar os pacientes por longos períodos na sala de espera.

Amarela retruca, no mesmo dia escrevendo:

Em resposta ao que aconteceu entre Cinza e eu, talvez possa ser um mal entendido, também estou ficando cansada com a colega dizendo o que devo fazer, sempre que traz um prontuário diz: Amarela, Fulano veio tomar remédio; Sicrano veio tomar injeção, Beltrano quer receita. Sinto como se o paciente já tivesse sido atendido na recepção. (...). O que aconteceu na recepção foi que eu apenas lhe mostrei um envelope e lhe disse que era semelhante a outro, e assim não era preciso fazer um “auê”, é muito trovão para pouca chuva. Quanto aos pacientes ficarem na sala de espera eu pergunto: quando a outra técnica estava de férias, como ficava o paciente? Já que havia apenas uma pessoa para atender.

Goffmann (2007) pontua que essas divergências indicam que

um membro de equipe é alguém de cuja cooperação dramática um indivíduo depende para promover uma dada definição da situação; se tal pessoa vem se situar fora do âmbito das sanções informais e insiste em desligar-se da representação ou forçá-la a tomar um determinado rumo, não deixa de ser, por isso, parte da equipe. De fato, justamente porque faz parte da equipe, pode causar esta espécie de embaraços. (p. 81)

Percebemos que, apesar da dramaticidade colocada nas situações, bem como as manifestações de angústia por um anseio pessoal não satisfeito, há sempre uma tentativa de “estabelecer uma definição favorável de seu serviço ou produto”.

Verde aponta uma ação da equipe em 20 de maio de 2010:

Percebo a resistência de alguns membros da equipe, e não sei por quê... Uma falta de respeito com o outro, estou começando a pensar se chamo de equipe ou de colegas de trabalho, pois mais uma vez eu e Roxa tivemos aborrecimento no grupo de dependente químico, não com o adicto, mas com alguns colegas de trabalho. (...) Precisei interromper o grupo, após o interfone tocar três vezes, quando desci para abrir a porta às 16h43min, encontrei Laranja, Marrom e Amarela na unidade, quando perguntei: Porque não abriram a porta? Ouvi que não abriram porque o serviço funciona até às 16h30min. Fiquei arrasado, meu desempenho no grupo não foi legal, perdi o fio da meada. Sendo que pensamos juntos na proposta desse grupo, facilitamos por muitos serem trabalhadores da fábrica até às 16h18min, adequamos o horário para eles, talvez até por isto, ninguém aqui conseguiu montar um grupo funcional para esta demanda. Sei que muitos devem estar me condenando agora, mas vou continuar falando com o “Dom Queixote”, pois também sou um adicto em tratamento, além do desrespeito profissional, também sou paciente, também necessito de ouvi-los partilhar. Às vezes acho que o serviço de saúde mental tem dois jeitos de funcionar: um quando o médico está por perto porque tudo é certinho, vamos fazer assim você tem razão, enfim a equipe toda concorda, e o outro lado é o “cada um por si”, eu o tempo todo que passo aqui na saúde mental procuro funcionar para a equipe, presto muita atenção sim ao que o Aidê fala porque quero aprender. Estas situações estão se tornando “broxantes” para mim. Estou aqui no “Dom Queixote” ou em qualquer sala do serviço aberto ao diálogo, mas sem armas tá! Pois o que está em foco é o profissional e não o pessoal.

Laranja contrapõe Verde logo em seguida:

Em resposta a queixa de Verde se existe falta de respeito no trabalho só se for por parte dele, realmente disse que não abriria a porta do serviço após às 16h30min, pois se o grupo começa neste horário, não ouvi em nenhuma reunião clínica ou administrativa que haveria 15 minutos de tolerância para o grupo e também Verde não usa da menor educação para pedir a nós que estamos aqui embaixo fiquemos de guarda na porta.

Ainda mais depois que Marrom sem saber deixou um individuo que não fazia parte do grupo subir e com isso foi usada para dizerem que houve um desinteresse muito grande dos participantes do grupo (usuários de serviço) por conta disso, o que particularmente não acho que seja verdade.

(...) quanto ao problema da entrada para o grupo peço que seja discutido em reunião para que as coisas sejam feitas as claras e com testemunhas já que não temos confiança de acreditar no que as pessoas dizem particularmente e depois não assumirem. Ainda aponto que enquanto não se decida essa questão eu não abrirei a porta a ninguém depois das 16h30min. Quem não estiver satisfeito que peça mudança no protocolo do serviço, que alias não vi nenhum ser criado a respeito deste assunto. Até agora pra mim é como se esse grupo não fosse da equipe e sim de apenas dois profissionais do serviço.

Aberta ao dialogo tanto em equipe quanto individualmente, pois o meu comportamento é o mesmo perante qualquer um, diferente de pessoas que conseguem ser duas pessoas nas diferentes situações.

Parece-me que a impressão a ser passada à platéia é o mote principal das opções dos atores na sua representação. Portanto, avaliar a relação estabelecida com esta platéia tornou-se fundamental na compreensão de algumas cenas vividas.

Goffman (2007, p. 80) alerta que “o indivíduo pode manter privadamente padrões de comportamento nos quais pessoalmente não acredita mantendo-os por uma crença de que uma platéia invisível esta presente, a qual punirá os desvios desses padrões”.

Nesse caso, nossa opção de funcionamento conjunto no atendimento prestado aos usuários – platéia – define a busca dessa impressão, pois segundo Goffman (2207).

os indivíduos podem reunir-se formal ou informalmente num grupo de ação a fim de favorecer objetivos semelhantes ou coletivos por todos os meios que lhes sejam acessíveis. Na medida em que cooperem para manter uma dada impressão, usando este esquema como meio para atingir seus objetivos, constituem o que chamamos equipe. (p. 83)

Desse modo, adequar a prática à demanda da platéia, considerando o fato de fazer parte de uma equipe, também foi motivo de sofrimento aos atores. A angústia de protelar algumas decisões ou de submeter-se a uma decisão coletiva trouxe conseqüências a essa pratica.

Azul se posiciona sobre a divergência entre Verde e Laranja. E assim pondera em 24 de maio de 2010:

Estou preocupada com a maneira que às vezes nós profissionais nos posicionamos, penso que não estou aqui para cobrar, ou resolver as nossas questões sozinha, e sim trabalharmos juntos. Estou aberta para ouvir as pessoas e sempre digo que devemos expor nossas dificuldades para equipe, como equipe que somos, temos que resolver nossas dificuldades juntos. Percebo que esta semana esta pesada pra todos, devido à comemoração da Luta Antimanicomial. Quanto ao fato ocorrido na quinta-feira, ouvi a solicitação do Verde dos 15 minutos de tolerância aos participantes do grupo. Informei aos profissionais que estavam na casa, Laranja, Marrom e Amarela, todas me lembraram do fato ocorrido por ter deixado uma pessoa subir após as 16h30min, trazendo aborrecimento ao grupo, então combinamos de discutir em equipe um procedimento que não prejudique o grupo e nenhum dos profissionais.

Outro exemplo dessa questão é o desabafo de Branca, após uma reunião, em 01 de junho de 2010:

Há 03 anos estava, eu no meu terceiro ano na Unidade de Saúde Mental (funcionava no posto de saúde) os colegas avaliando minha atuação na equipe apontaram para mim (apropriadamente, eu sei) algumas particularidades e desastres de minha rotina de trabalho. Eu fiquei hiper mal constatei as extensões das conseqüências de minha dificuldade de organização interna projetada e manifestada no resultado negativo observado em tarefas simples como a organização dos prontuários e limitação minha em me adequar melhor ao trabalho. Na reunião de hoje, a colega Laranja trabalhando direto com a tal lista de espera da psicologia e com os prontuários, pontuou para mim que muitas das dificuldades que temos constatado referem-se à duplicidade dos nomes na lista, e recidivas na comunicação com paciente advêm

do fato de que eu não tenho feito sistematicamente as evoluções... Talvez daqueles que não se apresentaram na sessão para a qual os convoquei certa de que os casos atendidos são sim evoluídos, me defendi, porém não podendo fazer o mesmo e com a mesma convicção em relação aos casos que faltam as sessões, só me restou a “humildade” da auto reflexão, mesmo que num primeiro momento estivesse na defensiva e de forma constrangida ou deslocada. Tudo é crescimento, pondero hoje.

Observou-se mais um desabafo de Branca em 09 de agosto de 2010:

Pessoal, parceiros de trabalho. Hoje venho ao Dom Queixote para dividir com vocês minha “inquietação”. Tenho observado alto índice de abstenção nos atendimentos agendados comigo. (...) Têm sido freqüentes os pedidos para que eu volte a oferecer atendimento individual por partes dos pacientes em trabalho grupal.

Confesso que endureci no meu posicionamento que privilegia o atendimento grupal em detrimento do atendimento individual, mas as “ausências em sessão” tem me forçado a rever o meu fazer e levantar questionamento, sobre inclusive minha “adequacidade técnica”. Angustio-me com esta. Às vezes eu me pergunto se eu saberia mesmo trabalhar. Estar-se-ia desrespeitando o que seria essencial no trabalho e atendimento dos usuários, a escuta do seu sofrimento. (...) Enfim, não estou contente com os resultados que venho observando nos pacientes a mim confiados... Mesmo aqueles que se foram em alta, retornam em algum tempo depois solicitando atendimento e o meu sentimento de “frustração”, tem se sobressaído ao sentimento de realização profissional, por outro lado, penso que preciso ouvir os colegas. Enfim... É um desabafo... Mas também um pedido de avaliação. Preciso que os colegas de equipe se posicionem em relação o meu fazer e não apenas em relação à apresentação dos prontuários, dos agendamentos, etc.

Goffman (2007) abordou as possibilidades e fenômenos mais recorrentes nessa tríade ator-platéia-equipe. O autor esclarece o movimento percebido nessa interação indicando-nos que

parece ser opinião geral que o desacordo público entre os membros da equipe não somente os incapacita para uma ação conjunta, mas também perturba a realidade patrocinada por eles. Para proteger esta impressão de realidade, pode-se exigir dos membros da equipe que adiem a tomada pública de atitudes, até que a posição da equipe tenha sido estabelecida; e, uma vez tomada à posição da equipe, todos os membros estão obrigados a segui-la. (p. 84)

Ressalte-se que “se a equipe quiser manter a impressão que está causando deve, então, estar segura de que nenhum indivíduo terá permissão para pertencer, ao mesmo tempo, a ela e à platéia” (Goffman, 2007 p. 90).

Daí nossa conclusão de que em alguns momentos os atores comprometeram sua prática por confundir-se quanto a sua posição. Não no sentido de invariavelmente não poder questionar a proposta da equipe, mas sim ao avaliar seu resultado colocando-se como fora desse grupo – equipe.

Por exemplo, Verde queixa-se de Azul, em 03 de setembro de 2010:

Hoje eu é que estou desanimado com Azul. Por duas vezes fui pedir uma informação e não obtive da mesma disse o que precisava, pelo contrário conversou com Amarela e decidiram que era caso para visitar. Pode até ser que estejam certas... mas para outra demanda.

O que perguntei foi: a Fulana da Secretaria de Saúde me ligou perguntando se era possível o médico trocar a receita para a mesma já que um paciente havia levado para ela manipular o medicamento na quantidade de 30 comprimidos, mas a farmácia do SUS só fornece na quantidade de 60, portanto autorizou um número menor de medicamento para o paciente não ficar sem. Sua dúvida era simplesmente quanto à possibilidade do médico fazer uma receita de 60 comprimidos, pois a de 30 esta com ela. Perguntei para Azul para posteriormente informar Fulana, mas por duas vezes não fui atendido, então disse para Fulana que medicamento é só na enfermagem. (...). Agora pergunto para a equipe, esta visita é para a Fulana que esta me pedindo uma informação ou para o paciente que já pegou o medicamento?

É uma demanda do ACSM ou da enfermagem? Devo fazer visita porque o paciente pegou remédio sem receita com a Fulana, ou porque o paciente não esta aderindo ao grupo? Percebo falta de bom senso nessa atitude.

Noutra ocasião, Cinza reclama da equipe em 08 de julho de 2010:

Que estranho! Fui ler o “Dom Queixote” e percebi que a reunião foi administrativa! Não era só nas reuniões clinicas que eu e a Marrom ficaríamos de fora? Ou será que eu devo comparecer quando alguém da equipe quer apontar meus erros diante de todos?

Também de minha parte registro meu estranhamento à equipe, em 16 de julho de 2010:

Hoje vim até o “Dom Queixote” achando que teria alguma informação/ impressão sobre a festa. Acho que esses momentos de socialização são muito importantes para perceber os pacientes, a dinâmica da equipe e sua capacidade de funcionamento conjunto. Dai, também considero imprescindível que essas impressões das pessoas sejam compartilhadas.

Percebe-se que, de uma maneira geral as manifestações dessa natureza foram feitas como se a proposta tivesse sido construída sem nenhuma participação do ator – ou seja – como se este fizesse parte da platéia.

Pontua-se que o risco maior nesse fenômeno foi a tendência nos atores de isentar-se de suas responsabilidades individuais sobre a prática, esquecendo-se que “qualquer grupo de indivíduos que cooperem na encenação de uma rotina particular” é uma equipe, e nesse sentido não cabe atuar/praticar opostamente a ela. Goffman (2007) alerta que

uma vez que todos nós participamos de equipes, devemos carregar no nosso íntimo algo da doce culpa dos conspiradores. E desde que cada equipe está empenhada em manter a estabilidade de algumas definições da situação, escondendo ou depreciando certos fatos a fim de consegui-lo, pode-se esperar que o ator continue vivendo sua carreira de conspirador com certa dissimulação. (p. 100)

Cabe frisar que as orientações/pontuações dadas ao grupo durante a investigação sempre se pautaram no objetivo de consolidar uma equipe que construísse não só uma prática de qualidade, mas acima de tudo incutindo-lhe a responsabilidade do papel assumido pelo Serviço perante o município.

Ou seja, sempre procurou-se potencializar a postura coletiva perante as questões.

2.4 Uma equipe (en) cena

Para concluir a apreciação desse processo de construção da equipe atuante no serviço tornou-se necessário a análise de sua funcionalidade. Nesse caso, considerando a estratégia de pesquisa adotada optou-se por associar ao ideário de Goffman alguns conceitos operacionais da AI – implicação, analisador, transversalidade e restituição – por entendermos que há uma complementariedade conceitual adequada presente nessa opção.

Por conta disso, e para coleta das impressões dos atores, utilizamos, além do diário coletivo, a técnica do grupo focal. O objetivo foi cruzar as revelações coletadas a partir de reflexão pessoal de cada um sobre sua prática – diário institucional – com as manifestações originárias da discussão em grupo sobre o cotidiano do serviço – grupo focal. Com essa estratégia percebeu-se alguns relatos que nos dão indícios da maneira como os membros foram adquirindo intimidade entre eles.

Conforme já citado anteriormente, afirma Goffman (2007, p.81) que

os companheiros de equipe, então, proporcionalmente à frequência com que agem como equipes e ao número de assuntos incluídos na proteção delineadora tendem a ser ligados por direitos do que se poderia chamar de familiaridade”.

Inicialmente procurou-se sempre estimular a conversa mediada entre os membros da equipe. Sobre isso, Vermelha relata em 24 de fevereiro de 2010:

Seguindo a proposta do Aidê de realizarmos uma conversa com os ACSM, fiz o convite aos mesmos que concordaram sem nenhum problema. Aproveito para deixar claro que também concordo com a tentativa de evitarmos prejuízos para o serviço, é muito desagradável trabalharmos em um lugar em que os atritos vão aparecendo e sendo jogados para debaixo do tapete. Eu particularmente fico muito irritada quando percebo que num trabalho em equipe existem pessoas que tomam atitudes sem pensar nos outros. Fico esperançosa que essa conversa consiga trazer melhorias para o serviço e principalmente para os atendimentos dos pacientes. A conversa está agendada para terça-feira, dia 02/03/2010 as 10h00min.

Verde registra sua impressão sobre essa conversa, em 02 de março de 2010:

Fiquei muito satisfeito com a conversa que tive com Vermelha, Laranja e Aidê, posso dizer que sai mais capacitado da sala, admito que esteja completamente equivocado, quando digo que meu jeito de ser é este, apresentado à minha colega, que a fez ficar magoada. (...) Pretendo e vou me esforçar no máximo para estar cumprindo minhas obrigações e disposto a trabalhar em equipe.

Ao propor essa estratégia, estabelecem-se algumas condições favoráveis a consolidação de uma equipe, pois, esta

por conseguinte pode ser definida como um conjunto de indivíduos cuja íntima cooperação é necessária, para ser mantida uma determinada definição projetada da situação. Uma equipe é um grupo, mas não um grupo em relação a uma estrutura ou organização social, e sim em relação a uma interação, ou série de interações, na qual é mantida a definição apropriada da situação. (GOFFMAN, 2007 p. 99)

Por outro lado é interessante notar a concomitância possível do conceito de implicação. Sobre ele diz Lourau (1981)

Chamo de implicação o conjunto de relações que o intelectual rejeita, conscientemente ou não, analisar na sua prática, quer se trate das relações com seus objetos de estudo, com a instituição cultural, com seu círculo familiar ou outro, com o dinheiro, o poder, a sua libido e, em geral com a sociedade da qual faz parte. (p. 24)

Nesse caso, podemos inferir que uma equipe é um grupo que se implica consigo mesmo funcionando analogamente como uma “família”.

Ainda seguindo a estratégia de potencializar a equipe a partir do enfrentamento dos conflitos diários, em 15 de março de 2010, registro minha impressão sobre o cotidiano:

A meu ver a dinâmica atual imposta à equipe, bem como as mudanças propostas são as responsáveis pelos conflitos que por horas se fazem presente. O serviço “saiu da zona de conforto” em que se encontrava e a “sujeira” que até então estava sob o tapete agora incomoda os olhos de todos. Particularmente considero que se tivermos paciência, profissionalismo e disposição ao crescimento apesar da momentânea angústia a equipe irá melhorar e muito seu ambiente de trabalho. Percebo as disputas de “micro-poderes”. Percebo o confronto dos temperamentos. Percebo o desgaste na medida em que nos tornamos mais próximos.

Até já me arrisco a adivinhar as frases que ouviremos nos próximos dias:

- Não adianta falar. Não resolve nada
- Mas ele (a) só tem discurso, na prática não é bem assim
- Você fala isso porque não está aqui o tempo todo

Enfim, para mim, todos estão querendo dizer: Não sabemos ainda trabalhar juntos ou como fazer isso?”Em minha opinião, e como dica, sugiro conversar... conversar... conversar... tentar ouvir mais e falar menos. Sejam bem vindos à realidade de trabalhar em equipe, e não se preocupem... Também é divertido.

Vermelha e Azul, no papel de coordenadoras, aderiram à proposta e também mediaram conversas entre os membros a partir dos conflitos explicitados. Uma dessas ocasiões é relatada por Vermelha em 17 de março de 2010:

Realizo conjuntamente com Azul uma conversa com Verde e Cinza para reflexão quanto às queixas apresentadas pelos mesmos neste diário. Aproveitamos para pontuar a tentativa de diminuir as picuinhas e melhorar a convivência. Precisamos mais do espaço da reunião administrativa para apontar nossas insatisfações ou opiniões. Observo a necessidade de nos tornarmos mais solidários uns com os outros, respeitarmos a individualidade de cada um, pararmos de tomar conta do serviço dos outros e tentarmos desempenhar cada um sua função, de maneira mais adequada ao paciente e a equipe. Quero aproveitar para deixar escrito que desde que assumi a coordenação pretendo trabalhar em equipe e respeitarei todas as decisões que forem tomadas no momento da reunião, acredito que só assim conseguiremos fazer deste serviço um lugar prazeroso para se trabalhar.

Outra associação possível surge a partir do que Lourau (1975, p. 284) dá o nome de analisador à “aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar”.

Nesse sentido, em algumas situações de férias, por exemplo, pudemos perceber alguns analisadores.

Em 14 de junho de 2010, Azul registra sua análise:

O mês de maio, mês de férias da Vermelha, foi uma experiência boa para mim, primeiro, por que pude superar o medo de enfrentar as situações sozinha. Sozinha em partes, pois contei com o apoio de toda a equipe. Tivemos um grande evento (Semana da Luta Antimanicomial), fiquei muito surpresa, todos nós trabalhamos com muita vontade, também percebi dificuldade de alguns profissionais de se envolver mais com a equipe.

A secretária que também é nossa recepcionista demonstrou muita dificuldade, devido seu deslocamento da recepção, tem receio de deixar o ambiente sozinha, e não tem bem definido sua função na saúde mental, em uma das nossas conversas solicitou a volta do computador e o arquivo perto da sua mesa, para que possa contribuir mais com o trabalho da equipe. Já Amarela tem se queixado muito, está sem paciência para resolver algumas questões com os colegas, diz que todos os dias têm dificuldade em relação aos encaminhamentos da recepção para a enfermagem. Também tenho presenciado algumas conversas desagradáveis e em tons ásperos uns com os outros, principalmente Amarela e Cinza. Verde demonstra muita boa vontade e disposição em ajudar, tem contribuído bastante e apoiado as famílias nas internações e encaminhamentos ao P.S, na oficina de autoestima apresentou habilidade com os cuidados de higiene do paciente.

Outro exemplo desse analisador foi um registro feito após 30 dias de pesquisa.

Em 02 de março de 2010, relato:

Inicialmente fiz uma síntese de minhas impressões iniciais do serviço, após esse mês de observação, e sua funcionalidade. Por conta da Cinza e da Azul estarem de férias facilitou minha aproximação com Amarela, Laranja e Verde. Conversamos sobre a efetivação da Vermelha como coordenadora e ressaltéi minha intenção de não assumir e/ou atrapalhar essa

função. Elogiei a atitude de todos em manter as reuniões objetivas e resolutivas. Esclareci minha proposta de atendimento conjunto com os colegas da ESF e reforcei outras atitudes da equipe que estimulariam esse matriciamento. Informei meu horário e tarefas a serem cumpridas semanalmente a partir de agora. Posteriormente conversamos sobre o acolhimento tentando melhorar a abordagem ao paciente. Ficou decidido que todos os pacientes serão encaminhados ao grupo de orientação.

Finalizando minha fala sugeri que fizéssemos um relatório mensal de todas as nossas atividades/produtividade atendendo a sugestão da gestora de implantarmos uma “gestão” á vista. Em seguida Roxa trouxe suas preocupações com relação a clínica onde estão internados nossos pacientes com dependência química. Pontuei meu movimento e providências atuais para adequação desse convênio. Salientei minha posição de não achar adequado estabelecermos vínculo com a Instituição sem um convênio oficial. Houve debates e discussões a respeito, ficando evidente a insatisfação da equipe com a tal clínica. (...) Discutimos sobre a postura de outros setores que dificultam o cuidado ao paciente, bem como uma dinâmica institucional mais adequada. Ficou evidente a necessidade de reuniões entre os coordenadores para agilização das propostas matriciais.

Enfim foram situações que desvelaram a dinâmica da equipe e nos mostraram sua capacidade de adaptação ao cotidiano, bem como os vários fatores envolvidos. “Com efeito, não se deve assimilar o analisador ou os analisadores a um ou a vários indivíduos que serviriam de “compadres” ao analista” (Lourau, 1975, p. 285). Assim sendo, alerta-se que

na maioria das vezes, os indivíduos “analisadores” não surgem abruptamente, como puras encarnações da negatividade da instituição, mas se manifestam pouco a pouco em uma relação de oposição ou de complementariedade (...) como concorrentes ou rivais. Assim é que o dissidente libidinal só aparece no exame difuso e freqüentemente silencioso da ideologia do grupo-cliente, no momento em que este se constitui como grupo-objeto, identificando ideologicamente suas finalidades á da instituição, ou instituições mais significativas do grupo. (LOURAU, 1975 p. 285).

Outro ponto relevante a ser analisado é a qualidade da comunicação entre os membros, o compartilhamento de informações e a correta utilização desses dados. Tornou-se óbvia a necessidade de avaliar a interação entre as equipes – atores e platéia – “profissionais” e “usuários”.

Goffman (2007) chama a atenção para as condições mais comuns nessa situação:

Quando duas equipes se encontram uma com a outra com objetivo de interação, os membros de cada uma pretende sustentar como linha de ação que eles são o que afirmam ser, tendem a permanecer a caráter. A familiaridade dos bastidores é suprimida para que a inter-relação das poses não entre em colapso e todos os participantes encontrem na mesma equipe, por assim dizer, sem deixar de fora ninguém que represente para outros. (...) E, para assegurar que a comunicação seguirá pelos

estreitos canais estabelecidos, cada equipe está preparada para ajudar a outra, tácita e discretamente a manter a impressão que está tentando causar. (p. 156)

O convívio social entre grupos comumente impõe aos atores a necessidade de uma “caricatura” de atuação onde estes apegam-se mais ainda a aquilo que desejam repassar enquanto equipe. Não sendo raro o surgimento de anseios reprimidos.

Quando se estuda um estabelecimento social, descobrem-se quase sempre estes sentimentos discrepantes. Estes demonstram que, embora um ator possa agir como se sua resposta numa situação fosse imediata, impensada e espontânea, e embora ele próprio talvez pense ser isso o que acontece, ainda assim sempre haverá a possibilidade de surgirem situações nas quais transmitirá a uma ou duas pessoas presentes à compreensão de que o espetáculo que está executando é única e exclusivamente um espetáculo. (GOFFMAN, 2007 p. 158)

Dessa forma, preocupado, registro em 23 de março de 2010 no DQ:

O clima no serviço está bastante conturbado, pacientes em crise (abstinência alcoólica), mal atendidos no Pronto Socorro e pela família, além de outras situações que só demonstram a dificuldade da sociedade em lidar com o “louco”. Por outro lado também percebo a equipe tensa, às vezes angustiada por não ter uma resolutividades nas mãos. Tento passar a todos as necessidades do tempo necessário para as coisas se acomodarem. Acho perigosa essa cobrança interna exagerada em acertar/resolver tudo. É preciso calma, visão longitudinal do processo e serenidade em lidar com as crises.

Outro fenômeno percebido ao longo desse processo de concretização da comunicação da equipe – atores – perante a outra equipe – usuários foi à construção de protocolos para todas as ocasiões, como se não fosse possível haver imprevistos. E isso também gerou sofrimentos:

Incomodado, descrevo em 20 de abril de 2010, uma cena entre Amarela e Cinza:

Hoje tive explicitamente um exemplo de como essa equipe, às vezes, perde objetividade nas ações e a meu ver, deixa claro sua resistência e/ou dificuldade em relação às mudanças. Durante a nossa reunião, ao tentar esclarecer e sugerir os encaminhamentos para o acolhimento fiz a seguinte colocação.

“Se o usuário/paciente falar em receita ou remédio na recepção encaminha-se a enfermagem. Se for outra coisa vai para o acolhedor”.

Esta sugestão me parece simples, direta e óbvia. Além disso, atende uma dificuldade que percebo estar ocorrendo na recepção, como também facilita o dia-dia da equipe.

Porém, após essa fala, debatemos mais 20 minutos para chegar nesse mesmo ponto.

Até aí, ainda tudo bem já que considero necessário respeitar o tempo do outro.

Entretanto a situação que assisti posteriormente, enquanto fazia meu ambulatório, mostra as dificuldades e falta de objetividade ou de atenção.

Vejam o diálogo abaixo que assisti entre a Amarela e a Cinza:

_ O fulano tá na recepção pedindo remédio...

_ Mas eu entreguei o remédio dele ontem

_Mas o que eu faço?

_Fala isso pra ele.

Nesse instante Cinza volta à recepção e conversa com o paciente.

Passam alguns minutos volta Cinza com o prontuário e conversa novamente com Amarela:

_ Amarela ele tá falando que vocês só deram 04 comp. pra ele. Não entendeu direito. Tá aqui o prontuário.

Demora mais alguns minutos e Amarela vai falar com o paciente. Cabe salientar que houve certa tensão no ar enquanto se resolvia a situação. O paciente ficou por muito mais tempo na sala de espera... Muito mais do que precisava.

Considerando o que falei na reunião essa situação poderia ser encaminhada em duas falas,

- Amarela, o Fulano está com dificuldade com remédio. E está na sala de espera e aqui está o prontuário.

- Tudo bem... Diga a ele que já vou atendê-lo.

Por último e só pra reforçar, quero ressaltar que o paciente é psicótico crônico, ou seja, qualquer tensão a mais no vínculo pode trazer consequências.

Enfim, gostaria de dizer que em minha opinião as situações devem ser resolvidas o mais objetivamente possível. E melhor pra todo mundo e menos desgastante.

Novamente torna-se pertinente associar outro conceito da AI – transversalidade – para melhor esclarecer esse movimento da equipe em cena. Ou seja, compreender as mensagens não ditas, implícitas e as informações que se emite nesse convívio.

Guattari (1987) define a transversalidade como o aumento da comunicação entre diferentes níveis e diferentes sentidos das múltiplas forças que atravessam e compõem os processos. O “coeficiente de transversalidade” designa o grau de percepção e atuação institucional das múltiplas dimensões que atravessam e produzem os processos de subjetivação.

Refletindo, sobre estes processos, em 01 de junho de 2010, registro:

Percebo que após esses meses de atuação e com a exposição pública alcançada, alguns, enfrentamentos serão necessários. Suponho que teremos dificuldade com a cultura assistencialista local, bem como a visão médico-centrada.

É fundamental que cada um de nós retome (dentro de si) a concepção que deseja para o serviço. Novas lutas virão e é preciso coragem e inteligência para lidar com elas.

É preciso cuidado com a burocratização excessiva, é preciso cuidado e bom senso com os protocolos, é preciso transparência nas divergências.

Assim sendo podemos dizer que houve um comprometimento do coeficiente de transversalidade em algumas situações, principalmente quanto ao intercâmbio entre os profissionais e usuários. Também, não se pode negar o mesmo comprometimento dentro da própria equipe.

Sobre isso em 09 de setembro de 2010, escrevi:

Hoje fiz uma “revisão” geral do dom Queixote. Reli algumas colocações, senti falta de outras e fiquei com a impressão de que há realmente uma grande dificuldade em expor situações, colocar-se sugestivamente, ou causar ruídos na equipe a partir da manifestação. Por outro lado, aqueles que o usaram e que tiveram a paciência de acompanhá-lo pode conhecer melhor o sentimento dos outros. Este é um dos motivos de tê-lo sugerido ao voltar para o serviço. Na época minha percepção era de que o grupo estava tenso e usando inadequadamente a famosa “ata” das reuniões. Os relatos transformaram-se em acusações e obstáculos para o bom serviço. Pelo menos com o diário institucional esse mito foi desconstruído (...).

Cabe salientar a relevância do diário para melhor adequação da equipe a esse comprometimento. É forçoso dizer que, apesar do meu abatimento, talvez desproporcional, com a resposta da equipe à ferramenta durante a pesquisa, a experiência do diário coletivo melhorou nosso coeficiente de transversalidade. Sem dúvida que o “não dito” foi melhor capitado a partir dos registros feitos nele.

Então, após reunião, em 27 de setembro de 2010, anotei no DQ

Hoje decidimos conversar sobre o diário, a equipe resolveu mantê-lo, porém de forma mais livre e espontânea. Para mim o fundamental nessa discussão foi à necessidade de estarem atentas às mensagens não ditas no processo de trabalho. Nesse sentido acho que o diário contribuiu. Particularmente, acho que fortaleceu meu diálogo com a equipe, pois nele pude manifestar minhas angústias, e em alguns momentos, fazer algumas colocações que talvez numa reunião não fossem adequadas, com risco de ser mal interpretado.

Obs.: O exercício da escrita permite um distanciamento necessário, às vezes, para melhor assimilação e compreensão do sentimento envolvido. Portanto foi um prazer compartilhar alguns deles com a equipe... “

Infelizmente, apesar desta decisão, o diário não foi mantido posteriormente pela equipe com a mesma formatação. Transformou-se somente num livro de relatos de reuniões.

Ainda em 27 de setembro de 2010, escrevi:

Vermelha inicia o debate para a construção da avaliação do serviço, ou seja, e realização da assembléia dos usuários. Sugiro que os facilitadores dos grupos de trabalho sejam os ACS voluntários da ESF, percebo serem mais adequados, e a meu ver, com eles os usuários teriam mais facilidade de se abrir. Vermelha propõe também, possibilidade de fazer uma avaliação ampla de todos os setores. Concluímos que serão selecionados os 10 primeiros pacientes que chegarem a Unidade por dia e durante uma semana, perfazendo uma média de 50 pacientes/usuários.

Há novamente uma discussão sobre o uso do diário no serviço, conversamos sobre pontos positivos e negativos da experiência. A equipe decide manter registro do diário livre e a cada semana um profissional, ficará responsável pelo relato (ata) da reunião.

O fato é que não houve mais nenhum relato pessoal de nenhum membro, o que talvez corrobore minha impressão sobre o dispositivo naquele momento.

Concluindo evidencia-se que o estratagema adotado por Goffmann de utilizar-se dos princípios da dramaturgia, associados aos conceitos operacionais de Lourau, ora utilizados, nos deram a possibilidade de análise minuciosa de uma equipe em movimento, ou melhor, em cena.

2.5 Analisando o espetáculo

Configurado o palco, seus personagens, o script e o drama da prática a ser vivenciada, pudemos assistir ao “espetáculo” de uma equipe em seu cotidiano. As cenas e enredos do dia-a-dia movimentaram desejos, frustrações, conceitos e pré-conceitos de atores centrados na tarefa de atender pessoas com sofrimento psíquico.

Essa complexa engrenagem da (con) vivência disparou instituições, sensibilizou implicações e criou analisadores cujo surgimento revelou os bastidores e as coxias de uma peça encenada por atores implicados, portanto, comprometidos com a construção de um serviço de saúde.

Diante desses fenômenos e por conta da pesquisa-intervenção foi necessária à utilização de outra ferramenta da AI para sua devida análise – a restituição.

Segundo Lourau, (1993, p. 64) esta “consiste em se centrar numa tarefa – análise coletiva da situação presente, no presente – em função das diversas implicações de cada um com e na situação”.

Durante essa pesquisa cumprimos essa tarefa em duas ocasiões distintas. A primeira delas logo ao final do primeiro ano de investigação quando fizemos um relatório escrito com todas as impressões e conclusões sobre o serviço durante o ano de 2010. Posteriormente debatemos seu conteúdo em reunião de equipe e em seguida com o gestor de saúde. Tal instrumento foi fundamental para o planejamento das ações no ano de 2011⁷⁰.

No entanto ressalta-se que a restituição feita a posteriori aproximou-se mais daquilo que Lourau preconizou, ou seja,

ver em relevo aquilo que a demanda desenhava em oco, isto é, a situação real da organização-cliente, suas relações com o conjunto do sistema social, suas

⁷⁰Para maiores detalhes sugerimos a leitura do apêndice “Relatório de restituição do projeto de matriciamento na APS de Paraisópolis/MG”. (pag. 228)

contradições e a poderosa ação do negativo que, seja como for, a faz funcionar e produzir. (LOURAU, 1975 p. 282)

Para tanto, estimulou-se uma conversa coletiva cujo objetivo foi perceber as impressões, dificuldades e perspectivas da equipe sobre o modelo de serviço implantado, bem como a (re) vivência dos conflitos interpessoais. A coordenação desse momento ficou a cargo de outra pesquisadora que previamente discutiu com o autor da tese a dinâmica e realidade do cotidiano a ser analisado. Anteriormente, ou seja, antes do debate propriamente, o pesquisador-autor analisou o diário coletivo e organizou seu conteúdo com os temas principais ali surgidos. Desse modo, destacou situações e ocorrências analisadoras que revelaram os “não ditos” no dia-a-dia institucional vigente apresentando-as à equipe.

Nessa apresentação procurou-se explicitar a face oculta percebida nos relatos do diário para num segundo momento, já com a mediação da outra pesquisadora, serem ponderados o material/implicações/instituições dos analisadores enunciados.

De uma maneira geral nessa restituição foram denunciados os atravessamentos que de uma forma ou outra dificultaram nossa prática clínica e/ou tornaram nossa convivência menos saudável.

Em síntese, como resultado desse encontro mediado, três pontos primordiais foram debatidos e (re) elaborados pelos envolvidos: a) a necessidade de empatia para com o outro; b) a realização do acolhimento e c) a redefinição das funções/profissão a partir desse modelo.

- Empatia: a construção efetiva de uma equipe passa pelo indispensável exercício de ser empático no cotidiano. Os membros devem, a cada decisão tomada ou impressão percebida sobre o outro, focar-se na possibilidade de colocar-se também nesse lugar do outro. Somente assim é possível compreender algumas atitudes e/ou imposições, a que somos submetidos, com a devida paciência e disposição para construção conjunta. Por outro lado, não se deve desvalorizar ou negligenciar os atravessamentos pessoais que quer queira ou não, estão sempre presentes orientando nossas opções de convivência.
- Acolhimento: a proposta de acolhimento nos serviços de saúde é complexa e exige dos trabalhadores sua maior atenção/concentração. A subjetividade

interfere diretamente nesse procedimento tornado-o sempre singular onde qualquer protocolo, por mais que seja (re) construído, sempre merecerá (re) atualizações. Portanto consideramos ser ele o principal setor nesse modelo de serviço, e também o que tem maior potencialidade instituinte.

- Redefinição de função/profissão: A constante troca de saberes/conceitos/técnicas torna esse cotidiano singular e constantemente com potencial para a permanente capacitação profissional/técnica. Por outro lado, se o trabalhador da saúde não mergulhar numa reflexão séria sobre sua profissão/função onde sua própria formação acadêmica seja colocada a prova quanto à eficiência, correrá o risco de não ser efetivo nesse modelo.

Finalizando, as conclusões ora explicitadas a respeito da equipe, além da percepção dos principais fenômenos ocorridos durante seu movimento sobre o “palco” cotidiano, foi organizada a recorrência de temas registrados no DQ, bem como o resultado da conversa, mediada pela pesquisadora-convidada, entre todos os profissionais do serviço. Apesar do seu caráter empírico, ressalta-se essa diversidade dos instrumentos de elaboração como busca do rigor necessário para uma fundamentação teórica.

No diário, o qual se trabalhou exaustivamente para conseguir categorizá-lo, observamos quatro temas/áreas de interesse dos diaristas para registros: a) processo de trabalho; b) análise de reuniões, fóruns, documentos e serviços externos; c) dificuldades de relacionamento, angustias ou alegrias pessoais e d) respostas do pesquisador ou da coordenação às demandas da equipe.

Esta categorização foi colocada à disposição dos profissionais através do “Relatório” que, além de discutido/analísado durante a restituição, permaneceu no serviço para acesso de todos⁷¹.

Assim sendo, podemos afirmar que ao analisarmos a construção de uma equipe e seu cotidiano ora apresentado foi possível assistir a um ato vivo de fazer clínica com todas as suas dificuldades e limitações.

⁷¹ Para maiores detalhes desse relatório, sugiro leitura do referido apêndice (pag. 242). Apesar da maioria dos relatos já terem sido usados na análise ora proposta, oferece-se ao leitor o acesso a uma boa parte do nosso Dom Queixote para sua própria conclusão/apreciação. Guardadas as devidas proporções, e em certo sentido, estamos propondo o exercício sugerido por Lourau (2004e) com o diário de Malinowski.

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PESSOAIS)

Sobre a experiência/vivência numa pesquisa-intervenção

O presente trabalho se propôs a investigar a Saúde Mental sob vários ângulos possíveis no espaço de uma tese. Considerando minha inserção técnica e política na área, pretendi abordar a questão nos diferentes níveis vivenciados por mim e pela equipe de profissionais, na qual estava inserido.

Com relação às políticas públicas analisei algumas diretrizes desde as propostas pelo Ministério da Saúde, passando pelas Secretarias Estaduais e principalmente na esfera municipal. Não a partir das portarias e/ou leis implantadas, mas sim na forma como estas são colocadas no cotidiano do profissional, bem como sua proposta de implantação nos serviços.

Ao analisar os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental ocorridas até aqui, mesmo que focalizado no tema “município de pequeno porte”, além do fato de ter participado efetivamente desses eventos em todos os seus níveis, pude assimilar, nos discursos dos atores presentes, o ponto de vista da Sociedade Civil em relação ao tratamento a ser dado aos portadores de transtornos mentais.

Mesmo percebendo este “campo minado” da Saúde Mental com algumas decepções, enormes avanços e muitas controvérsias, ressalto que isto não me impediu de ver possibilidades e potencialidades a serem destacadas nas disputas ideológicas ali travadas.

Entretanto, a vivência cotidiana de um serviço de Saúde Mental em um município de pequeno porte, transformou-se no maior desafio e, ao mesmo tempo, no principal desejo de construção, a partir das implicações constituintes da minha identidade pessoal/profissional. Foi, sem dúvida, nesse espaço de micro-política que pude perceber e aprender como REALMENTE as coisas acontecem e/ou se tornam a realidade do SUS.

O dia-a-dia institucional foi “desgastante” e ao mesmo tempo “fascinante”, a partir da intenção de efetiva construção de uma equipe multiprofissional.

Ao investigar alguns fenômenos dessa rotina diária, pude perceber que, sem dúvida, eles comumente ocorrem também em outras equipes assistenciais ou em outros contextos de assistência à saúde.

Sendo assim admito que esse cotidiano se impôs internamente como o objeto a ser pesquisado. Felizmente, a curiosidade do sujeito seduzido não atropelou a tagarelice de um objeto sedutor. Percebi, então, que a análise do próprio cotidiano institucional da equipe da SM aproximava-me da compreensão do cotidiano de outras equipes quaisquer. Portanto não senti a necessidade de investigar especificamente, ou também, o campo das ePSF, anteriormente proposto.

Por outro lado, é fato notório, e ora confirmado com essa experiência, de que sem o constante diálogo com a APS, a eficácia da proposta clínica propriamente dita ficaria comprometida. A territorialização se faz indispensável como estratégia de atuação. O intercâmbio institucional pode facilitar e qualificar tecnologias leves em ambos os espaços/equipes, co-produzindo matriciamento singular e, a meu ver, mais potente.

A estratégia adotada perante esse campo foi a de escutá-lo e procurar ver, com a maior clareza possível, como os atores presentes se movimentam e/ou se apresentam uns aos outros. Ao optar pelo diário como principal instrumento de percepção dos dados, foi dado voz aos não ditos, permitiu-se conversas antes não reveladas, sendo que por conta dos mecanismos criados para os membros da equipe registrarem suas impressões e consentir que os outros tomassem conhecimento delas, estabeleceu-se uma conversa “franca”, “íntima” e “tensa”, mas, sobretudo, reveladora dos atravessamentos dos profissionais que se propõe a um “fazer clínica”.

A partir daí deu-se uma discussão séria sobre que tipo de clínica estar-se-ia oferecendo aos usuários do serviço. Não somente no sentido técnico estrito, mas sim no sentido humanizado onde a prática concretizada e intencional tem o objetivo ou se pretende “amenizadora” do sofrimento psíquico.

A empreitada foi ousada, audaciosa, e, também, bastante produtiva com conseqüentes percepções de angústias. Porém, o instrumental teórico-metodológico da Análise Institucional, especialmente através das contribuições de René Lourau, e

na funcionalidade das ideias de Erving Goffman ao procurar entender o universo das equipes, tornou a viagem melhor planejada, onde os rumos puderam esclarecidos numa organização de pesquisa efetiva e eficaz.

Além de tudo, foi possível discutir aspectos relativos à gestão e ao planejamento através do confronto dos dados objetivos com os subjetivos do serviço analisado, avaliar a clínica e suas especificidades na SM.

Quanto ao inevitável risco de sobreimplicação, além de não negá-lo pude perceber quanto o meu papel de médico psiquiatra, construído social e culturalmente é desgastante, impõe desafios e imputa atribuições nem sempre adequadas a aquilo que nos propusemos a ser como “um profissional da saúde”.

Mesmo assim, construiu-se um serviço de saúde que funcionou. Atendeu algumas demandas, inovou e se sustentou sem recursos estaduais e/ou federais... ou melhor, ainda não foi considerado oficialmente um serviço de saúde adequado por questões burocráticas/administrativas. Estar-se-ia sonhando, então? Não. Esteve-se praticando na realidade do dia-a-dia, e demonstrando subjetiva e objetivamente que pode-se dar bons resultados.

Do que depende então para sua multiplicação? Com certeza de várias coisas que se forem aqui elencadas podem passar a impressão de uma complexidade, talvez, frustrante.

O que posso afirmar? Depende, PRINCIPALMENTE, do comprometimento sério de quem se dispor a fazer política, clínica, cuidado, planejamento e gestão... Ou seja, “verdadeiramente” implicar-se com os usuários dos serviços de Saúde Mental.

Sobre o instrumento de pesquisa chamado “diário”

Parece-me que outro ponto crucial a ser valorizado na pesquisa foi a ferramenta “diário institucional” que retirou os atores de seu silêncio fazendo-os revelar tensões, intenções, posições e proposições na construção do seu cotidiano.

É notório que enquanto esteve vigente nosso Dom Queixote no serviço, os analisadores estiveram mais explícitos, ou talvez, mais percebidos, além da melhor possibilidade de análise das implicações. No entanto, e infelizmente, isso não foi o

suficiente para sua manutenção, ainda que “conscientemente” nenhum ator tenha sugerido sua interrupção. Por quê? Seria necessária, na convivência humana, a dimensão do não dito para uma realidade dita?

Suponho que a psicanálise nos diga que sim. Freud, em certo sentido, sempre nos deixou claro, em seus estudos, o quanto precisamos ou estamos num mundo inconsciente para sobreviver à vida consciente e ao princípio da realidade.

Porém a complexidade do cotidiano nos deixa claro o quanto a troca de informações é fundamental, analisadora e potencialmente construtiva de uma prática clínica adequada. Nesse caso, pode-se afirmar que, em função do resultado positivo do diário, a institucionalização do prontuário conjunto ocorrido no serviço estabeleceu-se como um mecanismo eficiente para lidar com as implicações da equipe. O fato de registrar no prontuário todas as ações e decisões de cada membro dessa equipe no atendimento à demanda do usuário a manteve numa ação conjunta “franca” e “pública”. Ou seja, em certo sentido, levou-se o “Queixote” para dentro dos prontuários ou, pelo menos, percebeu-se que no registro das práticas, publicizou-se a clínica, surgindo, então, um analisador constante da convivência técnica.

Cabe salientar que a feliz analogia proposta por minha colega de equipe, ao apelidar nosso diário coletivo, revela ou sugere a potencialidade dessa ferramenta, na convivência de um grupo de pessoas, para desvelar sua dinâmica. Para entendê-la torna-se necessário retomar algumas das características desse ícone em nossa cultura – Dom Quixote – o qual, simbolicamente, representa as ações instituintes em relação ao nosso dia-a-dia instituído, portanto institucionalizado.

O cavaleiro errante “andando perdido em um mundo de fantasia que nunca existiu em uma época fictícia desaparecida, (...) duplamente anacrônico não pode aceitar os aparatos da existência moderna” (REED, 2005 p. 296). Assim como o Dom Queixote nos revelou que a “fantasia” de funcionarmos conjuntamente não pode aceitar os aparatos da existência moderna dos serviços de saúde ainda médicos-centrados. Infelizmente há uma cultura hegemônica onde a “tecnologia dura”, baseada, por exemplo, nas ilusórias propostas da indústria farmacêutica e suas pílulas de felicidade, oferece um conceito de prática clínica engessada ou degradada. Assim se constroem os moinhos de ventos – os aparatos técnicos.

Nesse caso, esses “moinhos de vento” semeiam-se no campo da saúde e como monstros assustam. “Contudo, deve-se reconhecer também que os moinhos de vento são antes de tudo máquinas” (...), por conseguinte, (...) proclamam o surgimento manifesto do progresso técnico” (REED, 2005 p. 296).

Espera-se realmente que as “confrontações quixotescas com as máquinas modernas, chegando a converter-se em metáforas desse mundo de mudanças sociais e científicas” (Reed, 2005 p. 297) ora impostas possam potencializar as “tecnologias leves”, configurando uma nova realidade nos serviços de saúde. Pois, sinceramente quero crer que a “inteligência dos usuários” ⁷² está certa ao exigir dos trabalhadores da saúde especialmente interesse, acolhimento, respostas honestas e encontros de negociação durante sua prática clínica.

Assim como o Dom Queixote revelou, de maneira instituinte e efetiva, que além de técnicos, somos humanos no cotidiano e, portanto, nessa condição inevitável, deve-se buscar a construção das práticas. Lembremo-nos de Dom Quixote, que mesmo sendo vencido pelas máquinas do mundo moderno, ainda assim, “o cavaleiro percebeu que a experiência produz uma crise em sua epistemologia fantástica, sendo forçado a reconhecer o que os sentidos comunicam”, representando uma mudança de paradigma (REED, 2005 p. 302).

Portanto,

Dom Quixote nos coloca a questão do papel apropriado da tecnologia quando esta supera nossa capacidade moral para avaliá-la (...) reconhece, e às vezes é forçado a reconhecer, que a experiência e a observação são as chaves para entender o mundo” (REED, 2005 p. 303),

Já Dom Queixote colocou a questão do papel apropriado da convivência, quando esta deve superar a teimosia/rigidez técnica para avaliar a prática clínica, demonstrou, e às vezes forçou a demonstrar que o conhecimento, a experiência e a atitude adequada frente ao usuário são as chaves para um cotidiano institucional potencialmente mais saudável.

⁷² Numa palestra proferida pelo Prof. Emerson Merhy em Brasília, por ocasião III Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, entre os dias 13 e 15 de outubro de 2008, em Brasília-DF, com sua clareza e competência peculiar, pude compreender o significado dessa expressão “A inteligência do usuário” na organização dos serviços de saúde.

Sobre a prática clínica em saúde mental numa cidade pequena

Fazer clínica num município com menos de 20 mil habitantes potencializou minha percepção da necessidade de objetividade e enfrentamento honesto do desafio (pro) posto. Não há como negar que as condições sócio-econômico-culturais de uma cidade desse porte são singulares e precisam ser valorizadas.

Alguns médicos-especialistas vão e vêm, não moram ali... Outros especialistas da área da saúde precisam sair, não tem clientela aí... E a gestão e planejamento dos departamentos de saúde... Bem isso se resolve, na imensa maioria dos lugares, com ambulâncias que encaminham os casos graves aos municípios maiores acolá...

Então, ao aceitar atuar nesse contexto, essa foi uma realidade (im) posta, onde tornou-se indispensável maiores investimentos públicos estaduais para recursos materiais e humanos. Entretanto, confesso que ao descobrir que havia uma limitação oficial somente por conta da população, tive uma sensação de estranheza: ter uma equipe tecnicamente preparada, um projeto organizado e uma proposta de atuação afinada com a Reforma Psiquiátrica não foram o suficiente para ter-se o direito de pleitear verbas.

Segundo os órgãos-coordenadores, para isso seria preciso assumir também outro município com outras singularidades e dificuldades próprias.

Nada contra a regionalização proposta por alguns, mas para se ter um bom acordo entre os territórios, ou uma boa parceria administrativa, as unidades federativas não precisam ou deveriam ter um mínimo de condições ou algo a oferecer?

Por outro lado, ao estudar e analisar as diretrizes do MS para construção da Rede e comparar com o perfil epidemiológico local logo percebi uma incoerência. A questão da Saúde Mental em Paraisópolis/MG não passava, predominantemente, pelos casos graves e persistentes, temos aí necessidade de propostas mais abrangentes e direcionadas aos transtornos mentais comuns. Pelo contrário, um CAPS poderia e iria atender mais aos pacientes de outros municípios. Ou seja, o aparelho preconizado não atenderia o perfil epidemiológico de quem fosse implantá-lo.

Sendo assim, foi fundamental uma proposta clínica bem definida tecnicamente, pois, em relação a estes tipos de transtornos, há sempre o relevante o risco de medicalização desnecessária dos casos. Daí a configuração inicial criada – um ambulatório com atendimento multiprofissional.

A “inspiração” na ESF se deu pela convicção de que a territorialização no campo da saúde mental potencializa a inserção social, favorece a autonomia dos sujeitos e encaminha as ações de prevenção e promoção da saúde (APS). Desse modo, a crítica, a meu ver adequada, que se faz ao modelo atual das ePSF em relação à sua funcionalidade, no caso da Unidade de Saúde Mental foi melhor encaminhada pela maior experiência/predisposição dos atores desse núcleo para o trabalho em equipe. No caso, acredito que foi-se além de um apoio matricial. Na verdade, introduziu-se, no contexto local, mais uma equipe da APS, porém com atuações num núcleo específico de saber. Quem sabe uma equipe da Estratégia Saúde Mental da Família – ESMF?

Salienta-se que, no meu modo de ver, institucionalizou-se uma estratégia de atuação semelhante à estratégia que é estabelecida aos CAPS, e, portanto caberia ao Estado rever sua posição administrativa em relação à oficialização do serviço. Não seria essa uma possibilidade de termos esse “aparelho estratégico” em cada município brasileiro?

Sobre a participação nos fóruns de discussão sobre a Saúde Mental

Quando iniciei esse projeto internamente, bem antes do processo de doutoramento em si, ou seja, ao ser sensibilizado pela discussão pública a respeito da organização dos serviços de saúde mental, havia uma sensação de desafio (im) posto e ao mesmo tempo uma certa impotência no que fazer. Ao participar dos eventos sobre o tema, ora com atores pró-MLA, ora com atores contra-MLA, angustiava-me a distância das propostas ali colocadas em relação à realidade na ponta da Rede. Existiam situações concretas de atendimento desqualificado a usuários e seus familiares, além de profissionais que necessitavam de um enfrentamento objetivo que equacionasse suas dificuldades de atuação. Por exemplo: Como poderíamos fazer um atendimento clínico de qualidade em Saúde

Mental aos usuários nas pequenas cidades brasileiras? Como acolher um usuário ansioso, nesses locais, sem lhe oferecer somente um comprimido de diazepam à noite? Como atender as crises de agitação sem somente imaginar/acreditar que seria preciso encaminhá-lo a um centro maior ou internar o sujeito à distância para “descansar” os familiares e/ou os vizinhos?

Ao me atrever a colocar algumas dessas situações nesses fóruns, em algumas ocasiões percebi um certo “descaso” ou mensagens implícitas que pareciam dizer: *isso não nos cabe discutir aqui, são situações pontuais... o importante é abrir mais vagas de internação para alguns,... ou fechar leitos psiquiátricos...* para muitos outros.

Havia um debate ideológico implícito e predominante entre os atores.

O fato é que, ao voltar para o Serviço onde estava praticando clínica, não adiantava, se tinha mais ou menos vagas de internação, as crises continuavam a surgir, mais diazepam era prescrito e novas famílias se desestruturavam por conviver com os loucos.

Óbvio que essa discussão político-ideológica é indispensável e precisa ser aprofundada, porém independente do posicionamento que se tenha sobre o tema, os pacientes pedem propostas efetivas e concretas para o seu problema... ou melhor, exigem mais interesse e respostas honestas por parte dos profissionais para suas diversificadas dúvidas: *eu tomando o remédio direitinho, resolve meu problema?* No caso da Saúde Mental é bem provável que somente “tomar o remédio direitinho” não seja suficiente para resolver o problema de um paciente. Afinal qual será realmente seu problema?

Devemos lembrar sempre que quando um usuário traz uma demanda, inevitavelmente ele propõe, no mínimo, um conflito entre sua “necessidade” e seu “desejo”. Obviamente que isso se torna mais complexo na medida em que nesse encontro – profissional e usuário – necessidades e desejos têm aspectos sócio-culturais de ambos. Portanto a demanda pode tornar-se “uma disputa” entre duas pessoas. Como administrá-la? Como não deixar que procedimentos necessários sejam negligenciados? Como não transformar esses procedimentos em instrumentos de tratamento moral e/ou de controle? Como negociar as singularidades sem

banalizar a técnica? Parece-me haver nessas questões um processo educativo (de ambos os atores) que precisa ser debatido com seriedade e sem fugir das polêmicas.

Assim sendo, houve um tempo em que ouvir a ABP defender o exercício e o respeito à prática psiquiátrica qualificada de forma contundente, ou perceber o MLA se engajar valentemente pelos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, em certo sentido, já não me atraía... Parecia-me dialogo de surdos. Não havia interação das vozes.

Penso que talvez o melhor caminho seja uma discussão entre ouvintes atentos e interessados nessa conversa. Seria possível? Por questões ideológicas pode ser que estes atores façam um debate interminável para alguns. Para outros, talvez ocorra uma discussão inócua.

Entendo e aceito ser este um campo polêmico e sujeito a inúmeros equívocos, por outro lado, talvez na academia possamos explorá-lo com ética, produzindo conhecimento e revendo procedimentos clínicos ora negados por alguns. Que não seja para mantê-los, necessariamente, mas que possamos descobrir outros mais eficazes e humanizados.

Em outro trabalho⁷³, pontuei esse tema de outra forma:

Que me desculpem os românticos irresponsáveis, mas a doença mental existe. Como também existem as pessoas talentosas e artísticas que conseguem transformar qualquer coisa em obra de arte. Van Gogh não era um brilhante louco entristecido, era um artista brilhante que em alguns momentos esteve louco e deprimido. O profeta Gentileza não era um criativo e louco andarilho, era um sensível e magnífico “grafiteiro” que se tornou esquizofrênico e morador de rua. (AIDÊ, 2011 p. 70)

Por outro lado, acredito que o modelo de Atenção Psicossocial abrange as melhores diretrizes capazes de encaminhar adequadamente esse assunto, o questionamento que faço é somente em relação à pontuação de desconstrução do saber psiquiátrico centrado na psicopatologia. De minha parte, entendo que qualquer atuação clínica no campo da Saúde Mental tem que ser centrado na pessoa, ou seja, todos os saberes técnicos devem ser articulados de tal forma que facilitem o encontro interpessoal com o usuário. As ferramentas teóricas utilizadas são caminhos, opções e/ou constructos teóricos que podem facilitar ou prejudicar esse

⁷³ Recentemente publiquei um livro de crônicas, onde adotei o pseudônimo de Aidê, sobre o comportamento humano: **“Lendas no cotidiano humano do Bicho de Sete Cabeças: a vida pode ser mais simples do que se imagina”** – São Paulo: Scortecci, 2011.

diálogo, dependendo do acolhimento dado ao outro. Pelo menos, foi dessa forma que assimilei os estudos do tema utilizando-se de Jaspers como principal referencial.

Para fundamentar esse argumento trago como anexo desse trabalho um resumo da introdução do compêndio do autor onde o mesmo explicita “o espaço onde se move o conhecimento psicopatológico”. Entendo que, não há como fazer uma abordagem clínica-médica sem a Semiologia, ou uma abordagem clínica-psiquiátrica sem utilizar **adequadamente** a Psicopatologia.

A meu ver, ao abordar o tema dessa forma, tende-se a encaminhar a discussão para um debate de ideias que não responde as questões práticas no cotidiano dos serviços. Nesse caso, havendo um risco maior do surgimento de atravessamentos ideológicos na prática clínica psiquiátrica que podem torná-la uma clínica ainda mais degradada.

É preciso construir um ato clínico vivo, onde todos os pontos de vista são válidos e necessários, desde que produzam um método eficaz.

A prática clínica exige ação, respeito à singularidade do usuário e competência – conhecimento, experiência e atitude adequada – por parte de todos os trabalhadores da saúde.

Sobre a utilização da Análise Institucional

Saliente-se aqui a operacionalidade da AI e seus conceitos para a consolidação da pesquisa. Ou seja, refletir sobre o conceito de instituição mediante os três momentos instituinte/instituído/institucionalização, implicação, transversalidade, analisador e restituição foi realmente um “organizador” do nosso caminhar por este universo investigado.

Entendo que analisar o dia-a-dia do serviço utilizando-se desses conceitos permitiu desvendar os atravessamentos do ato clínico, a complexidade das demandas diárias enquanto disputas entre sujeitos, além de ordenar e, portanto, potencializar a elaboração adequada das inúmeras informações e ideias preconcebidas nesse campo.

Permitir-me estar nesse cotidiano, analisando as implicações (minhas e dos outros atores), percebendo algumas instituições e sua influência na construção das

práticas possibilitou a construção/produção/elaboração de um conhecimento comprometido e adequado à realidade, ou seja, implicado.

Por outro lado, cabe admitir que a contundência dos instrumentos utilizados produziu muitos analisadores potentes que não foram explorados no espaço dessa tese, por exemplo, o prontuário conjunto, a organização das férias dos membros da equipe, a diferenciação no tratamento dado ao profissional médico pelo sistema, a realidade dos concursos públicos municipais, e outros que com certeza poderão ser avaliados em estudos futuros.

Á título de exemplo, destaco um analisador dessa pesquisa-intervenção e sua contribuição no desvelamento dos atravessamentos da prática clínica instituída no serviço – o analisador crack. O mesmo surgiu, a partir dos sérios problemas que tivemos no município por conta de seus agravos, e a nossa estratégia de utilizá-lo como estímulo para as rodas de conversa com os outros setores da rede.

O desafio do enfrentamento desse grave problema de saúde pública brasileira, a partir desse modelo de serviço ora oferecido, nos fez perceber a necessidade de posturas mais flexíveis dos atores da Saúde Mental para construção dessa rede. Desvendou a real necessidade de adotar no dia-a-dia um conceito de saúde mais amplo onde os determinantes sociais têm que ser valorizados e/ou contemplados e incutiu o objetivo constante e técnico de uma prática essencialmente clínica onde a responsabilidade do cuidar não exclui um protocolo formalmente configurado e intencional. Não há como tratar um dependente químico de crack somente prescrevendo remédios, somente ouvindo, somente propondo atividades ocupacionais, somente absortos nas questões sociais e/ou judiciais inevitáveis. A pessoa que usa crack nos pede tudo isso, exigindo-nos postura e interesse profissional por toda a complexidade do quadro. Mas não será isso o necessário para qualquer outro “caso” clínico em Saúde Mental?

Do ponto de vista das políticas públicas ou de suas carências, este analisador também nos alerta para a existência de uma cultura ainda alienista que acredita que a exclusão da liberdade pode ser terapêutica. Frisamos, portanto, que ou os atores envolvidos no processo comungam responsabilidades e buscam soluções conjuntas ou corremos o risco de alguns retrocessos como os ocorridos recentemente na

proposta governamental de favorecer algumas comunidades terapêuticas que preconizam meses de isolamento social. Isso é terapêutico? É possível praticar clínica no atendimento à dependência química sem o conhecimento médico?

Além disso, não há mais como pensar nos recursos para os serviços de saúde a partir de grandes conjuntos populacionais, o problema do crack atingiu 98% dos municípios brasileiros, ou seja, está em todo lugar – do menor ao maior. Absolutamente todas as cidades devem se preocupar e se organizar para o enfrentamento adequado do problema em seu próprio território. Mas, não deveria ser assim em todos os “casos” também?

O fato é que este analisador nos mostrou o quanto esse estudo pode nos ajudar a construir um cenário mais favorável no contexto micro político e sociocultural local sem deixar de nos introduzir no macro cenário das políticas públicas para o setor de Saúde Mental.

Em síntese, concluo que a Análise Institucional efetivamente é mais uma abordagem teórico-metodológica que pode facilitar a construção de serviços de saúde mental mais eficientes no atendimento aos seus usuários.

Post-scriptum

21 de dezembro de 2011

Prezado Dom Queixote

Recebi hoje um email da minha orientadora com seus (quase) comentários finais sobre a tese: (...) *há uma tensão no seu trabalho que precisa ser explorada: nos diários (coletivo e individual) são fortes as sensações de angústia, situações de desavenças com os colegas, contrariedade quanto a certas exigências do serviço, enfim coisas desse tipo. Ao mesmo tempo tais dificuldades parecem não atrapalhar o desempenho do serviço que você demonstra ser muito bom (Cap. II). Penso que você deveria comentar algo a respeito. Aliás, este capítulo está muito bom, embora fique um certo tom de um serviço quase perfeito.* Além disso, ao final, ela ainda sugeriu que eu fizesse algumas considerações sobre o cotidiano do ponto de vista dos profissionais que, segundo sua visão, dá certo ineditismo à pesquisa, haja vista as longas conversas que a equipe teve com você, meu caro diário.

Como sempre, concordo com ela. Solange tem essa característica nas suas orientações, consegue abrir nossos olhos de tal forma sobre o que escrevemos que parece ter pensado o texto conosco antes mesmo da escrita. Isso é ótimo!

Mas como responder ao que ela trouxe? Foi então que me lembrei do confidente e companheiro mais leal que tivemos entre fevereiro e setembro de 2010... você, Dom Queixote.

Sendo assim, resolvi descrever o dia de ontem no serviço, pois acredito que contempla as questões destacadas.

Queixote, a pergunta é: como ser, fazer ou estar profissional da Saúde Mental, com todas as suas características e desafios constantes? Vejamos!

Ontem, cheguei ao serviço e fui direto para a nossa reunião clínica, ou seja, era dia de dar prioridade aos casos, estavam presentes Vermelha, Laranja, Verde, Azul, Amarela, eu e meia hora depois se juntou a nós a Prateada.

Inicialmente Vermelha fez alguns informes gerais e logo no primeiro caso perguntou sobre o que fazer com um usuário do serviço, com problemas judiciais que foi enviado para atendimento conosco. Salientou que o mesmo era usuário de crack. Além das orientações de praxe quanto ao atendimento, pontuei a necessidade de comunicar o MP de que o indivíduo estava sob nossos cuidados. Vermelha retrucou, não entendia o porquê da necessidade, etc etc etc. Esclareci a questão do direito do usuário de comprovar que estava em tratamento e o quanto isso poderia ajudá-lo em relação aos seus problemas com a justiça. Mesmo assim, a mesma tencionou a discussão trazendo uma questão ética, a meu ver, por falta de informações ou conhecimento desse tipo de processo. Novamente chamei a atenção quanto a nossa responsabilidade de esclarecer os direitos dos usuários, porém senti que não fui compreendido. Em seguida, discutimos outro caso similar, Prateada, que havia chegado atrasada, por coincidência, trouxe as mesmas questões, agora contaminada pela sua formação em psicologia. Ou seja, discutimos novamente o motivo da comunicação ao MP. Enquanto os outros permaneciam em silêncio, eu, já irritado, alertei-as quanto à necessidade

de algumas leituras, pois não podemos debater questões como essa baseada em pontos de vista puramente pessoais... "achismo".

Caro Queixote, mais uma vez a reunião foi tensa, pois ainda não consigo ver trabalhadores/profissionais discutindo a vida das pessoas sem o devido cuidado e/ou estudo teórico. Admito, sou muito exigente e chato com o "fazer clínica". Em seguida, a reunião transcorreu normalmente e conseguimos construir algumas propostas interessantes para os outros casos, porém ao final foram descritas duas situações bastante constrangedoras. A primeira foi quanto à prorrogação do contrato da Prateada: o gestor e o Departamento Pessoal não se entendem, não estão devidamente sensibilizados para o transtorno que é para o serviço protelar a resolução dessa contratação, sendo que os usuários já se ofereceram para falar com o prefeito. A outra foi uma solicitação do gestor e do Serviço Social para que o Verde fosse participar de um despejo de uma pessoa, aparentemente portadora de esquizofrenia, devido às condições insalubres em que morava. Verde deixou claro sua indignação, assim como toda a equipe, pois não houve nenhum respeito à singularidade daquele sujeito.

Após o momento de revolta, a equipe se propôs a uma busca ativa para aderência do mesmo ao serviço (atendimento médico, grupos, orientação social, etc.). Ficou claro para nós que o critério técnico não estava sendo usado por estes atores (gestor e Serviço Social) na tomada das atitudes. Vermelha destacou estar percebendo que esse tipo de atitude tem predominado nesse final de ano dessa gestão.

Já no final da reunião, Azul trouxe outra situação de usuário de crack e dessa vez toda a equipe concordou comigo quanto à necessidade de participação do MP em alguns casos... Mesmo que eu tenha preferido ficar calado nessa situação... Ufa!

Meu caro diário, foi mais uma reunião de aprendizado, tensão, construções, angústias, alegrias, encontros e desencontros.

Posteriormente fui atender os casos de emergência: hoje atendi a mãe de um adolescente psicótico que esteve em Belo Horizonte na semana passada e não conseguiu internação por ter 17 anos. Em casa, mora com outras duas irmãs (04 e 15 anos), já agrediu a mais nova e agora esta as rugas com a de 15 anos. Não aceita tomar a medicação prescrita e a mãe trabalha a noite, portanto há um risco iminente de violência. Mesmo assim, meu colega de BH, sugeriu que a mãe aguarde até março, quando o mesmo fará 18 anos, para uma nova tentativa de internação.

Por aqui, estamos tentando ouvir a mãe toda semana, Verde vai até a casa para manter um vínculo com o adolescente e a enfermagem fica de prontidão para qualquer emergência.

Hoje conversando com ela, me pareceu mais tranquila, achou até que sua situação está mais controlada... Cá entre nós, Queixote, pra mim continua grave, porém agora ela tem com quem conversar... Será que até março conseguiremos modificar isso, ou teremos que seguir a sugestão do meu colega?

Depois disso tive uma conversa com Azul e Vermelha sobre o serviço. Discutimos sobre o acolhimento e suas dificuldades atuais. Refletimos também sobre minha participação no serviço no próximo ano. Minha única certeza é não querer mais manter a posição que assumi perante a Rede. Enquanto o gestor não formalizar as reuniões de coordenação, não vejo sentido nas minhas atribuições, por outro lado, sei que ainda tenho muito a fazer na Saúde Mental. Como?

À tarde, fiz o ambulatório, a certa altura me dei conta de que estava fazendo 25 anos de formatura... Acho que foi um comentário de um usuário. Dali em diante, enquanto atendia as pessoas, refletia sobre todos esses anos de profissão. Cheguei a comentar com Vermelha e Laranja, que se divertiram comigo me dizendo que, na época, ambas estavam começando a andar (uma nasceu em 1982, outra em 1984 e eu me formei em 1986). *“Tá ficando velho, heim?!... ou melhor, mais experiente!”*.

A certa altura fui até a cozinha tomar um café, o pessoal da oficina “Tricotando” estava saindo e algumas participantes vieram me cumprimentar. Uma delas me abraçou forte e me disse: *Eu amo vocês todos... minha vida ficou diferente por causa de vocês*. Foi emocionante. Vermelha ainda me contou que outra delas está na oficina há meses escondida do marido. Nunca faltou... participa de tudo... mas o marido (alcoolista), não pode saber. Ao ser interrogada de como agüenta essa situação diz: *Um dia saio dela, estou aprendendo... quem sabe um dia?*

Enfim, prezado diário, tive mais um dia de trabalho. Sinceramente falando, muito semelhante a tantos outros: brigamos e construímos na reunião, cobramos e fomos cobrados por uma atuação clínica eficaz, escutamos algumas pessoas, não conseguimos resolver a demanda de outras, não nos foi dada todas as condições necessárias para uma atuação, foi tenso, cansativo... Mas revigorante ao seu final. O que não quer dizer que em alguns momentos eu até chegue a pensar que mereço um descanso, ou até mesmo pense em desistir.

Preciso dizer pra Solange que não sei se é “quase perfeito”, mas é cheio de vida, assim como ela é... com suas dores e suas delícias.

Portanto, Queixote, só posso finalizar dizendo que muito mais que queixar a você, sua existência nos permitiu conviver mais honestamente... Não deveria ser esse o principal objetivo de todos os cotidianos?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final.** Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1988. 43 p.

_____. **II Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final.** Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1994. 63 p.

_____. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final.** Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 2002. 213 p.

_____. **Saúde Mental e Atenção Básica: o diálogo e o vínculo necessários.** Disponível em <http://portal.saude.gov.br>. Brasília. Distrito Federal: 2004, p. 01-7

_____. **Saúde Mental passo a passo: como organizar a rede de saúde mental no seu município?** Disponível em <http://portal.saude.gov.br>. Brasília. Distrito Federal: 2004a, p. 01-6

_____. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial: relatório final.** Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 2010. 210 p.

IV CNSMI. **Site Oficial da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial.** Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1663. 2010.

AIDÊ, **Lendas no cotidiano humano do bicho de sete cabeças – a vida pode ser mais simples do que se imagina.** São Paulo, Scortecci. 2011. 80p

ALBUQUERQUE, J. A. G. **Instituição e poder: análise concreta das relações de poder nas instituições.** Rio de Janeiro. Edições Graal, 1980. 163p.

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. (orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ, ABRASCO. 2008, p. 223 – 241

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001, p.167-176.

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente.** Editora Fiocruz, Rio de Janeiro. 1996. 141p.

AMORIM, E. M. (Inter) relações entre a Estratégia de Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de transtornos mentais em Campinas-SP. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP, 2008.

ARDOINO, J; LOURAU, R. **As pedagogias Institucionais.** São Carlos: Rima, 2003.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.** Graal, Rio de Janeiro: 1985.

BARBIER, R. O conceito de Implicação na Pesquisa-Ação em Ciências Humanas. In: **Pesquisa-Ação na instituição educativa**. Rio de Janeiro: Zahar 1985, p.105-128.

BECK, C. L.; MINUZI, D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde Santa Maria**, Universidade Federal de Santa Maria, vol 34a, n 1-2: 2008, p 37-43

CAMPOS, C. M. S., SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência Saúde Coletiva**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. 2003, 8(2): p. 621-628

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992, 193p.

_____ Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.4 n.2, 1999, p. 393-404.

_____ Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy E.E, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 229-266

_____ A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. (org.) **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____ **Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica – diretrizes – documento preliminar**: artigo elaborado sob encomenda da Associação Brasileira de Educação Médica, 2005. p. 01-11

_____ Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva** 12 (2): 2007, p. 301-306

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

COHN, G, Introdução. In: _____ **WEBER Sociologia**. 5ª ed. São Paulo, Ática, 1991, p.7-34.

COSTA-ROSA A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, 2001. mai/ago. p. 12-25

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. Artmed. Porto Alegre: 2000. (prefácio)

DENZIN, N. K., LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teoria e abordagens**. Artmed. Porto Alegre: 2006. 432 p.

FORTES, S. L. C. Transtornos mentais comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades

- do Programa de Saúde da Família do município de Petrópolis/RJ.
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 2004. 165 p.
- FORTES, S. L.; LOPES, Claudia; VILLANO, L. A. Fatores socioeconômicos, Apoio e Rede Social e Transtornos Mentais Comuns no Programa de Saúde da Família: resultados do estudo de Petrópolis. In: **Anais do VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia**, 2004, Recife.
- FUHRMANN, N. L. Programa Saúde da Família: viabilizando a saúde pública universalizada no Brasil. **Revista Virtual Textos & Contextos**, nº 2, ano II, dez. 2003
- FURTADO. J.; ONOCKO CAMPOS, R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**. Ano VIII, nº1, mar. 2005. p. 109 -122.
- GASTALDO, E. (org). **Erwing Goffman: desbravador do cotidiano**. Tomo Editorial. Porto Alegre: 2004. 176 p.
- GATTI, B.A **Grupo Focal nas pesquisas Sociais e Humanas**. Série Pesquisa. Brasília, 2005. 77 p.
- GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**. Disponível em: <http://test.scielo.br/scielo>. 2006. 22(6): p. 1171-1181
- GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**: trad. de Maria Célia Santos Raposo. Vozes, 14 ed. Petrópolis: 2007. 235 p.
- GONDIM, G. M. M. ; MONKEN, M. ; ROJAS, L. I.; BARCELLOS, C.; PEITER, P.; NAVARRO, M.; GRACIE, R . O Território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda, A. C.; Barcellos, C.; Moeira, J. C.; Monken, M. (Org.). **Território, Ambiente e Saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, v. único, p. 237-255.
- GOULART, I. B., BREGUNCI, M. G. C. Interacionismo simbólico: uma perspectiva psicossociológica. **Em aberto**. vol. 09, nº. 48, 1990, dez. p. 51-60.
- GOMES PINTO, J. C. S. Integralidade, Clínica Ampliada e Transdisciplinaridade: conceitos para a potencialização das práticas em Saúde Mental. **Dissertação** (Mestrado em Psicologia). Departamento de Psicologia. Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ. 2007
- GUATTARI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo** (3ª edição). Editora Brasiliense, São Paulo: 1987. 230 p.
- HAGUETE, T. M. F. **Metodologia qualitativa na sociologia**. 2ª Ed. Editora Vozes, Petrópolis, Rio de Janeiro: 1990. 164p.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros” **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup. 2: 2004, p.331-336

HESS, R. Uma técnica de formação e intervenção: o diário institucional. (J. I.) In: HESS, R. & SAVOYE, A. (orgs) **Perspectives de l'Analyse Institutionnelle**. Paris, Méridiens Klincksieck, [Tradução de Ana Lucia Abrahão da Silva e Lucia Cardoso Mourão-Colin, revisão de Solange L'Abbate]. 1988. p. 119-138

_____. Momento do diário e diário dos momentos. In: SOUZA, E. C. ABRAHÃO, M.H.M.B. (orgs) **Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. p. 89-103

HESS, R. SAVOYE, A. **L'Analyses Institutionnelle**. PUF, 2ª ed. reformulada (1ª ed. 1981). Cap. V (O conceito de instituição e a elaboração do paradigma da AI, p. 53-61) e o cap. IX (A intervenção socionanalítica, p. 97-111). (trad. Ana Lúcia A. da Silva e Lucia C. Mourão. Revisão: Solange L' Abbate. 1993.

HOUAISS A.; VILLAR M. S.; FRANCO F. M. M. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Elaborado pelo Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. Rio de Janeiro: Objetiva. 1ª Ed. 2009.

IBGE. Estimativas das populações residentes em 01.07.2011, segundo os municípios in. **Tabela de estimativas por municípios**. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/tab_Municipios_TCU.pdf

JASPERS, k. **Psicopatologia Geral**. Trad. Samuel Penna Reis. Livraria Atheneu. Rio de Janeiro. São Paulo. Vol. I. 1985. p.11-68 (introdução)

JESUS, A. F. Desinstitucionalização de pacientes crônicos - análise de uma experiência. 19º Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, 1989, São Paulo. **Anais do 19º Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental**, 1989.

_____. Ensino médico em perspectiva: a implantação da Faculdade de Medicina de Itajubá na conjuntura da reforma universitária de 1968. **Dissertação** (Mestrado em Educação) – Universidade São Francisco, Itatiba: 2005. 180 p.

_____. Equívocos, acertos e adaptações na implantação de um serviço municipal de saúde mental: esboço de um diário de bordo. **Monografia de conclusão da disciplina Análise Institucional: teoria e prática**. Docente-responsável Solange L'Abbate. Universidade Estadual de Campinas. Campinas: 2006. 70 p.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e a Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2003. Vol. 8 (1), pp. 265-274.

_____. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas/São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: RODRIGUES, H. B. C. & ALTOÉ, S. **SaúdeLoucura** vol. 8: Análise Institucional. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 79-99.

_____. Análise Institucional e Educação em Saúde: um diálogo produtivo, **Bis [Boletim do Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo]** nº 34, 2004a dez. p. 6-9

_____. Intervenção e Pesquisa Qualitativa em Análise Institucional. In: BARROS, N. F., CECATTI, J. G. & TURATO, E. R. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: múltiplos olhares**. Campinas: FCM/UNICAMP, 2005, p. 235- 246.

_____. **Direito à Saúde. Discursos e práticas na construção do SUS**. São Paulo, Hucitec, 2010. 283 p.

LEITÃO, M. B. S.; Clínica e processos de subjetivação. In: RODRIGUES, H. B. C.; LEITÃO, M. B. S.; BARROS, R. D. B. **Grupos e instituições em análise**. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 2000, p. 145 – 156

LOURAU, R. **A Análise Institucional**. Editora Vozes, Petrópolis: 1975, 294 p.

_____. **Le lapsus des intellectuels**. Toulouse, Privat, 1981, 293 p.

_____. **René Lourau na UERG. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro, Editora da UERG, 1993

_____. O instituinte contra o instituído. In: ALTOÉ, S. (org) **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo, Hucitec, 2004, p. 47-65.

_____. Objeto e método da Análise Institucional. In: ALTOÉ, S. Op cit, 2004a, p. 66-86

_____. Uma apresentação da Análise Institucional. In: ALTOÉ, S. (org) Op cit. 2004b, p. 128-139

_____. Implicação e sobreimplicação. In ALTOÉ, S. (org) Op cit. 2004c, p.186-198

_____. Implicação-Transdução. In: ALTOÉ, S. (org) Op cit., 2004d, p. 212-223

_____. Uma técnica de análise de implicações: B. Malinowski, Diário de etnógrafo (1914-1918) In ALTOÉ, S. (org) Op cit. 2004e, p. 259-283

LUZIO, C. A. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da Reforma Psiquiátrica. **Tese** (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp. 2003. 386 p.

_____. Atenção psicossocial: reflexões sobre o cuidado em saúde no Brasil. **Tese de Livre Docência**. Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Universidade Estadual Paulista. 2010, 190p.

LUZIO C. A.; L'ABBATE S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface** (Botucatu) 2006; 10(20): 281-298.

_____ A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol.14, nº. 1, 2009 fev, p.105-116.

MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. (orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ, ABRASCO. 2008, p. 121 – 134

MERHY, E. E Em Busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde: A Informação e o Dia a Dia de um Serviço, Interrogando e Gerindo Trabalho em Saúde in **Agir em Saúde, um desafio para o público**; MERHY, E. E.; ONOCKO CAMPOS, R. (orgs.); São Paulo: Hucitec. 1997

_____ A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar assistência. In: MERHY, E. E; **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**; São Paulo: Ed. Xamã, 1998.

_____ O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Túlio Batista Franco; Marco Aurélio de Anselmo Peres. (Org.). **Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2004, v. 1, p. 21-45.

_____ O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a, p.108-137

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec 2006, 406 p.

MOURÃO, L. C. et al . Análise Institucional e Educação: reforma curricular nas universidades pública e privada. **Educação e Sociedade**, v. 28, 2007 p. 181/98-210

NUNES, E. D. A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França: panorama geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2003, vol.8, nº. 1, p. 79-95.

_____ Sociologia da saúde: Histórias e temas. In: CAMPOS et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 283-315

NORONHA, J. A. F.; JESUS, A. F. Oficinas terapêuticas na Estratégia Saúde da Família: potencialização do matriciamento entre as equipes do PSF e de saúde mental. In: IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2009, Olinda. **Anais do IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, 2009.

ONOCKO CAMPOS R. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(3): 2000 jul-set. p. 723-731

_____. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. **Caderno de Saúde Pública** Rio de Janeiro, vol.16, n.4, 2000a p. 1021-1030

_____. Clínica: A palavra negada – Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, 2001 maio/ago 25(58), p. 98 – 111

Organização Mundial da Saúde. **Atenção primária, agora mais que nunca.** Disponível em http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/noticias/08-10-31_relatorio_oms.htm. 2008.

Organização Pan Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. **Renovação da APS nas Américas.** Disponível em http://www4.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsahud/bibliografias/phcopas_portugues.pdf. 2005

PAULON, S. M. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**. Porto Alegre, v. 17, n. 3, 2005.

PASCHE, D.F. A inserção da Universidade de Ijuí no campo da saúde: projetos e perspectivas. Campinas. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva), DMPS/FCM/Unicamp. 1995

PEZZATO, L. M. Encontros, instituições e sujeitos em análise: a Alta Pactuada em Saúde Bucal. Campinas. **Tese** (Doutorado em Saúde Coletiva) DMPS/FCM/Unicamp. 2009. 243 p.

PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. orgs. **O sentido da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO. 2001, 180 p.

PINHEIRO, R., LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003, p.7-34.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. (orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ, ABRASCO. 2008, p. 23 – 38

POL. **Site do Conselho Federal de Psicologia.** Disponível em http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/noticias/noticia_081017_002.html. 2010

QUINTANEIRO, T. et al. **Um toque de clássicos: Durkheim, Marx e Weber**. Ed. UFMG, 2ª ed.rev. ampl. Belo Horizonte: 2007. 160p.

REDD, A. C. As imagens científicas e tecnológicas do Quixote. In: **Revista da USP**, São Paulo, n.67. 2005, set/Nov. p. 294-303

RODRIGUES, H.B.C. As subjetividades em revolta: institucionalismo francês e novas análises. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1994. 948 p.

_____. À beira da brecha: uma história da Análise Institucional francesa nos anos 60. In: AMARANTE, P. (org). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2000

_____. O institucionalismo no Brasil: configurando uma história-problema. **Cadernos IPUB** (UFRJ), Rio de Janeiro, v. VI, n. 18, 2000a, p. 53-60

RODRIGUES, H. B. C.; ALTOE, Sonia (orgs.) **SaúdeLoucura - Análise Institucional**. 8. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 239 p.

RODRIGUES JR., A. Metodologia sócio-interacionista em pesquisa com professores de línguas: revisitando Goffman. **Linguagem & Ensino**, vol. 08, nº. 01, 2005, jan/jul p. 123-148.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. MAURI, D.; Desinstitucionalização, uma outra via: a Reforma Psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001 p. 17-59

SALES-PERES, S. H. C. et al Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 15(2): 2008, abr/jun p. 93-95

SANTOS, B. S. (ORG) **Conhecimento prudente para uma vida decente. “Um discurso sobre a ciência”** revisitado. São Paulo: Cortez, 2004.

SARACENO, B. **Libertando Identidades**. Editora Te Corá e Instituto Franco Basaglia, Rio de Janeiro: 2001.

SCHERER, M. D. A. et al. Rupturas e resoluções no modelo de atenção á saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias Kuhnianas. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**., v.9, n.16, 2005. fev. p. 53-66,

STARFIELD B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Cap. 01 Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, p. 19-42

THIOLLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operatória**. 5ª ed. São Paulo: Polis, 1987.

TORRE, E. H., AMARANTE P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Disponível em <http://www.scielo.br>. v. 06 n. 01 Rio de Janeiro: 2004, p. 63 – 75.

VASCONCELOS E. M. **Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura**: uma contribuição ao debate da IV CNSMI. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1663. 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. trad. Daniel Grassi. rev. téc. Cláudio Damacena 2ª Ed. Porto Alegre: Bookman, reimpressão: 2002.

WEBER, M. **Economia y Sociedad**. Esbozo de sociología comprensiva. México-Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1964. Vol I.

WEBER, M. A “objetividade” do conhecimento nas Ciências Sociais. In: COHN, G. **WEBER Sociologia**. 5ª ed. São Paulo, Ática, 1991, p. 79-127.

ZAMBENEDETTI, G. Configurações de rede na interface Saúde Mental e Saúde Pública - Uma análise a partir das Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental. **Dissertação** (Mestrado em Psicologia Social). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2008 138p.

ANEXOS

Anexo I

Termo de solicitação e consentimento da Instituição

Ilma Sr (a).

Isabela Raymundo Faria

Diretora do Departamento de Saúde do Município de Paraisópolis

Vimos através deste solicitar a autorização para a realização da pesquisa com o título: **“O processo de institucionalização de um serviço de Saúde Mental em um município de pequeno porte: o caso de Paraisópolis/MG”**, desenvolvida pelo doutorando **Aidecivaldo Fernandes de Jesus**, da FCM/UNICAMP-SP. Este projeto tem como objetivo analisar o processo de institucionalização do Serviço de Saúde Mental no município de Paraisópolis, bem como sua relação com a Saúde Coletiva e as diretrizes estabelecidas para o SUS.

A orientadora desta pesquisa é a Profa. Associada **Dra. Solange L’Abbate**, docente no Departamento de Medicina Social e Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP-SP.

Salienta-se que todos os procedimentos do projeto seguirão todas as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo encaminhado para aprovação no Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Peço também autorização para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos, entre eles a composição da tese de doutorado do pesquisador.

Assim sendo, solicitamos o aval de V.S.a para realização deste projeto junto a esta Instituição.

Desde já, agradecemos sua atenção,

Aidecivaldo Fernandes de Jesus

Profa. Dra. Solange L’Abbate

*Quaisquer esclarecimentos, favor entrar em contato com
Aidecivaldo Fernandes de Jesus ou Solange L’Abbate
Departamento de Medicina Social e Preventiva – FCM/UNICAMP-SP
Fone 0XX (19) 3521-0076 ou (19) 2121-4137
E-mail: aidecivaldo@yahoo.com.br ou slabbate@fcm.unicamp.br*

Anexo II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esse projeto intitulado “**O processo de institucionalização de um serviço de Saúde Mental em um município de pequeno porte: o caso de Paraisópolis/MG**” trata de uma investigação estratégica desenvolvida pelo doutorando **Aidecivaldo Fernandes de Jesus** sob orientação da Profa. Associada **Dra. Solange L’Abbate** do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, com a autorização do Departamento de Saúde de Paraisópolis/MG.

Saliento que fui esclarecido quanto à coleta das minhas impressões do ambiente institucional do Serviço Municipal de Saúde Mental e da Estratégia Saúde da Família de Paraisópolis/MG.

Também fui informado de que o objetivo desse trabalho é avaliar o processo de institucionalização do Serviço na cidade de Paraisópolis.

As informações serão colhidas mediante as respostas voluntárias às questões colocadas pelo pesquisador e/ou conclusões explicitadas, a partir de minhas impressões do cotidiano, e descritas em meu relato escrito e/ou verbal. Portanto, autorizo a divulgação do conteúdo transcrito das entrevistas e grupos focais realizados, bem como de todas as afirmações por mim efetuadas, somente para fins científicos e/ou publicação do pesquisador,

Estou ciente de que, tenho garantido o anonimato das minhas declarações, ou será utilizado o pseudônimo abaixo para identificar-me. Além disso, fui informado de que tenho o direito de não participar ou me retirar da pesquisa em qualquer fase do seu desenvolvimento, sem que isso traga algum prejuízo para mim. Também estou ciente de que não terei nenhuma despesa financeira devido a minha participação, e que poderei pedir novos esclarecimentos, em qualquer tempo da realização do projeto.

Nome do profissional e função exercida:

Assinatura_____

Pseudônimo escolhido pelo profissional:_____

*Quaisquer esclarecimentos, favor entrar em contato com
Aidecivaldo Fernandes de Jesus ou Solange L’Abbate
Departamento de Medicina Social e Preventiva – FCM/UNICAMP-SP
Fone 0XX (19) 3521-0076 ou (19) 2121-4137
E-mail: aidecivaldo@yahoo.com.br ou slabbate@fcm.unicamp.br*

Anexo III

Solicitação da gestora ao prefeito e consequente contrato de prestação de serviços estabelecido com o município



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAISÓPOLIS
- DEPARTAMENTO DE SAÚDE



OFÍCIO Nº: 085/09
ASSUNTO : SOLICITAÇÃO FAZ
SERVIÇO : DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
DATA : 30/12/09

Exmo. Sr. Prefeito,

Com os meus cumprimentos, dirijo-me a V. Excelência para solicitar-lhe que tome providências necessárias para a contratação do profissional médico psiquiatra Dr Aídecivaldo Fernandes de Jesus, mestre em Educação e doutor em Saúde Coletiva, para que possamos implantar no município a Estratégia de Matriciamento em Saúde Mental , junto às equipes de PSF, sob a coordenação deste. A proposta é que o profissional coordene este projeto, cumprindo carga horária de 12 horas/semanais, com remuneração mensal de R\$ 4.000,00, por um período de um ano, no mínimo. Segue *curriculum vitae* em anexo para apreciação e considerações.

Atenciosamente,


DRA. ANA CÂNDIDA BITTENCOURT
Diretora Departamento Municipal de Saúde

EXMO. SR.
SÉRGIO WAGNER BIZARRIA
DD. PREFEITO MUNICIPAL DE PARAISÓPOLIS



MUNICÍPIO DE PARAISÓPOLIS

ESTADO DE MINAS GERAIS

CONTRATO Nº 44/2010 – PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Pelo presente instrumento particular, de um lado o **MUNICÍPIO DE PARAISÓPOLIS**, pessoa jurídica de Direito Público, inscrita no CNPJ sob o nº 18.025.965/0001-02, com sede à Praça do Centenário, nº 103, nesta cidade, neste ato representada pelo seu Prefeito Municipal, Sr. **SÉRGIO WAGNER BIZARRIA**, doravante denominada de **MUNICÍPIO**, CNPJ 18.025.965/0001-02 – CPF/MF:263.903.106-68 doravante designado simplesmente de **CONTRATANTE**, e de outro lado a Pessoa Física: **AIDECIVALDO FERNANDES DE JESUS – CPF: 46122192600**, com sede a Av. Cezario Alvim nº 243, Centro de Itajuba /MG – CEP 37.501-059, doravante designado simplesmente de **CONTRATADO**, em decorrência da homologação do **Processo nº 117/2010, Inexigibilidade nº 001/2010**, tudo de conformidade com a Lei 8.666/93 e alterações introduzidas pelas Leis nº 8.883/94 e 9.032/95, e ainda, sob as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O segundo contratante, na qualidade de Prestador de Serviço de Pessoa Física: **AIDECIVALDO FERNANDES DE JESUS – CPF: 46122192600**, com sede a Av. Cezario Alvim nº 243, Centro de Itajuba /MG – CEP 37.501-059, para exercer a Prestação de Serviço de Coordenador de Estratégica de Matriciamento em Saúde Mental e Estratégica Saúde da Família. Laborando 12 (doze) horas semanais a combinar.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PREÇO

O Contratante pagará ao Contratado a importância de **R\$44.000,00** (quarenta e quatro mil reais) livres de impostos, que serão pagas no período de **11 (onze) meses**, a partir da assinatura do contrato. O Pagamento será realizado em depósito em conta corrente do Banco Unibanco Agência nº 0029 - C/C nº 206829-3

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PAGAMENTO

O pagamento será efetuado na tesouraria da Prefeitura Municipal, mensalmente, pagos 30 dias após a prestação de Serviço.

CLÁUSULA QUARTA - DOS DIREITOS

I - São direitos do Contratante:

- a) Modificar o presente instrumento, unilateralmente, para melhor adequação às finalidades de interesse público, respeitados os direitos do Contratado;
- b) Aplicar a Legislação referente aos contratos Administrativos na execução deste instrumento, como também resolver os casos omissos;

CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES

I) São obrigações do contratante:

- a) Efetuar o pagamento na data acordado.

II.) São obrigações do contratado:

- a) Manter durante toda a execução deste instrumento em compatibilidade com as obrigações assumidas na sua proposta que faz parte deste processo

CLÁUSULA SEXTA - DA VIGÊNCIA

O prazo da vigência do presente contrato é **11 (onze) meses** a contar da assinatura deste contrato, podendo ser renovado por igual período.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

1

Praça do Centenário, nº. 103, Bairro Centro, Paraisópolis/MG
CPF: 37.660-000 - CGC: 18.025.965/0001-02 - Fone: (XX35) 3651-1500



MUNICÍPIO DE PARAISÓPOLIS

ESTADO DE MINAS GERAIS

O presente instrumento poderá ser rescindido unilateralmente, mediante aviso prévio por escrito a outra parte, com prazo mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência, ou pelo não cumprimento das cláusulas deste contrato, embasado nas circunstâncias previstas nos Artigos 77, 78 e 79 da Lei n.º 8.666/93, e alterações introduzidas pelas Leis n.º 8.883/94 e 9.032/95, quando pertinentes.

CLÁUSULA OITAVA - DA MULTA

A parte que infringir qualquer dispositivo deste instrumento, incorrerá em multa de 50% (cinquenta por cento) do valor mensal do contrato, assegurando-se à outra parte o direito de considerar automaticamente rescindido o contrato e, bem assim de pleitear em juízo a indenização dos prejuízos acaso sofridos.

CLÁUSULA NONA - DA DOTAÇÃO

As despesas decorrentes da execução do presente instrumento ocorrerão à conta da dotação n.º162

CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO

Fica eleito o foro desta Comarca, para dirimir qualquer questão judicial originada deste contrato ou mesmo de sua execução, com expressa renúncia de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E assim, por estarem, CONTRATANTE e CONTRATADO, de pleno acordo com o disposto neste instrumento particular, firmam as partes o presente termo em 03 (Três) vias de igual teor e forma, com duas (02) testemunhas instrumentárias, para que produza jurídicos e legais efeitos.

Paraisópolis, 01 de fevereiro de 2010.

SERGIO WAGNER BIZARRIA
PREFEITO MUNICIPAL

AIDECIVALDO FERNANDES DE JESUS
CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

1- _____

RG: _____

2- _____

RG: _____

Anexo IV

Propostas construídas na IV CNSMI específicas aos municípios de pequeno porte e/ou com menos de 20 mil habitantes

Eixo I - Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais

14. Garantir, através de portaria específica do Ministério da Saúde, a obrigatoriedade de equipes de Saúde Mental na Atenção Primária, com composição mínima de três profissionais para cada 10 mil habitantes, devendo esses profissionais serem capacitados e afinados com os princípios da Reforma Psiquiátrica, com vista ao atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental em seu próprio território, mediante ações de prevenção e promoção em Saúde Mental.

36. O aumento e a regulamentação de recursos devem levar em conta, ainda, a heterogeneidade presente no território nacional, de forma a viabilizar o atendimento de situações tão diversas como as que dizem respeito a especificidades locoregionais da Amazônia Legal e das populações indígenas, de acordo com suas diferentes etnias; as demandas dos municípios com população menor que 100.000 habitantes, incluindo o financiamento de CAPS, estratégia de redução de danos e programas de prevenção e tratamento dos usuários (crianças, jovens e adultos) de álcool e outras drogas; as demandas dos municípios com população inferior a 20.000 habitantes para o desenvolvimento da atenção à saúde mental e implantação de rede serviços de saúde mental de acordo com suas realidades e necessidades, incluindo equipes de saúde mental na atenção básica, CAPS, Residências Terapêuticas e outros.

56. Garantir recursos federais e estaduais para ações de saúde mental em todos os municípios, independente do critério populacional.

130. Acionar o Ministério Público nos municípios e estados que não cumprem a Lei Federal n.º 10.216 (Lei Paulo Delgado) e a Portaria 336 (CAPS), com relação ao número mínimo de equipamentos de saúde mental em cada município.

198. Garantir que as redes locais de cuidados em Saúde Mental promovam ações de Atenção à Saúde dos Trabalhadores, construindo a articulação necessária com a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador RENAST, inclusive para os municípios de pequeno porte.

232. Criar programas específicos para a formação e capacitação em Saúde Mental de profissionais da rede básica de atenção (médicos clínicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), de forma a compensar as dificuldades dos municípios de pequeno e médio porte para a contratação de profissionais especialistas em saúde mental, tendo em vista frear o amplo movimento de medicalização social em curso.

281. Expandir a rede de atenção psicossocial ampliada (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSi, ambulatórios e leitos de atenção integral, Residências Terapêuticas, Leitos em Hospital Geral, Centros de Convivência, Casas de Passagem e demais dispositivos que visem à superação definitiva do modelo manicomial), bem como garantir, por portaria, a criação de ambulatórios ampliados em municípios com população inferior a 20.000 habitantes, respeitando os princípios do SUS e portarias ministeriais vigentes.

282. Expandir a rede de atenção psicossocial ampliada, garantindo a implantação de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad e CAPSi, inclusive com hospitalidade noturna, Serviços Residenciais Terapêuticos, leitos em Hospital Geral, centros de cultura, convivência e cooperativas, rede de atenção básica com equipes de Saúde Mental, ESF e NASF, visando à superação definitiva do modelo manicomial, bem como rever os critérios populacionais para a implantação dessa rede em municípios com população inferior a 20.000 habitantes, como soluções locais e ou regionais, respeitando os princípios do SUS e efetivo controle social.

Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais

371. Revisar os critérios populacionais para a criação de serviços substitutivos em saúde mental.

372. Revisar os critérios das Portarias para implantação dos CAPS e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, considerando a demanda dos municípios, as particularidades regionais, os perfis epidemiológicos, com destaque para o contingente populacional e as diferentes modalidades de CAPS (CAPS Flutuante/itinerantes), não fixando critérios populacionais.

399. A garantia de atenção qualificada e humanizada às pessoas que vivenciam situações de crise, assegurando, aos usuários e familiares, a continuidade do acompanhamento na rede de atenção psicossocial, requer considerar as necessidades das diversas realidades locais, em particular as dos municípios de pequeno porte.

415. Garantir o acompanhamento do usuário e familiares após a situação de crise e/ou internação na rede de atenção psicossocial. Nos municípios onde não exista demanda populacional para CAPS, garantir a contratação, através de concurso público, e a capacitação de profissionais para atenção básica para acompanhamento dos egressos de internação e dos usuários após situação de crise.

473. Garantir a efetivação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família como política de estado, que co-financia ações de saúde mental dentro das ESF nos municípios, reduzindo o número mínimo de ESF para criação dos NASFs, de oito para quatro equipes de saúde da família para o desenvolvimento de ações de atenção conjuntas.

476. Implantar nos municípios não contemplados com CAPS, com financiamento nas três esferas de governo, programas de educação permanente às Equipes de Saúde

da Família (ESF), considerando a lógica da reforma psiquiátrica, e, em particular: o matriciamento; as diferentes modalidades de intervenção: avaliação, prescrição de medicação e atendimento de grupos, bem como o reconhecimento da importância de empoderamento dos usuários, familiares e comunidade; e a potencialização dos serviços que atendam à demanda de saúde mental, em municípios de até 20 mil habitantes (ESF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ambulatorios, serviço residencial terapêutico, hospitais de pequeno porte), assegurando a supervisão e o desenvolvimento das ações e do cuidado na lógica da reforma psiquiátrica.

514. Garantir incentivo financeiro para municípios com população menor que 20 mil habitantes, para ações de atenção integral de adultos, adolescentes e crianças que fazem uso de álcool e outras drogas.

540. Ampliar a rede, adotando critérios epidemiológicos no lugar de critérios populacionais, como forma de garantir a atenção nos municípios de pequeno, médio e grande porte.

595. Implantar consultórios móveis, a fim de garantir a atenção em saúde mental às pessoas em situação de rua, principalmente aos que fazem uso de álcool e outras drogas, em municípios de pequeno, médio e grande porte, ou regionalizados, com financiamento das esferas federal, estadual e municipal, garantindo a manutenção deste serviço.

Eixo III - Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial

698. Garantia de recursos públicos para criação e desenvolvimento de projetos culturais afinados com os princípios da reforma psiquiátrica, para municípios com menos de 20 mil habitantes.

Obs.: as propostas em negrito foram sugeridas pelo autor da tese para apreciação da plenária da conferência, após discussão nos grupos de trabalho. Ambas são frutos das discussões na I Conferência Microrregional de Saúde Mental de Paraisópolis/MG.

Anexo V

Planilha para Gestão a Vista

Oficinas e/ou Grupos realizados pelo setor

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro
Agente Com.	9	12	11	15	13	16	12	5	11	21
Serviço Social	12	10	9	11	6	6	6	12	11	14
Enfermagem	4	0	4	5	5	2	5	7	6	10
Psicologia	8	18	10	16	19	19	17	11	26	30
Psiquiatria	0	0	0	0	0	4	3	0	0	0
Terapia Ocup.	2	5	3	2	0	4	3	4	2	4

Número de usuários atendidos pelo setor

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro
Agente Com.	74	113	83	142	103	69	148	69	91	170
Serviço Social	80	102	105	111	79	74	74	128	117	165
Enfermagem	405	481	380	618	572	479	357	508	573	666
Psicologia	68	119	85	115	114	118	100	194	154	197
Psiquiatria	44	65	47	48	81	68	40	57	51	98
Terapia Ocup.	30	76	56	28	0	85	55	87	70	68

Visitas Domiciliares

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro
Agente Com.	58	75	63	99	57	41	43	32	14	36
Serviço Social	4	4	1	0	4	1	6	4	3	5
Enfermagem	24	15	27	23	27	24	21	18	21	23
Psicologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Psiquiatria	0	5	2	1	0	0	0	4	0	0
Terapia Ocup.	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0

Pacientes faltosos

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro
Agente Com.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Serviço Social	0	0	0	0	0	0	0	4	5	4
Enfermagem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psicologia	34	41	32	29	11	16	0	28	0	0
Psiquiatria	4	7	9	15	11	14	6	14	13	8
Terapia Ocup.	6	8	2	1	0	0	0	0	0	0

Internações

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro
Equipe	0	0	0	0	2	2	1	0	0	2

Anexo VI

Categorias de Transtornos Mentais e de Comportamento (versão concisa para médicos de cuidados primários)

Código	Transtorno
F. 00#	Demência
F. 05	<i>Delirium</i>
F. 10	Transtornos por uso de álcool
F. 11#	Transtornos por uso de drogas
F. 17.1	Transtornos por uso de tabaco
F. 20#	Transtornos psicóticos crônicos
F. 23	Transtornos psicóticos agudos
F. 31	Transtorno Bipolar
F.32#	Depressão
F. 40	Transtorno fóbico
F. 41.0	Transtorno de pânico
F. 41.1	Ansiedade generalizada
F. 41.2	Ansiedade e depressão mistas
F. 43.2	Transtorno de ajustamento
F. 44	Transtorno dissociativo (conversivo)
F. 45	Queixas somáticas inexplicadas
F. 48	Neurastenia
F. 50	Transtornos alimentares
F. 51	Problemas de sono
F. 52	Transtornos sexuais
F. 70	Retardo mental
F. 90	Transtorno hiperkinético (déficit de atenção)
F. 91#	Transtorno de conduta
F. 98	Enurese
Z. 63	Transtorno de perda

Obs.: O CID -10 CP utiliza alguns códigos selecionados – geralmente três caracteres – do volume da CID 10 principal. O código # é usado apenas no CID 10 CP e refere-se a códigos “condensados”. Por exemplo, F. 00# - Demência - refere-se a todos os tipos de demências listadas em F.00 –F.03.

Apêndices

Projeto de atuação nos setores de SM e ESF de Paraisópolis/MG

Introdução:

O presente projeto visa explicitar as principais diretrizes a serem estabelecidas para a consolidação de uma Estratégia de Atenção Psicossocial no município de Paraisópolis/MG, sob a coordenação do Dr. Aidecivaldo Fernandes de Jesus e pactuado com a gestora municipal de Saúde, Dra. Ana Cândida Bittencourt, embasado nas carências e potencialidades percebidas nos setores de Saúde Mental e Estratégia Saúde da Família local.

Segundo Yasui (2008):

“A política de Saúde Mental, construída e pactuada por diferentes atores sociais desde meados da década de 1980, preconiza e almeja profundas transformações da atenção, isto é, o atendimento e os cuidados ao sofrimento psíquico e demais impasses subjetivos. Essas transformações apontam para mudanças na concepção do processo saúde-adoecimento, no modelo teórico-assistencial que organiza e sustenta o arcabouço jurídico e o universo das práticas e valores culturais. (...) Esse conjunto amplo de transformações práticas e proposições teóricas, tanto éticas quanto políticas, incorporado e vivenciado na atual política de Saúde Mental é suficiente para que possamos falar em Estratégia Atenção Psicossocial (EAPS), assim como foi proposta a Estratégia Saúde da Família (ESF)” (p. 28).

É notória a necessidade de ações que visem efetivamente implantar serviços municipais afinados com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, buscando a potencialização local dos princípios constitucionais do SUS e eficientemente construir propostas terapêuticas capazes de atender as demandas dos usuários desses serviços.

“As transformações propostas pelo complexo campo da Reforma Psiquiátrica brasileira apresentam grandes desafios, especialmente aos profissionais de saúde que cotidianamente têm tarefa de expandir e consolidar essa mudança. Para isso, seus principais instrumentos são: formação permanente, que faculte a redefinição do processo de trabalho, e a articulação de alianças, ou mesmo forças antagônicas, entre os diferentes setores da sociedade, em suma, que viabilize a criação e expansão de uma rede de atenção e cuidados baseada no território e pautada nos princípios de integralidade e participação popular”. (Yasui, 2008 p.29)

Assim sendo, construiu-se o presente projeto a partir da realidade percebida nos serviços de Saúde Mental e Estratégia Saúde da Família municipal.

Justificativas:

Apesar dos significativos avanços na política municipal de saúde mental, convergindo para uma situação, se não privilegiada, pelo menos de destaque em

relação aos outros municípios da micro-região sul - mineira, percebeu-se algumas carências institucionais que comprometem o atendimento adequado aos usuários portadores de transtorno mental do município.

É forçoso dizer que havendo uma avaliação criteriosa e baseada em princípios epidemiológicos adequados, a possibilidade de índices de saúde preocupantes é real e eminentemente passível de atuações urgentes.

Por outro lado, apesar de contar com um quadro de profissionais com potencial para um atendimento adequado às necessidades da população percebeu-se algumas queixas e iniciativas que podem comprometer os avanços já alcançados no setor. Além disso, é consenso a otimização e economia dos recursos/dinheiro públicos, a partir de ações bem construídas e focadas na atenção primária a saúde. E, por conta disso, o lançamento recente de documento da OMS estimulando esse tipo de atuação nos países da América Latina, corroborando e estimulando projetos com esse perfil (OMS, 2008).

Finalmente, cabe salientar o singular momento político vigente onde se busca a realização da 4ª Conferencia Nacional de Saúde Mental, bem como a 2ª Conferencia Regional de Saúde Mental. Eventos que, sem dúvida, alterarão a situação preocupante em que se encontra o setor Saúde Mental a nível nacional, com conseqüentes embates teórico-assistenciais que têm prejudicado o atendimento digno aos portadores de transtorno mental.

Sendo assim, é notório que o município tem nesse instante, e a partir dessas propostas, a possibilidade de ocupar um espaço político institucional capitaneando propostas efetivas, eficazes e eficientes para a Saúde Mental da região, quiçá a nível nacional.

Profissional coordenador:

Aideivaldo Fernandes de Jesus: Mestre em Educação pela Universidade São Francisco (USF), título de especialista em Psiquiatria, sócio individual da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), graduado em medicina com especialização em psiquiatria e psicologia médica, pela Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT). Atualmente é doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), onde desenvolve pesquisas na área de Atenção Primária à Saúde. Possui consultório particular em Itajubá/MG, participa de projetos de intervenção para implantação de serviços municipais de saúde mental e supervisiona, tecnicamente, a APAE de Paraisópolis/MG. Tem experiência nas áreas de Educação Superior, Medicina e Psicologia, com ênfase em capacitação profissional, psiquiatria clínica e psicologia social, atuando principalmente nos seguintes temas: transtornos mentais comuns, saúde mental, saúde coletiva, atenção primária a saúde e equipes matriciais.

Objetivo geral:

Consolidar uma estratégia de atenção e reabilitação psicossocial no município de Paraisópolis/MG

Objetivos específicos:

- Potencializar propostas de atenção primária a saúde no município
- Potencializar o vínculo e o diálogo entre as equipes de Saúde Mental e Estratégia Saúde da Família
- Consolidar um serviço de saúde mental municipal afinado e coerente em relação às políticas públicas para o setor do Ministério da Saúde
- Atendimento clínico-psiquiátrico a usuários cadastrados no serviço de saúde mental e/ou Estratégia Saúde da Família locais
- Capacitar trabalhadores de saúde para o cuidado adequado aos usuários portadores de transtorno mental
- Capacitar trabalhadores de saúde para a orientação adequada aos familiares dos usuários portadores de transtorno mental
- Supervisionar a implantação de oficinas e grupos terapêuticos nas micro-áreas assistidas pela Estratégia Saúde da Família
- Facilitar e proporcionar as condições necessárias para uma dinâmica de trabalho em equipe interdisciplinar no serviço de saúde mental e Estratégia Saúde da Família locais
- Contribuir para uma gestão participativa, efetiva e eficiente dos serviços de saúde do município.
- Contribuir para a construção de uma rede de cuidados efetiva, eficaz e eficiente aos usuários portadores de transtorno mental e seus familiares.
- Melhorar os índices epidemiológicos e qualidade de atendimento aos usuários portadores de transtorno mental

Estratégias de intervenção:

Cabe salientar que as estratégias, abaixo sugeridas, foram pensadas/construídas a partir da coleta de dados dos serviços através de uma reunião com a gestora, bem como em outros encontros com as equipes de Saúde Mental e da Estratégia Saúde da Família onde procurou-se perceber as singularidades, necessidades e potencialidades institucionais.

Além disso, ressalta-se a experiência prévia deste profissional oriundas de oportunidades semelhantes anteriores, pesquisas acadêmicas sobre o tema em andamento e fóruns oficiais de discussão vigentes onde têm-se debatido sobre o assunto.

- Coordenação da reunião de equipe de Saúde Mental para otimizar a construção de projetos terapêuticos singulares aos usuários
- Coordenação da reunião de matriciamento entre as equipes de Saúde Mental e da Estratégia Saúde da Família para facilitar o diálogo e vínculo entre os setores
- Atendimento ambulatorial a usuários cadastrados no serviço de saúde mental e/ou Estratégia Saúde da Família
- Visitas domiciliares a usuários e seus familiares para melhor conhecimento de suas necessidades e potencialidades
- Ações conjuntas nas micro-áreas assistidas para melhor conhecimento de suas necessidades e potencialidades

- Capacitação dos profissionais médicos para o tratamento de manutenção clínica-psiquiátrica de usuários portadores de transtorno mental
- Capacitação dos serviços de urgência municipal para tratamento clínico adequado às urgências psiquiátricas
- Capacitação dos ACS para abordagens adequadas nos territórios dos usuários dos serviços
- Estimular, orientar e facilitar a implantação de oficinas e grupos terapêuticos nas micro-áreas assistidas pela Estratégia Saúde da Família.
- Estimular, orientar e facilitar a ocorrência de eventos públicos que potencializem a Atenção Primária à Saúde dos usuários dos serviços.
- Estimular, orientar e facilitar a criação de um Conselho Técnico-Gestor da Rede de Cuidados para agilizar, fundamentar e contribuir às ações da gestora municipal de saúde junto à população.
- Prestar esclarecimentos e propor sugestões que contribuam para uma gestão efetiva, eficaz e eficiente do setor de saúde municipal.

Contrato de trabalho:

Sugere-se uma carga horária de 12 (doze) horas semanais distribuídas conforme atividades a serem desenvolvidas no Serviço de Saúde Mental e Estratégia Saúde da Família. Estas atividades serão construídas e efetivadas conforme as necessidades do cotidiano institucional e a partir da demanda dos setores e/ou da gestora municipal de saúde.

Sugere-se, ainda, um contrato de 01 (hum) ano com possibilidade de prorrogação conforme acordo entre as partes (gestora e profissional).

Projeto de consolidação da Rede de Atenção Psicossocial de Paraisópolis/MG

Introdução:

O presente projeto visa consolidar a rede de atenção psicossocial de Paraisópolis seguindo as diretrizes estabelecidas na IV Conferencia Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, sediada em Brasília entre os últimos dias 27 de junho e 01 de julho de 2010. Nesse sentido segue em anexo as propostas aprovadas, pelos delegados presentes, com mérito adequado aos municípios com menos de 20 mil habitantes.

Cabe salientar que, conforme a estratégia estabelecida na construção da I Conferencia Microrregional de Saúde Mental – Intersetorial de Paraisópolis, busca-se a implantação de ações que possam (re) vitalizar o setor de Saúde Mental a despeito do dispositivo estratégico CAPS, pois os municípios de pequeno porte não possuem a possibilidade de implementação desse dispositivo sem, a priori, a pactuação e/ou parcerias intermunicipais.

Assim sendo, explicitamos a seguir algumas propostas/ações que poderão construir a rede municipal preparando-a para as políticas públicas a serem estabelecidas a partir das decisões da IV Conferencia. É forçoso ressaltar que esse projeto também é conseqüente do projeto de matriciamento vigente no município desde fevereiro último, sob a minha coordenação.

Justificativas:

Em linhas gerais pode-se afirmar que o Relatório Final, ainda em construção, da IV Conferencia Nacional de Saúde Mental – Intersetorial vai contemplar as necessidades debatidas na I Conferencia Microrregional sediada nesse município. Sendo assim pode-se concluir que as primeiras ações e propostas construídas em Paraisópolis estão afinadas e de acordo com as diretrizes a serem estabelecidas pelo Estado brasileiro para o setor.

Também cabe colocar algumas das principais questões debatidas em Brasília com as conseqüentes propostas ou conclusões construídas, a saber:

- a) A rede de atenção psicossocial é a melhor proposta para atendimento as necessidades dos usuários portadores de transtorno mental e seus familiares, sendo que o modelo hospitalocentrico de atendimento não dá conta de contemplar os determinantes sociais que agravam a saúde mental da população, sendo esse, portanto, ultrapassado.
- b) Os dispositivos atuais para o atendimento á crise não têm demonstrado eficácia necessária, exigindo por parte dos atores envolvidos no processo a (re) construção e (re) vitalização dos conceitos e práticas adequadas.
- c) Os princípios da Reforma Psiquiátrica e o modelo de atendimento baseado nos serviços substitutivos estão consolidados com eficácia adequada ás necessidades dos usuários portadores de transtorno mental.
- d) A questão do uso de álcool e outras drogas tomou proporções gravíssimas com necessidade urgente e indispensável de propostas efetivas buscando maior resolutividade para o problema.
- e) A proposta intersetorial é o melhor caminho na construção de políticas publicas efetivas e adequadas ás necessidades do setor.
- f) É urgente a necessidade de programas de educação continuada e capacitação dos trabalhadores da saúde para implantação de práticas mais eficazes e eficientes.

Diante do exposto anteriormente, e conforme a percepção das conjunturas atuais do setor de saúde mental no município de Paraisópolis, torna-se imprescindível alguns ajustes nos serviços de saúde para a consolidação de uma adequada rede de atenção psicossocial.

Sendo assim propõem-se abaixo algumas estratégias de intervenção, bem como algumas diretrizes que a nosso ver poderão encaminhar esta consolidação.

Estratégias de intervenção:

1. Redirecionar os investimentos públicos alocados na clínica para dependentes químicos para implantação de um Centro de Convivência no município
2. Potencializar projetos que aumentem a resolutividade da Estratégia Saúde da Família municipal, por exemplo, um Nasf.
3. Implantar ações de prevenção e promoção à saúde nos territórios, descentralizando os atendimentos, inclusive com propostas efetuadas além da Unidade Básica de Saúde.
4. Incentivar e criar espaços de discussão e construção conjunta de políticas públicas entre os setores da Saúde, Educação, Social e Judiciário.
5. Rever as ações voltadas para o setor de recursos humanos da prefeitura, principalmente da área da saúde, incentivando a capacitação profissional, revisão de responsabilidades e práticas vigentes, revisão dos horários de atendimento e atribuições.
6. Criar dispositivos de atendimento a crise, desintoxicação e retaguarda nos finais de semana e feriados através de parcerias com o Hospital Frei Caetano.
7. Capacitar os profissionais médicos e de enfermagem para atendimento adequado as situações de urgência/emergência em Saúde Mental.
8. Criar um Conselho Técnico-Gestor da Rede de Cuidados para assessorar as ações da Gestora Municipal de Saúde.

Relatório de restituição do projeto de matriciamento na APS de Paraisópolis/MG.

Introdução:

Considerando o término do contrato nº 44/2010, firmado entre este profissional e a prefeitura local, com a possibilidade de prorrogação do mesmo conforme cláusula sexta do referido documento; pondero ser oportuno, ético e necessário tecer algumas apreciações oriundas do período em que assumi o compromisso de estar à frente da coordenação do projeto de matriciamento.

Cabe ressaltar que tal atitude tem como principal objetivo dar subsídios à gestão local para decisão quanto aos rumos indispensáveis para a Saúde Pública Municipal, mais especificamente nos setores de Saúde Mental e Estratégia Saúde da Família, a nível de Atenção Primária com condições de cumprimento dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e condizente com o Plano Municipal de Saúde aprovado em 24 de março de 2010.

Para efeito de melhor compreensão do conteúdo exposto, bem como objetividade no equacionamento das ações necessárias, é necessário dizer que procurarei acompanhar inicialmente os objetivos traçados e aprovados por ambas as partes no **“Projeto de intervenção”** nos setores acima citados e o de **“Consolidação da Rede de Atenção Psicossocial”**. Documentos estes que, inclusive, foram apresentados ao gestor de saúde para justificar as estratégias escolhidas por este coordenador. A cada objetivo descrito farei um comentário sobre a realidade encontrada e/ou construída, ao longo desses onze meses, conjuntamente com a equipe local de Saúde Mental, para posterior proposta/sugestão de melhorias e/ou ajustes.

Concluindo, nas considerações finais explicitadas, procurarei detalhar algumas ações e conclusões necessárias que possam subsidiar decisões do poder executivo local fortalecendo um setor saúde adequado à realidade municipal.

Após apreciação deste Relatório por Vsa., coloco-me a disposição para discussão da prorrogação do projeto, desde que haja acordo e concordância entre este coordenador e a gestão municipal de saúde, sendo, portanto, coerente com as conclusões aqui colocadas.

Objetivo Geral:

Consolidar uma estratégia de atenção e reabilitação psicossocial no município de Paraisópolis/MG

Entendo que nesse sentido caminhamos a passos largos, pois, apesar dos ajustes ainda necessários e indispensáveis, a última visita da Coordenação Regional de Saúde Mental encaminhou o credenciamento do Serviço ao CNES. Sendo assim, é lícito dizer que nossas estratégias de trabalho estão afinadas com a proposta do Ministério da Saúde para o setor. Saliento, ainda, que a técnica de referência que nos visitou não fez nenhum contraponto ao que preconizamos na área de atenção psicossocial municipal e também sugeriu que estamos afinados com as diretrizes oficiais necessárias para a criação de uma rede de cuidados aos portadores de transtorno mentais. A controvérsia está somente na opção pelo aparelho estratégico: enquanto a mesma defende a implantação de um CAPS

(Centro de Atenção Psicossocial), entendemos que ainda é necessário potencializar a Atenção Primária à Saúde (APS) através de um NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

Objetivos específicos 1 (referentes ao Projeto de Matriciamento):

1. Potencializar as propostas de atenção primária a saúde no município

O Serviço Municipal de Saúde Mental atualmente tem todas as suas ações e estratégias baseadas nas competências para esse nível de atenção, portanto, trabalha com a noção de território, população adscrita, intervenção no núcleo familiar, acolhimento à demanda com busca ativa e avaliação dos riscos, visitas domiciliares e ações em rede respeitando as atribuições/especificidades de cada aparelho/equipamento presente no município. Também na ESF, temos efetivamente construído algumas propostas conjuntas de atendimento a usuários portadores de transtorno mental, na lógica da ação comunitária.

2. Potencializar o vínculo e diálogo entre as equipes de Saúde Mental e estratégia Saúde da Família

Semanalmente fizemos visitas às equipes do PSF onde fazíamos atendimento conjunto de alguns casos para posterior discussão em equipe. O paciente era atendido inicialmente pelo psiquiatra e o médico da equipe. Conjuntamente traçávamos as hipóteses diagnósticas para o caso e uma primeira abordagem terapêutica. Nas discussões de caso, convidávamos a coordenadora da equipe (enfermeira), os técnicos de enfermagem e o agente comunitário do caso, quando então estabelecíamos ações conjuntas das equipes (SM e PSF), e dividíamos tarefas conforme especificidades dos profissionais envolvidos.

3. Consolidar um serviço de saúde mental municipal afinado e coerente em relação às políticas públicas para o setor do Ministério da Saúde

Efetivamos uma Conferência Microrregional de Saúde Mental no município. Deste evento construímos propostas para os municípios com características demográficas similares a nossa e conseguimos sua aprovação nas etapas estaduais e federal. Ou seja, não só nos mantemos afinados e coerentes como, alcançamos, a nível regional, a representatividade necessária para defender uma política pública adequado às nossas carências perante a esfera federal da União.

4. Atendimento clínico-psiquiátrico a usuários cadastrados no serviço de saúde mental e/ou Estratégia Saúde da Família

Nesse sentido, e para melhor visualização, anexamos um relatório de gestão a vista onde especificamos todos os atendimentos feitos mês a mês pela equipe de Saúde mental.

5. Capacitar trabalhadores de saúde para o cuidado adequado aos usuários portadores de transtorno mental.

No Serviço de Saúde Mental, mantivemos semanalmente uma reunião para discussão de casos e construção de propostas terapêuticas adequadas, debatemos temas teórico-práticos pertinentes e sugerimos leitura de artigos científicos ((conforme relação anexa).

Para a ESF construímos uma “apostila” para cada equipe do PSF com as medicações da Farmácia Básica Municipal indicadas para os transtornos mentais e estimulamos os colegas médicos a prestar o primeiro atendimento. Nas discussões de casos com este setor, procuramos, além da conduta técnica específica, indicar e ampliar atitudes mais adequadas ao tratamento e acompanhamento dos portadores de transtorno mentais e seus familiares.

6. Capacitar trabalhadores de saúde para orientação adequada aos familiares dos usuários de transtorno mental

Vide comentário anterior

7. Supervisionar a implantação de oficinas e grupos terapêuticos nas micro-áreas assistidas pela Estratégia Saúde da Família

Não foi implantado nenhuma oficina ou grupo terapêutico nos territórios atendidos pela ESF a partir desse projeto, porém potencializamos e ampliamos outros grupos terapêuticos no Serviço de Saúde Mental.

8. Facilitar e proporcionar as condições necessárias para a dinâmica de um trabalho em equipe interdisciplinar no Serviço de Saúde Mental e Estratégia Saúde da Família locais.

Durante as ações de capacitação procuramos estimular esse tipo de atitude, também nas oportunidades de reunião com a gestão de saúde esclarecemos nossas impressões sobre essas equipes e fizemos sugestões para alcançar esse objetivo.

9. Contribuir para uma gestão participativa, efetiva e eficiente dos serviços de saúde do município.

Apesar das mudanças na gestão local de saúde, sempre procuramos nos colocar a disposição para sugestões de uma atuação com essas

características (participativa efetiva e eficiente). Participamos de reuniões promovidas pela gestão com os coordenadores de outros setores de saúde, principalmente a ESF.

10. Contribuir para a construção de uma rede de cuidados efetiva, eficaz e eficiente aos usuários portadores de transtorno mental e seus familiares.

Temos colocado, em toda oportunidade que nos surge, à necessidade de ações em rede por cada setor. Estimulamos o contato entre os coordenadores e procuramos esclarecer as especificidades e atribuições de cada um deles. Fizemos uma explanação na Câmara Municipal com objetivo de sensibilizar o legislativo na construção dessas ações conjuntas com o executivo, além disso, também realizamos algumas entrevistas na rádio e escrevemos artigo em jornal de circulação local orientando e estimulando a criação dessa rede de cuidados no município.

11. Melhorar os índices epidemiológicos e qualidade de atendimento aos usuários portadores de transtorno mental

Estimulamos e estamos construindo no Serviço de Saúde Mental uma proposta de avaliação dos usuários em relação às propostas oferecidas a eles pelo Serviço. Entendemos que somente eles, com a possibilidade de livremente poderem se expressar poderão nos dizer e informar quanto à qualidade do atendimento que estão recebendo. Essa atividade será desenvolvida em Janeiro de 2011.

Quanto aos índices epidemiológicos, temos impressões subjetivas de melhora (sendo necessária aguardar mais dados), porém cabe ressaltar que, pelo menos, o índice de internação caiu drasticamente, sendo que nos últimos 08 meses só internamos 01 paciente psicótico e 06 pacientes portadores de dependência química. Ou seja, dos psicóticos estamos cuidando em casa e/ou no seu território.

Objetivos específicos 2 (referentes ao Projeto de Consolidação da Rede):

1. Redirecionar os investimentos públicos alocados na clínica para dependentes químicos para implantação de um Centro de Convivência no município.

Estimulamos a suspensão do convênio municipal com a clínica em São José dos Campos. Adotamos o critério de internações somente em clínicas/hospitais para dependentes químicos credenciados ao SUS. Ampliamos nossas ações com estes casos através de grupos para usuários e familiares, porém fica evidente que esta estratégia está esgotada e tem trazido complicações ao Serviço por conta de

prevalência “epidêmica” da demanda de dependência química. Estamos construindo um projeto de custos e benefícios para a implantação do Centro de Convivência Municipal a ser apresentado ao Executivo local. Temos a convicção de que os investimentos financeiros utilizados durante o ano de 2009 seriam mais que suficientes e necessários para uma política municipal de atendimento a essa demanda atualmente, ou seja, para 2011 e, inclusive, atingindo um número muito mais significativos de usuários dependentes químicos. No projeto do CECCO outros argumentos serão esclarecidos e a relação custo/benefício do projeto melhor explicitada.

2. Potencializar projetos que aumentem a resolutividade da Estratégia Saúde da Família.

Vide comentário do objetivo 02 anterior referente ao projeto de matriciamento.

3. Potencializar projetos que aumentem a resolutividade da Estratégia Saúde da Família municipal, por exemplo, um Nasf.

Com as ações e estratégias adotadas no Serviço, podemos afirmar que em certo sentido vimos nos preparando para funcionar como um Nasf, sendo que as atribuições e diretrizes estabelecidas pelo MS na portaria sobre o NASF 3 (direcionada para ações municipais de atendimento a demanda do álcool e outras drogas) são similares às propostas construídas até o presente momento.

4. Incentivar e criar espaços de discussão e construção conjunta de políticas públicas entre os setores da Saúde, Educação, Social e Judiciário.

Durante as comemorações do dia 18 de maio, fizemos várias atividades nas escolas municipais, ocupamos a tribuna da Câmara dos Vereadores, fomos entrevistados pela rádio local e por um jornal da região, e tivemos uma conversa com a promotora local procurando expor nossas propostas, dificuldades, potencialidades e necessidade de construção conjunta dessas políticas públicas.

5. Rever as ações voltadas para o setor de recursos humanos da prefeitura, principalmente da área da saúde, incentivando a capacitação profissional, revisão de responsabilidades e práticas vigentes, revisão de horários de atendimento e atribuições.

Considerando a demanda do município ao longo do ano, a equipe de Saúde Mental planejou e organizou as férias dos profissionais e encaminhou ao Departamento Pessoal da prefeitura.

6. Criar dispositivos de atendimento a crise, desintoxicação e retaguarda nos finais de semana e feriados através de parcerias com o Hospital Frei Caetano.

Trouxemos um colega psiquiatra especialista (Dr. Jorge Tostes) em dependência química para nossa capacitação no atendimento a essa demanda. A partir dos conhecimentos adquiridos e avaliação das limitações e potencialidades do Pronto Socorro no atendimento de emergência aos dependentes químicos, iniciamos as reuniões de sensibilização para posterior construção de um protocolo desse atendimento. Os participantes receberam, inclusive, certificados do curso realizado.

7. Capacitar os profissionais médicos e de enfermagem para atendimento adequado as situações de emergência/urgência em Saúde Mental

Vide comentário anterior

8. Criar um Conselho Técnico-Gestor da Rede de Cuidados para assessorar as ações da gestão municipal de Saúde

O Conselho não foi criado e nem discutido com a gestão.

Considerações finais:

Considerando os comentários anteriores, bem como nossa impressão do processo institucional ocorrido até aqui, torna-se necessários algumas colocações/críticas no sentido de embasar as decisões a serem tomadas a posteriori pela gestão local.

- a) É evidente, a nosso ver, que alcançamos algumas conquistas, porém os desafios a serem suplantados ainda são enormes e bastante relevantes. O que nos indica que há muito que fazer e construir para a obtenção de uma qualidade adequada no setor de Saúde Mental e ESF.
- b) Podemos afirmar que a proposta de atenção primária no Serviço de Saúde Mental foi adequada e facilitadora para o diálogo com os outros setores da saúde municipal, principalmente com a ESF. Por outro lado entendemos que

- a capacitação profissional dos trabalhadores é um investimento necessário e seguro para o cumprimento das metas estabelecidas ao setor
- c) A dinâmica de trabalho em equipe potencializa a melhor qualidade das ações propostas aos usuários. Entretanto é necessário o incentivo e orientação constante às equipes nesse sentido, pois, de uma maneira geral há uma tendência dos trabalhadores em colocar obstáculos nessa proposta. Entendemos que a formalização do espaço constante para reunião de equipe, seja na Saúde Mental ou na ESF, facilita esse objetivo.
 - d) As propostas terapêuticas implantadas e/ou oferecidas aos usuários estão coerentes com as diretrizes do MS, porém a falta de recursos materiais e humanos prejudica sua consolidação, principalmente na unidade de Saúde Mental.
 - e) O atendimento conjunto de alguns casos potencializa o dialogo entre os setores e parece ser um mecanismo efetivo e financeiramente viável para capacitação contínua dos trabalhadores em Saúde Mental, porém esses resultados somente poderão ser melhor avaliados a longo prazo.
 - f) A carga horária atual dos profissionais do setor de psicologia e terapia ocupacional precisaria ser melhor distribuídas para a efetiva ação nos territórios. A necessidade atual do Serviço de Saúde Mental não oferece condições ou sobras para, por exemplo, implantação de oficinas e grupos nos territórios. Para maiores esclarecimentos, sugiro análise do Relatório de Gestão a Vista, em anexo.
 - g) É necessária, por parte da gestão municipal, uma maior orientação aos profissionais dos setores para o trabalho em rede, respeitando as especificidades e atribuições de cada setor.
 - h) As características pessoais dos trabalhadores interferem diretamente em sua capacidade de funcionamento em equipe. Fica evidente, portanto, que alguns perfis precisam ser revistos e/ou reorientados.
 - i) É necessária a reunião regular entre coordenadores de setores para uma melhor viabilização administrativa das propostas construídas. Nesse sentido, caberia a gestão de saúde a coordenação e esclarecimento das metas a serem cumpridas por cada setor.
 - j) É urgente a implantação de uma política de recursos humanos que respeite as especificidades do setor saúde. Os critérios administrativos/trabalhistas adotados pelo Departamento Pessoal da Prefeitura comprometem o funcionamento dos setores
 - k) É urgente o estabelecimento de contratos de metas aos coordenadores dos setores, bem como diretrizes e prazos com esse objetivo. Caberia a gestão municipal a avaliação e adequação dessas metas conforme as necessidades da Rede. Para tanto sugere-se critérios epidemiológicos e demográficos. Nesse sentido, a falta de uma política de recursos humanos que respeite as especificidades do setor saúde compromete a ação desses coordenadores.
 - l) A demanda de atendimento aos dependentes químicos e seus agravos tomou proporções alarmantes e “epidêmicas”, sendo necessário o envolvimento efetivo e urgente dos setores social, educacional e judicial para o estabelecimento de diretrizes municipais na busca de uma melhor

resolutividade do problema. Além de um envolvimento mais adequado do legislativo.

- m) O convênio com instituições não credenciadas ao SUS ou com funcionamento fora dos padrões estabelecidos pela Lei 10.216 favorece ações ilegais e inadequadas à demanda. Saliento a necessidade da legalidade das ações para melhor acolhimento do Estado às propostas municipais. Nesse sentido, entendo que o legislativo poderia ter uma ação mais adequada e não assistencialista.
- n) É necessário, portanto, o envolvimento efetivo do poder legislativo para a implantação de leis e políticas municipais de atendimento a essa demanda.
- o) As condições atuais oferecidas pelo Ministério da Saúde para a internação dos pacientes dependentes químicos não são suficientes para atendimento à demanda. Facilitando os agravos e riscos a integridade física dos usuários.
- p) É urgente a consolidação de ações efetivas de prevenção e promoção da saúde a essa demanda. Nesse sentido, entendemos que a implantação de um Centro de Cultura e Convivência no município potencializaria essa proposta.
- q) O Serviço de Saúde Mental, nos moldes de funcionamento atual, não tem condições de atendimento adequado a essa demanda. Sendo necessária uma maior e melhor articulação com a ESF e Pronto Socorro municipal. Nesse sentido o NASF 3 poderia facilitar esse processo
- r) É necessária a reavaliação dos recursos materiais dispensados a essa demanda. Sendo assim, é preciso considerar a questão do custo/benefício para distribuição destes. Portanto, além da falta de recursos suficientes e necessário reavaliar a gestão dos recursos existentes, pois a resolutividade atual está comprometida.

Colocadas estas apreciações, é forçoso também dizer que percebemos no município potencial ímpar para a consolidação de uma estratégia de atenção psicossocial que poderia ser referência para os municípios de pequeno porte. É louvável, a efetiva disposição política para implantação da proposta vigente. Sendo assim, sugerimos a manutenção da mesma coragem, seriedade e vontade do poder executivo para o enfrentamento dos desafios postos.

Projeto Centro de Convivência e Cultura – CECCO

Introdução:

Os Centros de Convivência e Cultura (CECCO) passaram a existir a partir de 1989, no município de São Paulo, com o objetivo de formação de uma rede de atenção aos portadores de sofrimentos psíquicos que substituísse os manicômios, e esses portadores, conjuntamente com crianças, idosos, deficientes, adolescentes em situação de risco social, passassem a ser acompanhados e inseridos na comunidade, no território em que vivem.

O CECCO é um espaço aberto à comunidade, onde através da convivência e circulação de pessoas potencialize e proporcione à promoção e prevenção de saúde. Um espaço no qual pessoas com transtornos emocionais se relacionam, não pela patologia, mas pela experimentação da arte, do trabalho, do lazer e da cultura.

Conforme a linha guia da Saúde Mental desenvolvida pela Secretaria de Estado de Saúde Mental, em 2007:

[...] Os Centros de Convivência não constituem um espaço de atendimento psicológico e psiquiátrico. As pessoas que trabalham ali não são profissionais de Saúde, nem da Saúde Mental: são artistas, artesãos, “oficineiros”. Também não são serviços de permanência-dia: o usuário vai até lá em horários determinados, para participar das atividades que aprecia e escolhe. Embora sua clientela seja composta também por portadores de sofrimento mental grave, recebe essas pessoas num momento já posterior a crise aguda [...] o usuário continua sendo atendido pela equipe de Saúde Mental. (MINAS GERAIS, 2007, p.73)

Sendo assim, nos diferentes espaços da cidade, como parques, ruas, praças, museus, cinemas, com o objetivo de exercitar essa convivência, procura-se melhorar a qualidade de vida das pessoas com diferenças que lhes fazem peculiares e únicas, possam participar da cidade sem carregar um estigma que barre sua possibilidade de desenvolvimento e ação.

O CECCO tem como objetivo promover o encontro entre pessoas, criando condições favoráveis para inserção e integração dos indivíduos por meio de atividades coletivas, como manuais, culturais, esportivas e educacionais.

Portanto, é este um dos serviços que compõem a rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, conforme as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, preconizados pelo SUS.

Onde através da construção da rede, efetiva-se a noção de território, as ações acolhem as pessoas com sofrimento psíquico, suas famílias, seus amigos e interessados.

O Centro de Convivência desenvolve estratégias de cuidado no sentido de fortalecer os laços de inclusão social dos sujeitos portadores de sofrimento psíquico, buscando parcerias para desenvolver ações de saúde pautadas pela integralidade – pela vertente do trabalho, da cultura, do lazer, da convivência – e, portanto, operando através da intersetorialidade, diretriz essencial da promoção da saúde. (CAÇAPAVA et al., 2008, pág. 447)

Ressaltando a diretriz da intersetorialidade, a Política de Promoção da Saúde de 2006, define a promoção da saúde como:

[...] um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. (CAÇAPAVA et al., 2008, pág. 449)

Oficinas:

Um dos recursos utilizados nos centros de convivência, no contexto do processo da Reforma Psiquiátrica, são as oficinas, desenvolvidas por profissionais da saúde com diferentes formações e contribuições, como também por artesãos voluntários, profissionais da educação, setor social, etc.

O Centro de Convivência é conhecido por subverter os padrões conhecidos e clássicos de se executar saúde, introduzindo as artes, o artesanato, o esporte, como linguagens que redesenham possibilidades de reabilitação psicossocial, já que a arte, a convivência e o trabalho cooperado aglutinam, em grupos heterogêneos, interesses, e não diagnósticos, buscando reinventar contratos nas relações humanas e institucionais, não mais sob a égide da doença e da tutela (LOPES, 1999 apud CAÇAPAVA et al., 2008, pág. 451).

Há diversas possibilidades de desenvolvimento de oficinas no CECCO, entre elas: artesanato, aulas de dança, teatro, música, cuidados corporais, costura, jardinagem, cinema, trabalhos manuais, marcenaria, atividade esportivas, entre outras.

“As oficinas são dispositivos que, por não se fixarem no terreno de saúde mental, invadem e transitam por outros territórios como o trabalho, a arte, a rua e a cidade, colocando a clínica em contato com sua exterioridade”. (GALLETTI, 2004, p. 123)

Outro recurso possível e consequente a sua implantação é a criação de associações dos usuários, visando o trabalho como geração de renda, onde através do mesmo, possa incentivar o enfrentamento do desemprego e da exclusão social, trabalhando assim a inserção social, a potencialidades e a autonomia do usuário-cidadão.

Proposições para a criação de um CECCO municipal

- Organização e ampliação da rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais;
- Consolidar com eficácia adequada o atendimento às necessidades dos usuários portadores de transtorno mental, seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica e o modelo de atendimento baseado nos serviços substitutivos;
- Potencializar o projeto de matriciamento vigente no município desde fevereiro de 2010, na coordenação do Dr. Aidecivaldo Fernandes de Jesus;

- Efetivar parcerias intersetoriais do município (Saúde, Educação, Serviço Social, Conselho Tutelar, Cultura, Organizações não governamentais e governamentais, grupos da comunidade local, entre outros), para a produção do cuidado integral ao usuário;
- Fomentar o trabalho e geração de renda;
- Expansão e disseminação da inclusão sócio-humana-cultural, assegurando prioridade à população com maior índice de vulnerabilidade social e de saúde;
- Desenvolver atividades planejadas para a construção de vínculos e relações de confiança com a comunidade, visando ações de promoção e prevenção de saúde;
- Criar programas e projetos com foco na educação, cultura, esportes, lazer e saúde;

Público Alvo:

As atividades oferecidas pelo CECCO deverão ser abertas a qualquer pessoa, independentemente da condição social, sexo, idade, etnia ou qualquer deficiência ou patologia, ou seja, a qualquer cidadão que manifestem interesse em participar.

Recursos humanos disponíveis e/ou necessários:

Situação Atual do Serviço de Saúde Mental			Situação pretendida com Centro	
Recursos Humanos	Função	Carga Horária semanal	Carga Horária semanal / S.M.	Carga Horária semanal/ CECCO
A.F.J.	Psiquiatra	12 horas	12 horas	
A.G.F	Agente Comunitário	40 horas	36 horas	4 horas
A.G.B.	Agente Comunitário	40 horas	36 horas	4 horas
B.F.G	Faxineira	44 horas	44 horas	
E.E.S.S.	Téc. Enfermagem e co-coordenadora	40 horas	36 horas	4 horas
E.S.M.	Enfermeira	20 horas	16 horas	4 horas
J.A.F.N.M.	Ter. Ocupacional e Coordenadora	20 horas	10 horas	30 horas

M.C.C.	Secretária	40 horas	40 horas	
M.L.A.	Téc. Enfermagem	40 horas	36 horas	4 horas
M.P.A.	Psicóloga	20 horas	16 horas	4 horas
R.G.T.A.	Assistente Social	20 horas	16 horas	4 horas
02 Oficineiros/monitores	Perfil e talento adequado à função			40 horas

- Locação de uma casa, localizada na região central do município, composta de área externa significativa e adequada aos objetivos do serviço;
- Contratação dos seguintes profissionais:
- Uma Faxineira
- Um profissional terapeuta ocupacional para a função de coordenação do Cecco, com atuação de 40 horas semanais na Rede;
- Um Agente Administrativo;
- Dois oficineiros;
- Aquisição de mobiliário necessário;
- Aquisição de materiais de papelaria, de artesanato, ferramentas, etc;

Observação: considerando a otimização de custos e recursos, torna-se necessário rever a estrutura física da atual Unidade de Saúde Mental, haja visto que a mesma não mais realizará oficinas. Portanto é possível que a estrutura possa ser reduzida trazendo economia de gastos públicos.

Perfil atual do Serviço de Saúde Mental

Para a realização deste projeto, se faz necessário pontuar a realidade vivenciada pelo Serviço de Saúde Mental neste ano de 2010:

- Realizamos a I Conferência Microrregional de Saúde Mental, onde discutimos e realizamos propostas efetivas, eficazes e eficientes para a Saúde Mental na região;
- Potencializamos o vínculo e diálogo entre as equipes de Saúde Mental e Estratégia Saúde da Família diante do projeto de matriciamento coordenado pelo Dr. Aidecivaldo Fernandes de Jesus;
- Recebemos a visita da Coordenação Regional de Saúde Mental que efetivou e encaminhou o credenciamento do serviço do CNES, o que reforça que o serviço tem desenvolvido suas atividades em consonância as proposta do Ministério da Saúde;
- Potencializamos as realizações de grupos e oficinas terapêuticos, no serviço, o que caracterizou no aumento dos atendimentos e a diminuição da demanda reprimida;

- Ampliamos nossas ações a demanda de álcool e outras drogas e estimulamos a suspensão do convênio com a Clínica de São José dos Campos;

Diante dos dados abaixo, referentes aos atendimentos realizados no Serviço de Saúde Mental do município, entre o período de Fevereiro a Dezembro de 2010, procuramos reforçar e pontuar a necessidade da Implantação de um Centro de Convivência neste município.

- Números de pacientes cadastrados no serviço: 2754 pacientes
- Números de pacientes acolhidos, cadastros novos: 343 pacientes

Feminino	196
Masculino	147
0-10 anos	23
10-18 anos	44
18-40 anos	134
40-60 anos	92
> 60 anos	50

- Números de atendimentos realizados mensalmente no serviço:

	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Atend.	712	828	739	912	847	933	1049	888	960	872	1015	9755

- Números de atendimentos realizados pelos seguintes setores:

Setores	Carga Horária	Atendimentos
Agentes Comunitários de Saúde	80 horas/semanais	806
Assistência Social	20 horas/semanais	788
Enfermagem	100 horas/semanais	4797
Psicologia	40 horas/semanais	1783
Psiquiatria	8 horas/semanais	693
Terapia Ocupacional	20 horas/semanais	891

- Números de internações: 8 internações de pessoas portadoras de transtorno decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas e 1 internação de usuário transtorno psicótico.

Considerações Finais

Diante dos dados e conclusões apontados acima podemos afirmar que no Serviço de Saúde Mental de Paraisópolis, a população atendida tem se caracterizado por ser do sexo feminino, na faixa etária de 18 a 60 anos, apresentando transtorno mental comum (ansiosos e depressivos). Por outro lado cabe salientar o excessivo aumento da demanda caracterizada ou decorrente do uso de álcool e outras drogas.

Esta população, de uma maneira geral, é que tem comparecido ao serviço para atendimentos e atuações preventivas, o que justifica o aumento dos atendimentos em grupos e oficinas terapêuticas e o significativo número de acompanhamentos do setor de enfermagem, ocasionando a diminuição das internações e o número de atendimentos médicos e/ou necessidade de propostas com características de maior integralidade.

Ou seja, considerando o contexto apresentado, evidencia-se a necessidade de construir coletivamente um espaço de convivência, socialização, apoio, informação, capacitação aos usuários das comunidades, sejam eles em situações de vulnerabilidade social e de saúde.

Faz-se necessário o desenvolvimento de ações nos territórios capazes de operar no fortalecimento de vínculos, desenvolvimento social, participação, democracia, solidariedade, bem comum, equidade, entre outros.

Contudo, um espaço de efetivas ações intersetoriais e que favoreça qualidade de vida, através de práticas que promovam cultura, educação, saúde e lazer, garantindo as singularidades de cada um, acolhimento e desenvolvimento de potencialidades, convidando os usuários dos serviços de saúde e comunidade em geral a vivência de laços sociais e afetivos, a construir sentido de vida, obter uma geração informal de renda e possibilitar a inclusão em outros espaços sociais, em fim exercer sua cidadania.

Salienta-se, ainda, a necessidade de carga horária aos profissionais distribuídas de tal forma que facilite a consolidação da rede de atendimento. Nesse sentido, tendo conhecimento de outras experiências inovadoras no SUS, essa possibilidade de atuação efetiva a atuação nos vários aparelhos favorecendo a ação em equipe respeitando as singularidades de cada serviço substitutivo.

Sendo esse, sem dúvida, a principal causa das conquistas consolidadas na Atenção Primária à Saúde municipal.

Bibliografia:

CAÇAPAVA, J. R. et al, **A Interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde**. FAPESP, 2009, p 446 a 455.
GALLETTI, M. C., **Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?** Goiânia: Ed. Da UCG, 2004, 146p.
MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em saúde mental**. Marta Elizabeth de Souza, Belo Horizonte, 2ª ed, 2007, 238 p.

Relatório com os temas recorrentes no Dom Queixote

1. Processo de trabalho

Iniciamos a reunião solicitando que cada uma votasse em duas pessoas para a coordenação. Desta forma havia possibilidade de votar em si mesmo. O voto foi secreto, sendo que cada um recebeu pedaço de papel e após escrever os dois nomes, colocava-o em um copo. Não foi feita nenhuma consideração prévia para não influenciar nas escolhas.

Posteriormente, sugeri que discutíssemos a concepção do serviço que tínhamos e o que gostaríamos de ter. Procurei estimular a reflexão de todos sobre um conceito de saúde mais amplo, postura de acolhimento às demandas dos usuários, desmistificando mitos e tabus em relação ao usuário e ao trabalho em saúde mental.

Em seguida procurei estimular a questão do cuidado enquanto atitude, inclusive, em relação ao cuidado consigo mesmo.

Percebi certa pré-disposição positiva às mudanças, porém, em certos instantes também percebi que havia certo desgaste nas relações interpessoais gerando certa tensão.

Por outro lado, e usando a imagem do pára-brisa do carro em contraponto com o espelho retrovisor, sugeri que buscássemos caminhar à frente tentando construir novas possibilidades no ambiente de trabalho. Feito essas considerações partimos para Na discussão a respeito da coordenação. Nesse momento, as pessoas se colocaram abordando suas expectativas com esse papel. Houve um consenso na equipe de que tanto a Vermelha como a Azul possuíam características pessoais e ascendência sobre a equipe colocando-as como adequadas ao papel. Sendo assim, combinou-se que posteriormente conversaríamos os três (eu e as duas) para viabilizar essa decisão.

(...) No frigar dos ovos começamos bem, afinal todos queremos a mesma coisa. Mas será preciso cuidado com os desgastes naturais nos relacionamentos por conta de eventos prévios. Por último adotamos esse diário institucional como ferramenta de manifestação livre das nossas idéias sobre o serviço. (26/01/2010)

A reunião foi dedicada exclusivamente para a discussão dos casos clínicos. Aidê assumiu a coordenação, distribuiu o tempo da reunião de forma que fossem contemplados os treze casos separados. A discussão nos pareceu bastante técnica e proveitosa no tocante a conduta mais adequada a ser adotada, considerando a demanda do paciente/usuário. Mas a adaptação à “gerência do tempo”, conforme dinâmica adotada por Aidê para discussão de cada caso nos forçou a ser econômicos nas palavras e isto me angustiou especialmente no momento da discussão da paciente M.J.C.

Percebi também que cada qual dos membros da equipe procura a seu modo adaptar-se ao momento do serviço, “aceitando” bem o norte que Aidê está apontando para as atuações profissionais, confesso muita expectativa de que o serviço possa estruturar-se daqui para frente sob esse novo modelo, mas também receio frustrar-me. (02/02/2010)

Hoje terminei as conversas com cada setor onde busquei especificar minhas expectativas e propostas para potencializar o matriciamento. Minha percepção é de que todos receberam bem e fica evidente de que há muito trabalho a ser feito. Ainda tenho a impressão de que temos a tendência a pensar nas propostas focadas no modelo biomédico. Por exemplo, nas

discussões de casos ainda nos focamos nos diagnósticos médicos. Por outro lado também sinto a pré-disposição para ampliar esse olhar. Minha apreensão, agora, é resolver a questão da coordenação passando oficialmente a função á Vermelha e Azul. (02/02/2010)

Dourada colocou suas dificuldades prévias com a coordenação de grupos. Aproveitei o assunto para esclarecer as diferenças na condução de grupos e oficinas. Após uma situação trazida pela Laranja em relação a uma atuação do Verde na recepção, debatemos sobre a função dos ACS. Foi esclarecida sua autonomia e visitas espontâneas ao território. (11/02/10)

Conversamos sobre acolhimento e foi sugerida a criação de um grupo aberto coordenado pela Branca para todos os usuários acolhidos na semana. Ou seja, foi criado mais um espaço de escuta e orientação inicial aos usuários. Debatemos sobre a postura de acolhimento e o alerta necessário em não transformarmos esse momento somente numa triagem. A partir daí, Laranja colocou sua angustia por sentir-se dessa forma quando faz alguns acolhimentos. (11/02/10)

(...) Coloquei hoje para o debate da distribuição das salas respeitando a privacidade dos atendimentos e uma melhor estrutura física e/ou mais adequada. (...) Cinza coloca a dificuldade em associar a recepção do serviço com a administração (arquivo de documentos, organização dos setores etc.). Debate-se sobre as atribuições do administrativo procurando distribuir as tarefas. Posteriormente debate-se sobre o horário do serviço. Apesar de alguns momentos de tensão, considerei muito produtiva por conta de novamente poder refletir sobre a concepção do serviço. (09/03/2010)

Achei prejudicial ao serviço a retirada do computador de perto de mim, o incômodo que causou a Branca deu-se uma vez em dois anos e meio, sendo que seu uso pelos demais funcionários do serviço não chega a três vezes por ano, ao passo que eu o utilizo quase todos os dias, o que não tenho mais feito por causa da distância em que se encontra. Na medida do possível estou escrevendo as comunicações á mão, mas me preocupa o momento em que surgirem ofícios e outros que necessitem de seu uso. Quanto à distância em que ficaram os arquivos quero registrar que descubro a recepção a cada paciente que chega e tenho que ir pegar seu prontuário, pior ainda quando tenho que arquivar pilhas de mais de 30 prontuários. Aviso a todos que não me responsabilizo por qualquer coisa que possa ser subtraída de minha mesa, como telefone sem fio, algum documento, enfim tudo que se encontra lá e que não posso estar guardando nas gavetas a cada minuto que chega um paciente ou um visitante

Sobre o assunto “solidariedade” levantado por Aidê há que se discutir muito ainda, pois o colega Verde não me parece achar justo ser solidário, até para que eu possa ir ao banheiro, na ausência absoluta de outra pessoa para me substituir, tenho que argumentar e até discutir para que ele o faça, tem sempre alguma coisa “mais importante” para fazer, ou já “está de saída” segundo ele e caso eu queira ir a cozinha comer uma fruta em cinco minutos, nem pensar em pedir a ele, já o fiz e ouvi a resposta “ah pra tomar lanche não”. (12/03/2010)

Quero dizer que estou aberto para qualquer discussão. Mas já não estou suportando as reclamações da minha colega (Cinza), a meu respeito e de muitas coisas banais, só reclama, disse que não faço nada. Minhas funções estão sendo cumpridas, se ela não está

conseguindo cumprir suas funções, pede para trocá-la, quebre seu preconceito e venha ser ACS também, você vai ver como é interessante, você aprende muito, e não tem tempo de ver qual é a roupa que o paciente usa, se é preto ou branco, você trabalha...! Vê se para de me perturbar com seus dramas! Volto a dizer que não estou tolerando e estou aberto para discussão.

Observação: Para de cochichar na recepção, você tem mais o que fazer, ou fala para mim ou usa o Dom Queixote, somos uma equipe, ou estou errado? (15/03/2010)

Azul informa os atendimentos matriciais na ESF. E eu esclareço a dinâmica desses atendimentos conjuntos. Discute-se posteriormente a dinâmica dos serviços de rua, sugere-se que seja definida sua rotina diária (para Marrom) e posteriormente seja adaptado um horário para esse tipo de atendimento.

Discute-se a atenção compartilhada e os mecanismos de torná-la mais facilitada. Concluí novamente a necessidade de colocar no prontuário tudo que se decide a respeito do paciente. Dourada traz suas dificuldades do grupo de orientação.

Coloco a necessidade de termos calma com as mudanças e “segurarmos a ansiedade”, salienta a proposta de aprender fazendo.

Cinza traz as dificuldades com a mudança no administrativo, após esse debate fica decidido pela mudança da mesa do computador para melhorar a dinâmica. (...)

Azul esclarece seu papel na coordenação em parceria com a Vermelha.

Vermelha avisa que as atribuições administrativas serão anexadas no quadro interno de avisos. (23/03/2010)

Na última segunda-feira, aconteceu de o carro chegar para as visitas às 15h30min horas, Bronzeada, ficou aguardando o mesmo para suas visitas domiciliares, porém quando ele chegou ela não viu (disse que ninguém a avisou), quando se deu conta Verde já estava saindo para as suas visitas e não teve tempo de chamá-lo.

Fiquei angustiada com a situação, pacientes de controle de medicação, iam ficar sem remédio por falta de comunicação e organização dos profissionais. Bem o carro vem uma vez por semana para as visitas mais distantes, e para os profissionais que tem dificuldade de se ausentar da unidade, devido seus atendimentos. Os ACS devem distribuir suas visitas durante a semana, se tiverem dificuldade e precisar de transporte para visitas, falem com a enfermagem. (29/04/2010)

Chegando ao serviço hoje fiquei sabendo da solicitação do Verde para trabalhar na APAE por meio período. Além disso, houve ontem uma indicação da gestora 2 para que Preta venha fazer parte do nosso serviço.

E ambas as situações, em minha opinião, a coordenação foi desrespeitada e a gestora 2 foi colocada em situação constrangedora.

Entendo que a responsabilidade maior é das pessoas que fizeram esses movimentos sem considerar o sistema como um todo e pensando somente no seu próprio setor. Conversando com Vermelha e a Azul coloquei minha opinião de que essas situações a coordenação deve usar de suas prerrogativas de “zelar” pelo bom andamento do cotidiano institucional e tomar as atitudes cabíveis, independente da equipe.

A meu ver errou Verde por não conversar com a coordenação e errou a Fulana pelo mesmo motivo e induziram a gestora 2 a uma atitude precipitada, e depois os trabalhadores da saúde reclamam dos gestores e do sistema etc.

Como construir um sistema e ambiente de trabalho agradável se nem os próprios trabalhadores ficam atentos a sua prática?

Obviamente que isso tem a ver com a subjetividade e entendo que o texto que iremos discutir na próxima semana vai nos ajudar a refletir sobre esse obstáculo.

Moral da estória: Quem só olha para o próprio umbigo não percebe o outro, não compreende o todo. (13/07/2010)

2. Análise de documentos, reuniões, fóruns ou serviços externos ao serviço

Ontem participamos da primeira etapa da Conferência Municipal da Saúde Mental, em Pouso Alegre. Estiveram presentes: Vermelha, Branca, Verde, Bronzeada, a gestora 1 e eu. A reunião foi muito boa e acho que alcancei o objetivo de sensibilizar os presentes quanto à importância e desafios para melhor organização de um serviço de saúde mental em municípios de pequeno porte. Em tese o que apresentei foi a proposta que estamos tentando implantar em Paraisópolis. Por um lado é excelente estar “referenciando” o setor na micro-região; por outro ficou evidente a responsabilidade que assumimos. Há muito que fazer. A gestora 1 nos parece afinada com nossos objetivos isso traz tranquilidade. (04/02/2010)

Pegando carona na fala do Aidê sobre participarmos da primeira etapa da Conferência, ressalvo que foi também minha primeira participação neste tipo de evento. Isso me faz perceber o tamanho e a importância do mesmo, fico muito feliz de fazer parte desta equipe aqui em Paraisópolis, e com certeza aprendo a cada hora. (04/10/10)

Sobre a pré-conferência em Pouso Alegre, acho que o depoimento do Fulano vem assinalar a questão da relação do uso de drogas e álcool como problema de saúde pública relevante. Ele demonstrou estatisticamente o alto índice do uso no mundo. Sua estratégia foi causar impacto, porque o problema existe de fato e está aumentando a cada ano. O ponto chave para o qual Fulano quis “provocar” é de que o problema é de todos e de que não adianta buscar nas teorias para o aqui e agora e sim buscar soluções e estratégias efetiva como salienta Dr. Aidê, a base teórica é importante, porém, o objetivo da pré-conferência é trazer soluções. E uma das soluções para a saúde mental está envolvida nas diretrizes do SUS: acessibilidade, equidade e integralidade.

Bem... Finda a semana dedicada à comemoração do movimento antimanicomial/saúde mental, vamos ao registro de nossas impressões.

Em primeiro lugar, penso que foi bastante feliz, proveitosa e apropriada à mudança de formatação dos eventos/atividades da semana, considerando a atual etapa de “construção do serviço de saúde mental”; O contexto das Conferências de Saúde Mental nos três níveis da administração pública, municipal, microrregional estadual e nacional, mas sobre tudo porque a formatação proposta contemplou a contribuição de cada membro da equipe de saúde mental, ou categoria, naquilo que tinha de mais especial no seu perfil, respeitando “talentos” individuais, limitações, especificidades técnica do seu trabalho, no cotidiano de seu

trabalho no serviço e relações na comunidade. Saliento participação da APAE e E.M Bueno de Paiva.

O pronunciamento feito na tribuna livre em sessão na Câmara Municipal foi ilustrativo dos avanços conquistados na luta pelo reconhecimento de um importante segmento no cenário público e de exercício da cidadania; um espaço político.

A tentativa das psicólogas em estabelecer relações de proximidade, cooperação técnica e diálogo funcional com o segmento “Educação Municipal e nas escolas”. Não importando aqui os obstáculos ou performance das “apresentações/palestras/dinâmicas realizadas, mas o “momento de dialogo”.

-A entrevista no jornal super- pontual e esclarecedora.

O Programa na Rádio Paraisópolis foi magistral: Doutor Aidê e Azul estiveram muito bem em suas falas... Com certeza a população ouvinte só ganhou com a atividade.

O serviço de saúde mental e equipe saíram fortalecidos. O resultado da Conferência divulgada.

- As apresentações do grupo “Loucos pela Alegria”, iniciativa da Laranja que muito foi fortalecida com o apoio da equipe e participação do Verde e Bronze (que palhacinha linda e criativa).

O fechamento da semana com a passeata do Serviço de Saúde Mental enfatizando a marcha pelo movimento anti-manicomial. Reunião de um grupo pequeno sim de pacientes e de pouquíssimos colegas das equipes de PSF, o que nos frustrou por um lado, por outro nos deu a medida exata do quanto podemos mobilizar forças e esforços para uma atividade que se propõe, menos ativista e mais conceitual, técnica.

Valeu Companheiros! Parabéns a todos nós! (26/05/2010)

A semana da luta antimanicomial realizada pela Saúde Mental.

No inicio tive medo deste envolvimento com outros setores e com o trabalho em rede, tudo que é novo dá medo.

Se teve falha vamos tentar corrigir. Mas em geral foi ótimo com o empenho de todos os profissionais da equipe foram atingidos os objetivos, da divulgação do nosso trabalho e da luta antimanicomial.

Azul se saiu muito bem na coordenação.

Em geral foi muito boa... Valeu Turma! (27/05/2010)

Pela primeira vez venho ao “Dom Queixote” por um motivo de alegria, a semana de comemoração do nosso serviço foi ótima, todos nós profissionais comprometidos ou pelo menos os que se acharam assim, soubemos driblar as dificuldades de serviço aberto e com tanta atividade extra.

Usamos nossa linha de raciocínio, agilidade, jogo de cintura e acima de tudo vontade de se realizar um bom trabalho (setores em geral) que não nos prestigiaram com sua presença, o que não me espantou, já imaginava que seria assim... E diga se de passagem que não fizeram falta nenhuma!

Digo isso porque nossos colegas que participaram fizeram a diferença com o coração aberto, sorriso largo e sorrisos abundantes. Senti neles a mesma vontade que senti em alguns de nós de dizer NÃO a tudo de ruim que se refere a qualquer tipo de exclusão em relação ao sofrimento mental.

Quanto aos “Loucos pela Alegria”, não tenho palavras que expressem os meus sentimentos (que são vários ao mesmo tempo).

A dedicação, à vontade com que se apresentaram na praça e também na Escola “Tia Emilia”, transformou uma simples idéia num grande espetáculo e uma grande família porque do que depender de mim é isso que irá acontecer.

Entre risos, emoções e correrias e muitas alegrias, agradeço todo mundo que se empenhou e que acreditou na minha simples idéia, agradeço Aidê por ter batizado o grupo. Ah! E também por me deixar “louca” com a história da música Balada do Louco, nunca mais essa canção vai sair de mim, por livre e espontânea pressão.

“E juro que é melhor não ser um normal... Se posso pensar que Deus sou eu”.

Ou melhor, que Deus somos todos nós, porque mais louco é quem nos diz e não é feliz, não é feliz! (27/05/2010)

Todos ligados na mesma emoção! Muito bom!Estivemos ótimos!Eh... eh... eh...

Minha sugestão para o próximo ano: Uma música bem animada para todos cantarem e se remexerem e uma propaganda mais contundente. ... Beijos a todos! (27/05/2010)

Achei uma semana muito animada e com uma excelente programação apesar de ter ajudado pouco no dia da passeata e do teatro, não estava muito animada a participar e fiquei com MEDO de prejudicar a alegria de toda a equipe, parablenizo a todos pelo belo trabalho que fizeram, pois ouvi ótimos comentários sobre a apresentação na praça e fiquei muito orgulhosa de poder dizer que trabalho na Saúde Mental e que tenho colegas de trabalho muito bem preparados para “qualquer” tipo de evento que empenhasse seu trabalho de corpo e alma. Parabéns ao grupo “Loucos pela alegria”. (27/05/2010)

A semana da Saúde Mental, instituída em maio de 2009 pela câmara municipal de Paraisópolis, este ano foi de inteira responsabilidade do serviço S.M. que contam com 11 profissionais +usuários. A semana foi todo com atividades externas em escolas, rádio em pronunciamento na câmara municipal, visitas às escolas realizadas pelas psicólogas, enfermeiras, assistentes sociais, ACS, e com participação de pessoas de outros setores que nos deu um apoio. O evento foi finalizado com a caminhada antimanicomial, contra o preconceito. Foi um a caminhada curta, com a participação da APAE e da Escola Municipal “Bueno de Paiva”algum populares e usuários do serviço. A caminhada foi encerrada com um show na concha acústica pelos palhaços loucos pela alegria, foi muita gratificante, não tem como explicar a emoção de ver os risos, as gargalhadas das crianças. Sendo eu tec. de enfermagem muitas vezes só ouvi o choro, vê as lagrimas nos rostinhos principalmente quando se quer fazer um procedimento invasivo, como fazer uma injeção IV, administrar SF, um injetável ou fazer um curativo. Tem crianças que choram só em ver o jaleco branco e perguntam: tem injeção? .provocar o riso foi emocionante, gostei muito. Foi pena não ter mais crianças lá! Talvez faltasse mais divulgação ou a população não esta acostumada a ver shows em praça pública. Fiquei meio frustrada com a falta da participação dos PSFs havia poucos do PACs e do PSF III, onde estavam os outros, já que trabalham em matriciamento e estamos juntas nesta luta pela saúde física e mental. Por que será que não participaram com a gente? Será por preconceito? Falta de tempo? Interesse? Motivação? Sei lá (...) mesmo assim foi bom espero que no próximo ano haja mais conscientização populacional sobre o

preconceito e aceitação dos “loucos”. Afinal de contas que são os loucos, eles ou nós? Somos insanos? Eu sou e quem não é? (27/05/2010)

Em minha opinião a Semana da Saúde Mental, foi muito importante para nós profissionais, percebo que fortaleceu o nosso propósito de sermos realmente equipe, conseguimos realizar uma semana produtiva, com envolvimento de todos os profissionais. Os usuários do serviço, não se envolveram com os preparativos para a passeata, poucos participaram, outros ficaram chateados por não saberem do evento, penso que temos que incentivá-los mais, iniciar os preparativos com antecedência.

Fiquei muito feliz quando os profissionais voltaram das suas atividades, todos entusiasmados e contentes com o resultado e com planos para continuar. No relato da Dourada percebi que as crianças do Distrito das Costas devem ter ouvido na rádio da cidade, a divulgação das nossas propostas, perguntaram sobre antimanicomial. O manifesto na tribuna foi bem marcante para a abertura da semana, Dr. Aíde falou muito bem das nossas propostas, dificuldades e compromisso de todos os envolvidos. (27/05/2010)

Na última quarta-feira fomos visitar a clínica de tratamento para dependência química em Pouso Alegre, ou seja, outra comunidade em função dos problemas que estamos tendo com a clínica de São José dos Campos. No primeiro momento, conversamos com um dos coordenadores, senti que o trabalho é mais honesto com os envolvidos, mas também ainda não é o que queremos, ou esperamos de um tratamento adequado, dentro do que acreditamos. O coordenador esclareceu como é desenvolvido o tratamento, seguem os doze passos, bastante disciplinados com as reuniões, tanto dos dependentes quanto os familiares. Os alcoolistas ficam em local separado, embora o tratamento seja o mesmo.

Quem desenvolve as reuniões são as pessoas que já passaram por tratamento e estão fazendo trabalho voluntário e tem apoio de uma psicóloga que vai uma vez por semana.

Eu particularmente tive a sensação que as pessoas estão sendo punidas pelos seus atos, pagam o tratamento, doam alimentos e tem o mínimo de conforto e assistência especializada. Percebo também o que dificulta é que o local de tratamento para alcoolista está em construção e os 40 internos estão ajudando na construção, no momento percebo que o espaço físico, não está adequado para o convênio com a prefeitura, segundo informações o trabalho desenvolvido tem obtido resultado e bastante aceitação e apoio das comunidades. (05/07/2010)

Relato minhas impressões a respeito da IV Conferência Nacional.

Verde relata suas impressões sobre a clínica para dependentes químicos visitada.

Vermelha coloca também suas impressões questionando a estrutura física e a falta de condições sanitárias. Azul traz as suas também e relativiza trazendo a possibilidade de mesmo, sem condições, esse dispositivo trazer melhores resultados que a de São José dos Campos.

A partir daí a equipe discute a proposta a ser realizada em Paraisópolis para a dependência química. Debate-se o modelo/estrutura do serviço e conclui que o Centro de Cultura Convivência parece ser adequado.

Coloco-me a disposição para escrever o ofício sugerindo outro modelo, bem como apresentá-lo ao gestor de saúde. (06/07/2010)

Aproveito a oportunidade de ter encerrado minhas atividades mais cedo para colocar aqui as minhas impressões, sugestões e algumas convicções pós- conferência.

A primeira constatação é a de que o Brasil caminha realmente para uma proposta comunitária e não manicomial para a saúde mental e nesse sentido as propostas constituídas aqui em Paraisópolis estão afinadas e de acordo.

Tenho, inclusive, a sensação de estarmos à frente em alguns aspectos, confesso que isso me deixou mais convicto do que acredito, para o serviço, como mais adequado.

A segunda é de que a muito por fazer, construir, discutir e ouvir de outros atores, e estar sensível a outros olhares de outros setores, se quiser uma Saúde Mental mais efetiva. Nesse sentido percebo que os profissionais necessitam se interar mais do que realmente está sendo feito em termos de políticas públicas nesses pais. Por outro lado, admito que precise tomar cuidado com a minha irritação, pois nem todos têm ou tiveram o privilégio que eu tive em conhecer e/ou entrar em contato com pessoas que me esclareceram se bem que eu sinto muitos trabalhadores “acomodados” e baseando-se novamente em seus próprios preconceitos para lidar com o setor.

E a vida tem me ensinado que o primeiro e mais importante passo rumo ao aprendizado do novo é ter a postura de humildade e de escuta atenta.

A terceira é que em Paraisópolis é necessário mais investimento na Atenção Primária, na prevenção e na promoção da Saúde.

Nesse sentido ainda não me sinto estimulado a buscar a implantação de um CAPS para nossa rede de cuidados. Por outro lado é preciso buscar ações para atendimento á crise, ações no território e a implantação de um centro de convivência.

Hoje a meu ver, um dispositivo extremamente adequado ao nosso perfil.

A quarta e a última constatação é que essa equipe tem muito potencial para realizar um grande trabalho.

Entretanto a subjetividade da cada um, a dificuldade em se expor e de não levar as divergências para o lado pessoal atrasam o seu crescimento.

De minha parte confesso que é preciso cuidado com a minha intolerância/incomodo com algumas posturas que me parecem “picuinhas” e/ou menores em relação ao objetivo maior que temos a cumprir.

Até porque tenho a convicção de que esse grupo deve caminhar na direção que escolher, de forma autônoma e não necessariamente de acordo com o que eu acredito.

Não há porque seguir somente uma pessoa, pois isso seria vaidade. E vaidade cega!

Saliento que não há como escrever/descrever a experiência de vida que é participar de uma Conferência Nacional. Apreendi muito, graças a Deus! (09/07/2010)

Ontem fui visitar o serviço de Saúde Mental em Santa Rita Do Sapucaí junto com a Azul e a Vermelha.

Entre outras percepções importantes e esclarecedoras a respeito da dinâmica do serviço e sua adequação a nossa realidade gostaria de salientar a diferença explicita de perfil do paciente entre o CAPS e o CECCO.

Considerando o que vi tornou mais claro para mim de que o CECCO por conta do nosso perfil epidemiológico é mais coerente para nós.

A coordenadora do serviço deixou clara a facilidade de implantação por conta da vivência na atenção primária, leia-se ESF, sendo assim acho fundamental outras ações efetivas de equipe no PSFs. Matriciamento é fazer junto, não é supervisionar, é esclarecer. (02/09/2010)

Na última quarta feira, fomos visitar o Serviço de Santa Rita CAPS e Centro de Convivência. O nosso objetivo era conhecer mais um pouco do Centro de Convivência, para implantação do nosso. Ao conversar com a coordenadora, percebemos que primeiro as coisas acontecem, e depois vão se orientando projetos. O Centro de Santa Rita existe com recursos do CRAS e ajuda da comunidade.

É aberto á toda população. Oferecem varias atividades, e trabalham muito com projetos.

O serviço atua juntamente com os PSF e as oficinas acontecem nas comunidades. O Centro não faz nenhum tipo de abordagem terapêutica, os que são necessários são encaminhados ao serviço de referencia.

A visita foi importante para percebemos a nossa necessidade de estar atuando junto com os PSF, e criando oficinas dentro dos territórios. (08/09/2010)

No último dia de matriciamento do PSF 3, a enfermagem foi avisada que a médica e a enfermeira não estariam na unidade e haviam dispensado os pacientes.

A convite do Aidê fomos então até o PSF para ver o que encontrávamos.

Encontramos algumas ACS na unidade e iniciamos uma conversa descontraída mais muito produtiva sobre o matriciamento e trabalho em equipe.

Falamos sobre as dificuldades e angustia dos ACSs em não terem autonomia e não saberem se posicionar perante a equipe. Percebi que entendem o matriciamento, mas sentem falta da continuidade dos casos, o que foi chamado pelo Aidê de segunda etapa, o que percebo é que isso não vem acontecendo por falta de interesse dos muitos envolvidos. Falamos sobre o que é nosso trabalho em equipe como as coisas funcionam como damos continuidade aos nossos casos. Abordamos a questão do “meu” paciente, para nós esse paciente é de toda equipe. Essa é a diferença da experiência que tenho como ACS do PSF rural e agora como ACS da Saúde Mental. Também percebi que quanto mais falávamos mais percebia a falta de segurança e autonomia. Existem vários tipos de barreiras que precisam ser quebrados para que o matriciamento realmente aconteça, percebi que da parte dos ACS essa vontade é clara, mais ainda estão perdidos, pois não tem apoio do restante da equipe... Eu não diria apoiar, diria abertura para o dialogo e confiança. Acho que precisa-se acabar com a historia do “euquipe”. (09/09/2010)

Na semana passada, eu e o Aidê, fomos no PSF 2, realizar o matriciamento. Percebi como é importante o trabalho conjunto, ter um espaço para esclarecer nossas dúvidas, repensar nossas atitudes e construir juntos.

Houve a participação dos ACSs que acompanham os pacientes. Nas pós- consultas percebi que os pacientes se sentiram valorizados ao falar do atendimento médico, e agradecido pela, a nossa atuação. A reunião posterior foi muito espontânea, todos fizeram suas pontuações, ouvindo os pacientes, e os, colegas presentes.

Na discussão dos casos, também teve o envolvimento de todos, ACSs (todos que sentiram necessidades de participar), médicos e corpo de enfermagem. E ainda tivemos oportunidades de conversar sobre um caso que foi encaminhado pela coordenadora, esclarecendo que

matriciamento, é a ação conjunta dos profissionais, e alguns critérios adotados na saúde mental, a necessidade de atendimento em rede PSF- PS e Saúde Mental. (14/09/2010)

3. Dificuldades de relacionamentos, angústias ou alegrias pessoais

Sou um usuário em tratamento, confesso que até ontem nunca tinha relacionado este termo com a minha pessoa, (olha que usei muita droga), mais tinha me esquecido disso, porque talvez de certa forma tenha ou tinha preconceito, com relação ao que o pessoal de fora olharia para mim, hoje trabalhando num serviço de saúde mental, às vezes tendo que conversar com um paciente sobre droga, confesso que fico meio inseguro, porque acho que é como se estivesse falando para mim mesmo, chego às vezes a pensar que sou diferente dos que usam, por estar na saúde mental, mas com isso tudo acontecendo, “o querer ajudar” acaba sendo mais forte

Que bom, aí percebo que também sou um deles mais em tratamento. Falo assim porque sabemos que tem muitos que não quer, não tem condições, sei lá porque, não se tratam. É muito satisfatório ser assistido, por todos, que penso que olham diferente pra mim. Estão sendo fortificantes estas vivências. (04/02/2010)

Estou relatando nesse dia de hoje a minha insatisfação com o colega de trabalho Verde, além de ser grosso e mal educado, folgado (espaçoso). Tem atrapalhado a dinâmica do trabalho nessas férias da Cinza. Foi combinado na reunião administrativa que a recepção seria dividida entre os profissionais, principalmente nós dois (ACS), pois temos tempo de fazer nossas atividades. Porém com seus atrasos isso não acontece, socorri seus erros até essa semana e não agüentei mais. Na 4ª feira quando cheguei ao serviço as 08h00min fui questionada pelas outras colegas se não abriria o serviço, respondi que não, pois não era meu dia de fazer essa função e eu tinha também minhas visitas a meus pacientes. Isso fez com que Vermelha abrisse o serviço e esperasse o colega chegar. Após minhas visitas, voltei ao serviço pra chamar Vermelha para uma próxima visita. Foi quando ele me disse que sairia, pois tinha uma visita, sugeri pra Marrom ficar enquanto estivesse fora. Ele retrucou dizendo: “Então vou deixar a recepção sozinha e quando eu voltar à gente conversa”. Vermelha não podia ir à visita que precisava ir comigo, fui sozinha e ela ficou na recepção. O caso é que não marco visitas nos dias em que sei que a recepção é minha responsabilidade, e outra suas visitas não eram emergência. (...). Não sei se escrevi tudo que precisava ou se até escrevi demais, mas fiz isso porque não sou acostumada a trabalhar dessa maneira, o que é de minha responsabilidade faço o máximo pra cumprir, respeito o colega e só exijo isso, o mínimo de respeito e estou aberta pra qualquer discussão a respeito do que aqui escrevi. Sem mais para o momento. (12/02/10)

Hoje fiquei muito incomodado com uma diretora escolar.

A mesma chegou atrasada e mesmo assim solicitou que conversássemos sobre uma funcionária dela (nossa paciente). Apesar da recepção já tê-la avisado da dinâmica do ambulatório, esta insistiu na sala de espera e ainda “acusou” de não estarmos sendo caridosos. Ou seja, respeitar o horário dos outros e procurar atender os pacientes sem deixá-los expostos a longas filas de espera, virou falta de caridade. Pois é por isso que procuro resolver estas questões em outro dia. Acho um absurdo que os pacientes fiquem aguardando

enquanto o serviço público resolve outras questões. Cadê o respeito ao horário dele? (25/02/2010)

Hoje completo quatro anos de prestação de serviços nesta equipe/grupo de serviço saúde mental. Considerando desafios a que me propus e os percalços do caminho feito, neste processo, descobri que preciso de “um período de férias”. Estou me percebendo cansada fisicamente com quanto o entusiasmo e a vontade de me acertar no meu envolvimento com a causa “Saúde Mental” continue inabalável.

Amo atender... Penso contribuir, usando das ferramentas de trabalho que amalei no longo destes 23 anos de profissão, para amenizar o “sofrimento psíquico” daqueles que nos procuram, mas é inevitável o “confronto” diário com nossas limitações, no nível pessoal, e de formação inclusive, considerando no contexto no qual estamos atuando na saúde pública. Às vezes me sinto ET na equipe, mas essa sensação confesso, logo passa... É fugidia, mas aponta sobremaneira que muito temos que trabalhar em nós mesmos para nos adequar as expectativas da equipe; as necessidades do serviço de saúde mental local e demanda dos usuários. Por outro lado, independentes do período de férias solicitados me comprometo (e renovo o compromisso) a atuar na organização da conferência municipal de saúde mental. Espero estar incluída nos momentos de decisão, á exemplo, de minha condição na Comissão Organizadora da mesma conferência em nível regional, o que já vem acontecendo desde novembro de 2009. (09/03/2010)

Venho ao Dom Queixote registrar que estou aborrecida com a Bronzeada que insiste em me “dar bronca” em altos brados na frente dos pacientes, sendo que na última vez solicitei insistentemente que falássemos sobre o assunto outra hora e a mesma falava mais alto ainda o que queria dizer. Depois do ocorrido fui a sua sala perguntar por que estava fazendo isso e a mesma me respondeu que era pra eu aprender e ver se é bom quando eu entro na sala dela e digo coisas do tipo: “O Dindin veio tomar remédio”, “O Hélinho veio tomar injeção”. Dando ordens! Expliquei então que como o prontuário do Dindin não é colocado na porta, por orientação dela mesma, eu me vejo na obrigação de avisar, e que se o Hélinho está aguardando a injeção, um aviso não é uma ordem, porque ordem eu não dou nem para quem trabalhava para mim, penso que terei que permanecer muda para não incomodá-la e deixar os pacientes por longos períodos na sala de espera. (23/03/2010)

Em resposta ao que aconteceu entra Cinza e eu, talvez possa ser um mal entendido, também estou ficando cansada com a colega dizendo o que devo fazer, sempre que traz um prontuário diz: Bronzeada, Fulano veio tomar remédio; Sicrano veio tomar injeção, Beltrano quer receita. É como se o paciente já tivesse sido atendido na recepção. Aqui nesta instituição quem pode me dizer o que fazer é só o médico e mesmo assim não fica me lembrando de minhas obrigações o tempo todo, para isso eu fiz um juramento. O que aconteceu na recepção foi que eu apenas lhe mostrei um envelope e lhe disse que era semelhante a outro, e assim não era preciso fazer um “auê”, é muito trovão para pouca chuva. Quanto aos pacientes ficarem na sala de espera eu pergunto: Quando a outra técnica estava de férias, como ficava o paciente? Já que havia apenas uma pessoa para atender. (23/03/2010)

Hoje fiquei muito insatisfeito com alguém da equipe, por ter autorizado a entrada do esposo da paciente que freqüentava o grupo de dependente químico, deixando assim todo mundo constrangido com a interrupção cortando todo o clima dos depoimentos, o pior é que essa pessoa que apareceu era justamente quem a paciente temia, pois sofreria retaliações em casa, com sua agressividade, ele entrou na sala bem na hora em que a mesma falava dele. O grupo todo ficou muito assustado, tememos que pudesse a vir atrapalhar o andamento do grupo.

Vamos ter mais cuidado pessoal, pois o grupo não deixa de ser um atendimento, gostaria muito que a equipe conversasse mais á respeito, uns com os outros, para uma conduta coerente. Achei uma falta de respeito este fato, temo que algo parecido volte a acontecer principalmente agora na falta da Roxa. (25/03/2010)

Não conseguimos discutir outro caso por falta de objetividade. Minha impressão é que falta estabelecer prioridades. Há casos que poderiam ser resolvidos durante a semana. Outros que poderiam ser resolvidos individualmente, ou sem a necessidade da reunião. Em minha opinião casos a serem discutidos deveriam ser avaliados conforme risco efetivo ao paciente ou possibilidade de capacitar a equipe. Não gostei, portanto, da reunião hoje. (30/03/2010)

Bem, hoje foi meu primeiro dia de atendimento do grupo com a observadora Bronzeada no grupo de dependente químico.

Só veio um paciente...! Será que foi por causa da oficina anterior ou isso é da patologia? Mas percebi que o paciente que veio falou pouco, será que era por estar só ele, ou por receio de chegar alguém, até mesmo do grupo e cortar sua fala?

Bem mais interessante é que o paciente que veio está firme no seu propósito, disse confiar nele, e também no serviço que é seu alicerce, (sic). (08/04/2010)

Quero aproveitar este momento para agradecer a todos da equipe pelo empenho e dedicação prestada á Conferência que realizamos na última sexta, dia 10, e para dizer que estou muito contente em estar na coordenação de uma equipe tão bacana. Quero que todos também me pontuem quando estiver inadequada ou fazendo algo que não agrada ou não contribui para o nosso trabalho de equipe, trago isso, pois ultimamente ando muito cheia de coisas para fazer, estou quase enlouquecendo com os preparativos para o meu casamento e às vezes acabo deixando passar alguma coisa ou algum fato. Ando muito cansada e aérea! Ninguém merece uma coordenadora assim!(12/04/2010)

Como nunca escrevi no Dom Queixote, quero iniciar falando das coisas boas, primeiro quero parabenizar a todos pela organização da Conferência Microrregional.

Também concordo com Vermelha, é muito bom trabalhar em equipe, seja para resolver os problemas do dia-dia, dividir as frustrações e comemorar as conquistas. Por exemplo, na semana passada, todos se preocuparam e se dedicaram a Conferência, além de fazerem suas atividades. Particularmente gostei muito do evento, principalmente da participação dos usuários, cheguei a ficar emocionada com os relatos, de fato, tudo é por eles são que razão de estarmos aqui! (15/04/2010)

Hoje tive explicitamente um exemplo de como essa equipe, às vezes, perde objetividade nas ações e a meu ver, deixa claro sua resistência e/ou dificuldade em relação às mudanças.

Durante a nossa reunião, ao tentar esclarecer e sugerir os encaminhamentos para o acolhimento fiz a seguinte colocação.

“Se o usuário/paciente falar em receita ou remédio na recepção encaminha-se a enfermagem. Se for outra coisa vai para o acolhedor”.

Esta sugestão me parece simples, direta e óbvia. Além disso, atende uma dificuldade que percebo estar ocorrendo na recepção, como também facilita o dia-dia da equipe.

Porém, após essa fala, debatemos mais 20 minutos para chegar nesse mesmo ponto.

Até aí, ainda tudo bem já que considero necessário respeitar o tempo do outro.

Entretanto a situação que assisti posteriormente mostra as dificuldades e falta de objetividade.

Para tanto exemplifico no diálogo abaixo entre a Bronzeada e a Cinza.

_ O Bosco tá na recepção pedindo remédio...

_ Mas eu entreguei o remédio dele ontem

_ Mas o que eu faço?

_ Fala isso pra ele.

Nesse instante Cinza volta à recepção e conversa com o paciente.

Passam alguns minutos volta Cinza com o prontuário e conversa novamente com Bronzeada:

- Bronzeada ele tá falando que vocês só deram 04 comp. pra ele. Não entendeu direito. Tá aqui o prontuário.

Demora mais alguns minutos e Bronzeada vai falar com o paciente. Cabe salientar que houve certa tensão no ar enquanto se resolvia a situação. O paciente ficou por muito mais tempo na sala de espera... Muito mais do que precisava.

Considerando o que falei na reunião essa situação poderia ser encaminhada em duas falas,

- Bronzeada, o Bosco está com dificuldade com remédio. E está na sala de espera e aqui está o prontuário.

- Tudo bem... Diga a ele que já vou atendê-lo.

Por último e só pra reforçar, quero ressaltar que o paciente é psicótico crônico, ou seja, qualquer tensão a mais no vínculo pode trazer consequências.

Enfim, gostaria de dizer que em minha opinião as situações devem ser resolvidas o mais objetivamente possível. E melhor pra todo mundo e menos desgastante. (20/04/2010)

Hoje fiquei sensibilizado com um acolhimento que fiz, não consegui passar o mesmo para o prontuário do paciente. Confesso que quase chorei junto dele, minha vontade foi de abraçá-lo e dizer: “Fique tranquilo, vou te ajudar”. Mas minha força não foi o suficiente, pois não consegui nem me concentrar e colocar no papel, e ao mesmo tempo pensei em pedir uma orientação, para quem me acolheu (Aidê) quando estive assim, e mais uma vez fiquei satisfeito com a orientação, porque estou aprendendo trabalhando nessa equipe, podemos sim oferecer um “abraço” e uma “fala acolhedora”. (26/04/2010)

Bem fiquei muito satisfeito com uma ocorrência, sobre um paciente adicto muito debilitado, depois de colocar para ele o protocolo do serviço, fiquei aguardando o movimento do mesmo para continuar o tratamento, percebi que nos procurou duas vezes para desabafar (segundo ele) sobre as recaídas, ouvimos e aguardamo-lo para o grupo de dependente químico de hoje.

O grupo aconteceu naturalmente como eu havia pensado, mas o paciente não compareceu, sai do grupo pensando como poderia ajudá-lo, já que o mesmo havia me sensibilizado no acolhimento, fechei o serviço e ao sair na porta encontrei com o mesmo, alcoolizado e que (segundo ele), já havia usado outras coisas, mas não se esqueceu do grupo, só não conseguiu chegar a tempo, perguntou se era possível eu acompanhá-lo até o P.S. Imediatamente, nem pensei na importância da minha aula, mesmo não podendo faltar neste dia, aquele pedido de ajuda, supriu, a meu ver, era mais importante e me fortaleceu ainda mais. Consegui acompanhar o paciente no P.S, esperei os procedimentos do local, um tempo para o paciente se acalmar, e ainda consegui chegar para a aula mais capacitado pela minha escolha de vida. (29/04/2010)

De volta aos atendimentos e a dinâmica da equipe... Aflita, porém com o desafio de trabalho junto aos outros serviços, começando pelo posto de saúde (PACS) com expectativas de fomentar o terreno para a constituição de um grupo com os profissionais de lá... Meu Deus o que encontrarei por lá? Como receberão a proposta?

Penso que a posição do meu lado deve ser aquela na qual possa me abster de compensação pré-estabelecida sobre o serviço e profissionais envolvidos e em segundo lugar procurar escutar o que tem a dizer

É isto colegas?

Por outro lado, penso que estarei trazendo algo novo para o meu momento profissional e preciso disto para me motivar. (04/05/2010)

Hoje fiquei muito satisfeito com minha primeira atuação de palhaço como conclusão de curso, rrsrrss!

Confesso que tive medo de não conseguir animá-los. Mas quando vi aquelas criancinhas todas na expectativa do show de palhaço, incorporei o Serafim, (meu nome artístico) e a cada gargalhada vinda deles me ensinou um movimento diferente, podendo animar ainda mais aquele espetáculo. É difícil colocar em palavras o que senti..., e agora ainda mais difícil de deixar de ser palhaço... Obrigado, "Loucos pela alegria"! (19/05/10)

Percebo a resistência de alguns membros da equipe, e não sei por quê... Uma falta de respeito com o outro, estou começando a pensar se chamo de equipe ou de colegas de trabalho, pois mais uma vez eu e Roxa tivemos aborrecimento no grupo de dependente químico, não com o adicto, mas com alguns colegas de trabalho.

Não entendo muito, mas posso dizer que falta bom censo, falei com Azul que poderia ocorrer algum atraso da parte deles, para o grupo tudo bem.

Fui falar com Marrom e Laranja e disseram que não abririam a porta, após o serviço fechado. (...) Precisei interromper o grupo, após o interfone tocar três vezes, quando desci para abrir a porta às 16h43min, para ser mais preciso, encontrei Laranja, Marrom e Bronzeada na unidade, quando perguntei: Porque não abriram a porta? Ouvi que não abriram porque o serviço funciona até as 16h30min.

Fiquei arrasado, meu desempenho no grupo não foi legal, perdi o fio da meada, sendo que pensamos juntos na demanda do grupo, facilitando por muitos serem trabalhadores da fábrica até as 16h18min, adequamos a este horário para eles, talvez até por ter sido por isto, ninguém aqui ter conseguido montar um grupo funcional para esta demanda, sei que muitos

devem estar me condenando agora, mas vou continuar falando com o “Dom Queixote”, pois também sou um adicto em tratamento, além do desrespeito profissional, também sou paciente, também necessito de ouvi-los partilhar.

Às vezes acho que o serviço de saúde mental tem dois jeitos de funcionar: Um quando o médico está por perto porque tudo é certinho, vamos fazer assim você tem razão, enfim a equipe toda concorda. E o outro lado é o “cada um por si”, eu o tempo todo que passo aqui na saúde mental procuro funcionar quanto equipe, presto muita atenção sim ao que o Aidê fala porque quero aprender. Estas situações estão se tornando “broxantes” para mim. Estou aqui no “Dom Queixote” ou em qualquer sala do serviço aberto ao diálogo, mas sem armas tá! Pois o que está em foco é o profissional e não o pessoal. (20/05/2010)

Em resposta a queixa de Verde se existe falta de respeito no trabalho só se for por parte dele, realmente disse que não abriria a porta do serviço após às 16h30min, pois se o grupo começa neste horário, não ouvi em nenhuma reunião clinica ou administrativa que haveria 15 minutos de tolerância para o grupo e também Verde não usa da menor educação para pedir a nós que estamos aqui embaixo fiquemos de guarda na porta.

Ainda mais depois que Marrom sem saber deixou um individuo que não fazia parte do grupo subir e com isso foi usada para dizerem que houve um desinteresse muito grande dos participantes do grupo (usuários de serviço) por conta disso, o que particularmente não acho que seja verdade.

Aproveitando deixo relatado aqui à frustração que percebi em Bronzeada quando substituiu a Roxa em suas férias, foi deixada como “um zero a esquerda” por Verde, quanto ao problema da entrada para o grupo peço que seja discutido em reunião para que as coisas sejam feitas as claras e com testemunhas já que não temos confiança de acreditar no que as pessoas dizem particularmente e depois não assumirem.

E ainda aponto que enquanto não se decida essa questão eu não abrirei a porta a ninguém depois das 16h30min. Quem não estiver satisfeito que peça mudança no protocolo do serviço, que alias não vi nenhum ser criado a respeito deste assunto.

Até agora pra mim é como se esse grupo não fosse da equipe e sim de apenas dois profissionais do serviço.

Aberta ao dialogo tanto em equipe quanto individualmente, pois o meu comportamento é o mesmo perante qualquer um, diferente de pessoas que conseguem ser duas pessoas nas diferentes situações. (20/05/2010)

Estou preocupada com a maneira que às vezes nós profissionais nos posicionamos, penso que não estou aqui para cobrar, ou resolver as nossas questões sozinha, e sim trabalharmos juntos. Estou aberta para ouvir as pessoas e sempre digo que devemos expor nossas dificuldades para equipe, como equipe que somos, temos que resolver nossas dificuldades juntos. Percebo que esta semana esta pesada pra todos, devido à comemoração da Luta Antimanicomial.

Quanto ao fato ocorrido na quinta-feira, ouvi a solicitação do Verde dos 15 minutos de tolerância aos participantes do grupo. Informei aos profissionais que estavam na casa, Laranja, Marrom e Bronzeada, todas me lembraram do fato ocorrido por ter deixado uma pessoa subir após as 16h30min, trazendo aborrecimento ao grupo, então combinamos de

discutir em equipe um procedimento que não prejudique o grupo e nenhum dos profissionais. (24/05/2010)

Meus parceiros!

Há 03 anos estava, eu no meu terceiro ano de Serviço na Equipe de Saúde Mental (funcionava no posto de saúde) os colegas avaliando minha atuação na Equipe apontaram para mim (apropriadamente, eu sei) algumas particularidades e desastres de minha rotina de trabalho. Eu fiquei hiper mal constatei as extensões das conseqüências de minha dificuldade de organização interna projetada e manifestada no resultado negativo observado em tarefas simples com a organização dos prontuários e limitação minha em me adequar melhor à equipe.

Na reunião de hoje, a colega Laranja trabalhando direto com a tal lista de espera da psicologia e com os prontuários, pontuou para mim que muitas das dificuldades que temos constatado referem-se à duplicidade dos nomes na lista, e recidivas na comunicação com paciente advêm do fato de que eu não tenho feito sistematicamente as evoluções... Talvez daqueles que não se apresentaram na sessão para a qual os convoquei certa de que os casos atendidos são sim evoluídos, me defendi, porém não podendo fazer o mesmo e com a mesma convicção em relação aos casos que faltam as sessões, só me restou a “humildade” da auto reflexão, mesmo que num primeiro na defensiva e de forma constrangida ou deslocada. Tudo é crescimento, pondero hoje. (01/06/2010)

No mês de maio, mês de férias da Vermelha, foi uma experiência boa para mim, primeiro, pois pude superar o medo de enfrentar as situações sozinha. Sozinha em partes, pois contei com o apoio de toda a equipe. Tivemos um grande evento (Semana da Luta Antimanicomial), fiquei muito surpresa, todos nós trabalhamos com muita vontade, também percebi dificuldade de alguns profissionais de se envolver mais com a equipe.

A secretária que também é nossa recepcionista demonstrou muita dificuldade, devido seu deslocamento da recepção, tem medo receio de deixar o ambiente sozinho, e não tem bem definido sua função na saúde mental, em uma das nossas conversas solicitou a volta do computador e o arquivo perto da sua mesa, para que possa contribuir mais com o trabalho da equipe.

A Bronzeada tem se queixado muito, está sem paciência para resolver algumas questões com os colegas, diz que todos os dias têm dificuldade em relação aos encaminhamentos da recepção para a enfermagem. Também tenho presenciado algumas conversas desagradáveis e em tons ásperos uns com os outros, principalmente Bronze e Cinza. Verde demonstra muita boa vontade e disposição em ajudar, tem contribuído bastante e apoiado as famílias nas internações e encaminhamentos ao P.S, na oficina de auto-estima apresentou habilidade com os cuidados de higiene do paciente. (...) (14/06/10)

Hoje fiquei extremamente chateada e indignada de saber que por “medo” perdemos a doação de retalhos para a oficina. Neste momento questiono o bom senso não existe? E a boa vontade? Desculpe a forma direta de escrever, porém só quem lida com as dificuldades de se conseguir material, doação, dinheiro para melhorar os atendimentos nas oficinas e que sabe o quanto isso é significativo. (05/07/2010)

Que estranho! Fui ler o “Dom Queixote” e percebi que a reunião foi administrativa! Não era só nas reuniões clínicas que eu e a Marrom ficaríamos de fora? Ou será que eu devo comparecer quando alguém da equipe quer apontar meus erros diante de todos? (08/07/2010)

Hoje vim até o “Dom Queixote” achando que teria alguma informação/ impressão sobre a festa. Acho que esses momentos de socialização são muito importantes para perceber os pacientes, a dinâmica da equipe e sua capacidade de funcionamento conjunto. Dai, também considero imprescindível que as impressões das pessoas sejam compartilhadas. (16/07/10)

Pessoal, parceiros de trabalho. Hoje venho ao Dom Queixote para dividir com vocês minha “inquietação”. Tenho observado alto índice de abstenção nos atendimentos agendados comigo. Tenho procurado alternar quinzenalmente, atendido em grupo voltado às mulheres jovens e adolescentes... Atendimento individual voltado aos homens independentes de patologias, sintomas, enfim, voltado ao sujeito que sofre. Nas datas preservados a esse “nicho” tendo na medida do possível, oferecer em um ou outro horário vago o atendimento individual para aqueles pacientes dos grupos que no caminhar dos processos, terminam demandando por momentos de atendimento individual...

Têm sido freqüentes os pedidos para que eu volte a oferecer atendimento individual por partes dos pacientes em trabalho grupal.

Confesso que endureci no meu posicionamento que privilegia o atendimento grupal em detrimento do atendimento individual, mas as “ausências em sessão” tem me forçado a rever o meu fazer e levantar questionamento, sobre inclusive minha “adequacidade técnica”. Angustio-me com esta.

Às vezes eu me pergunto se eu saberia mesmo... Trabalhar. Estar-se-ia desrespeitando o que seria essencial no trabalho e atendimento dos usuários, a escuta do seu sofrimento;

O proporcionar oportunidades de “giro” na sua posição sofrida alcançando-o da condição de objeto para sujeito do seu processo terapêutico e novas conquistas na vida e até mesmo na produção da sua doença...

Enfim, não estou contente com os resultados que venho observando nos pacientes a mim confiados... Mesmo aqueles que se foram em alta, retornam em algum tempo depois solicitando atendimento e o meu sentimento de “frustração”, tem se sobressaído ao sentimento de realização profissional, por outro lado, penso que preciso ouvir os colegas.

Enfim... É um desabafo... Mas também um pedido de avaliação. Preciso que os colegas de equipe se posicionem em relação o meu fazer e não apenas em relação à apresentação dos prontuários, dos agendamentos, etc. etc. etc... O que ouvem dos pacientes em relação a minha atuação. (09/08/2010)

Hoje eu é que estou desanimado com Azul.

Por duas vezes fui pedir uma informação e não obtive da mesma disse o que precisava, pelo contrário conversou com Bronzeada e decidiram que era caso para visitar.

Por até ser que estejam certas... mas para outra demanda.

O que perguntei foi: a fulana da Secretaria de Saúde me ligou perguntando se era possível o médico trocar a receita para a mesma já que um paciente havia levado para ela manipular o medicamento na quantidade de 30 comprimidos, mas a farmácia do SUS só fornece na

quantidade de 60, portanto autorizou um número menor de medicamento para o paciente não ficar sem. E só me perguntou se era possível o médico fazer uma receita de 60 comprimidos, pois a de 30 esta com ela. Perguntei para Azul para posterior informar fulana, mas pela segunda vez não fui atendido, então disse para Fulana que medicamento é só na enfermagem. (...). Agora pergunto para a equipe, esta visita é para a fulana que esta me pedindo uma informação ou para o paciente que já pegou o medicamento? É uma demanda do ACS ou da enfermagem? Devo fazer visita porque o paciente pegou remédio sem receita com a fulana, ou porque o paciente não esta aderindo ao grupo? Percebo falta de bom senso nessa atitude. (03/09/2010)

Penso que pequenas coisas têm incomodado a equipe, por falta de dialogo ou paciência em ouvir os colegas.

Esclareço que recebi sim as informações solicitadas pelo Verde e a Bronzeada.

Olhando o prontuário do paciente percebemos sim a necessidade de VD. Para nós o recado foi: precisa-se de uma receita para o paciente?

Questionamos: mais este paciente não esta vindo ao serviço, e solicitamos contato com o mesmo. Posteriormente fiz contato com a Fulana esclarecendo a situação da receita. Solicitou uma nova receita, pois primeira eram 30 comprimidos e na farmácia só tem caixa com 60 comprimidos e foi fornecido uma caixa.

Peço aos colegas que conversem mais sobre os fatos ao invés de passar o recado, passe a ligação para que não ocorra interpretação e maus entendimentos. (08/09/2010)

Hoje fiz uma “revisão” geral do dom Queixote. Reli algumas colocações, senti falta de outras e fiquei com a impressão de que há realmente uma grande dificuldade em expor situações, colocar-se sugestivamente, ou causar ruídos na equipe a partir da manifestação. Por outro lado, aqueles que o usaram e que tiveram a paciência de acompanhá-lo pode conhecer melhor o sentimento dos outros. Este é um dos motivos de tê-lo sugerido ao voltar para o serviço. Na época minha percepção era de que o grupo estava tenso e usando inadequadamente a famosa “ata’ das reuniões. Os relatos transformaram-se em acusações e obstáculos para o bom serviço.

Pelo menos com o diário institucional esse mito foi desconstruído. Porém, a minha percepção é que a equipe não aderiu totalmente à ferramenta e, portanto sugiro a coordenação que escolha a melhor forma de registrar as reuniões. (09/09/10)

Talvez essa seja a última vez que eu utilizo o diário para expressar questões internas minhas. Digo isso em função da minha sugestão em passar à coordenação a decisão de como registrar (ou não) as reuniões daqui pra frente.

Mas quero aqui e agora somente salientar minha satisfação de ter atendido uma demanda que me foi solicitada no particular, e por outro lado, conseguimos atende-la usando o serviço público.

Falo sobre o pedido do prefeito em relação aos cuidados com seu cunhado (portador de Down) e a evolução que a equipe deu ao caso. Foi feito visita domiciliar, acolhimento, busca ativa e será feito controle com visitas do ACS.

Se um serviço público consegue dar conta de uma demanda dessa natureza sem ser necessário utilizar-se de outros recursos ou critérios que não seja o técnico e sem haver

favorecimento e porque este serviço está obedecendo aos princípios doutrinários do SUS: Universalidade, Acessibilidade e Equidade.

Parabéns a todos nós! (15/09/2010)

Hoje decidimos refletir sobre o diário, a equipe resolveu mantê-lo, porém de forma mais livre e espontânea. Para mim o fundamental nessa discussão foi à necessidade de estarem atentas as mensagens não ditas no processo de trabalho. Nesse sentido acho que o diário contribuiu. Particularmente, acho que fortaleceu meu diálogo com a equipe, pois nele pude manifestar minhas angústias, e em alguns momentos, fazer algumas colocações que talvez numa reunião não fossem adequadas, ou mal interpretadas.

O exercício da escrita permite um distanciamento necessário, às vezes, para melhor assimilação e compreensão do sentimento envolvido. Portanto foi um prazer compartilhar alguns deles com a equipe... (27/09/2010)

Vermelha inicia o debate para a construção da avaliação do serviço, ou seja, da assembléia dos usuários. Sugiro que os facilitadores dos grupos de trabalho sejam os ACS voluntários da ESF, percebo serem mais adequados, a meu ver, com eles os usuários teriam mais facilidade de se abrir. Vermelha propõe também, possibilidade de fazer uma avaliação ampla de todos os setores. Concluímos que serão selecionados os 10 primeiros pacientes que chegarem a Unidade por dia e durante uma semana.

Estimulo a discussão do uso do diário no serviço, conversamos sobre pontos positivos e negativos da experiência. A equipe decide manter registro do diário livre e a cada semana um profissional, ficará responsável pelo relato (ata) da reunião. (27/09/2010)

Observação: Apesar da decisão da equipe, a partir daqui o diário transformou-se somente num caderno com os relatos das reuniões, ou seja, não houve mais nenhum relato pessoal de nenhum membro, o que talvez corrobore minha impressão sobre o dispositivo naquele momento.

4. Resposta do pesquisador ou da coordenação á demanda da equipe

Considerando o exposto acima e para evitar maior comprometimento do trabalho de equipe eu sugeriria uma conversa com ambos os ACS. Proponho-me a mediar essa conversa e sugiro a presença da Vermelha. (23/02/10)

Seguindo a proposta do Aidê de realizarmos uma conversa com os ACS, fiz o convite aos mesmos que concordaram sem nenhum problema. Aproveito para deixar que também concordo com a tentativa de evitarmos prejuízos para o serviço, é muito desagradável trabalharmos em um lugar em que os atritos vão aparecendo e sendo jogados para debaixo do tapete. Eu particularmente fico muito irritada quando percebo que num trabalho em equipe existem pessoas que tomam atitudes sem pensar-nos outros. Fico esperançosa que essa conversa consiga trazer melhorias para o serviço e principalmente para os atendimentos dos pacientes. A conversa agendada para terça-feira, dia 02/03/2010 as 10h00minhs. (24/02/2010)

Inicialmente fiz uma síntese de minhas impressões iniciais do serviço, após esse mês de observação, e sua funcionalidade. Por conta da Cinza e da Azul estarem de férias facilitou minha aproximação com Bronzeada, laranja e Verde. Conversamos sobre a efetivação da Vermelha como coordenadora e pontuei minha intenção de não assumir e/ou atrapalhar essa função. Elogiei a atitude de todos em manter as reuniões objetivas e resolutivas.

Esclareci minha proposta de atendimento conjunto com os colegas da ESF e reforcei outras atitudes da equipe que estimulariam esse matriciamento. Informei meu horário e tarefas a serem cumpridas semanalmente a partir de agora. Posteriormente conversamos sobre o acolhimento tentando melhorar a abordagem ao paciente. Ficou decidido que todos os pacientes serão encaminhados ao grupo de orientação.

Finalizando minha fala sugeri que fizéssemos um relatório mensal de todas as nossas atividades/produtividade atendendo a sugestão da gestora de implantarmos uma “gestão” á vista. Em seguida Roxa trouxe suas preocupações com relação a clínica onde estão internados nossos pacientes com dependência química. Pontuei meu movimento e providências atuais para adequação desse convênio. Salientei minha posição de não achar adequado estabelecermos vínculo com a Instituição sem um convênio oficial. Houve debates e discussões a respeito, ficando evidente a insatisfação da equipe com a tal clínica. (...) Discutimos sobre a postura de outros setores que dificultam o cuidado ao paciente, bem como uma dinâmica institucional mais adequada. Ficou evidente a necessidade de reuniões entre os coordenadores para agilização das propostas matriciais. (02/03/2010)

Fiquei muito satisfeito com a conversa que tive com Vermelha, Laranja e Aidê, posso dizer que sai mais capacitado da sala, admito que esteja completamente equivocado, quando digo que meu jeito de ser é este, apresentado à minha colega, que a fez ficar magoada. (...) Pretendo e vou me esforçar no máximo para estar cumprindo minhas obrigações e disposto a trabalhar em equipe. (02/03/2010)

A meu ver a dinâmica atual imposta à equipe, bem como as mudanças propostas são as responsáveis pelos conflitos que por horas se fazem presente. O serviço “saiu da zona de conforto” em que se encontrava e a “sujeira” que até então estava sob o tapete agora incomoda os olhos de todos. Particularmente considero que se tivermos paciência, profissionalismo e disposição ao crescimento apesar da momentânea angústia a equipe irá melhorar e muito seu ambiente de trabalho. Percebo as disputas de “micro-poderes”. Percebo o confronto dos temperamentos. Percebo o desgaste e fica claro nesse momento a imagem da parábola do porco espinho.

Até já me arrisco a adivinhar as frases que ouviremos muito nos próximos dias:

- Não adianta falar. Não resolve nada
- Mas ele (a) só tem discurso, na prática não é bem assim
- Você fala isso porque não está aqui o tempo todo

Enfim, para mim, todos estão querendo dizer: Não sabemos trabalhar juntos ou como fazer isso?”Em minha opinião, e como dica, sugiro conversar... conversar... conversar... tentar ouvir mais e falar menos. Sejam bem vindos à realidade de trabalhar em equipe, e não se preocupem... Também é divertido. (15/03/2010)

Realizo conjuntamente com Azul uma conversa com Verde e Cinza para reflexão quanto às queixas apresentadas pelos mesmos neste diário. Aproveitamos para pontuar a tentativa de diminuir as picuinhas e melhorar o trabalho em equipe. Precisamos mais do espaço da reunião administrativa para pontuar nossas insatisfações e nossas opiniões. Observo a necessidade de nos tornarmos mais solidários uns com os outros, respeitar a individualidade de cada um, pararmos de tomar conta do serviço dos outros e tentarmos desempenhar cada um sua função, de maneira mais adequada ao paciente e ao trabalho em equipe. Quero aproveitar para deixar escrito que desde que assumi a coordenação pretendo trabalhar em equipe e respeitarei todas as decisões que forem tomadas no momento da reunião, acredito que só assim conseguiremos fazer deste serviço um lugar prazeroso para se trabalhar. (17/03/2010)

O clima no serviço está bastante conturbado, pacientes em crise (abstinência alcoólica), mal atendidos pelo P.S e pela família, e outras situações que só demonstram a dificuldade da sociedade em lidar com o “louco”. Por outro lado também percebo a equipe tensa, às vezes angustiada por não ter uma resolutividades nas mãos. Tento passar a todos as necessidades do tempo necessário para as coisas se acomodarem. Acho perigosa essa cobrança interna exagerada em acertar/resolver tudo. É preciso calma, visão longitudinal do processo e serenidade em lidar com as “crises” (23/03/2010)

Parece-me óbvio que qualquer encaminhamento da equipe aos grupos deve passar primeiro pela autorização de quem o coordena. Portanto a questão a ser discutida é esta, bem como a privacidade desse atendimento. (29/03/2010)

Infelizmente nem todos os membros da equipe aderiram ao diário institucional. É evidente que as pessoas têm dificuldades em tornar público suas angustias, dúvidas e/ou necessidades. Apesar de não ser adequado ainda há preferência pela conversa de corredor, cafezinho, etc. A princípio não tenho nada contra esse movimento nos corredores, porém para mim é evidente que enquanto uma equipe-assistente preferir “tratar” suas angustias nos bastidores não conseguiremos trazer para cena principal dos serviços as implicações e “reais mobilizações” que movem os serviços.

Por outro lado fico muito satisfeito de perceber que pelo menos alguns dos nossos já estão nesse momento e publicando suas implicações. Não tenho dúvidas de que estes estão melhores (ou se sentindo melhores) no cotidiano dos serviços.

O trem-bala passa nos trilhos da vida para todos. Bem aventurados os que o pegarem nas estações... rrsrrss

Para finalizar cabe salientar que procuro respeitar essa decisão/resistência dos “escondidos”... Mas admito incomodo quando estes mesmos reclamam e se queixam das dificuldades do trabalho em equipe. Fica uma pergunta: Como melhorar o trabalho de equipe se as pessoas “escondem” suas angustias, ou pelo menos não as esclarecem? (03/05/2010)

Hoje matriciamos um dos PSF que tem problemas sérios no processo de trabalho por conta do perfil da enfermeira-coordenadora. Por suas características pessoais perante os funcionários tem comprometido todo o funcionamento da equipe. Conversei individualmente com o colega medico que deixou claro sua frustração.

Por conta disso eu me ofereci para mediar uma reunião onde pudéssemos discutir esse tipo de questão. Estou muito preocupado, pois acho que poderemos comprometer todo o sistema se esses problemas não tiverem o devido enfrentamento.

E em relação a nossa equipe em alguns movimentos pontuais também percebo a mesma dinâmica, ou seja, as características pessoais das pessoas comprometem o processo de trabalho como um todo. É obvio que em grande parte do tempo esse processo é inconsciente e não acredito em atitudes deliberadas para destruir o serviço, mas acho que as pessoas se esquecem que somos humanos e como humanos atuamos nos serviços. Às vezes complicamos situações relativamente simples do cotidiano. Ao oferecer o diário institucional tinha a pretensão de estar oferecendo uma ferramenta que facilitasse essa questão. Porém não tem sido usado. Paciência! Às vezes nos frustramos enquanto equipe, às vezes desrespeitamos as individualidades, às vezes colocamos o desejo individual acima do coletivo. Portanto sugiro sinal de alerta a cada um para não acontecer uma situação semelhante a esta equipe do PSF (antes citada). (19/05/2010)

Percebo que após esses meses de atuação e com a exposição pública alcançada, alguns, enfrentamentos serão necessários. Suponho que teremos dificuldade com a cultura assistencialista local, bem como a visão médico-centrada.

É fundamental que cada um de nós retome (dentro de si) a concepção que queremos para o serviço. Novas lutas virão e é preciso coragem e inteligência para lidar com elas.

É preciso cuidado com a burocratização excessiva, é preciso cuidado e bom senso com os protocolos, é preciso transparência nas divergências. (01/06/2010)

A presença do médico no serviço de saúde interfere em toda a dinâmica institucional.

Fica reforçado a cultura medico-centrica do usuário que ao vê-lo centraliza seu foco nesse profissional. Sendo assim, mesmo nosso serviço que tem buscado ir contra essa hegemonia, a meu ver, precisa preservar sua dinâmica.

Todos precisamos estar atentos a esse fenômeno para evitar, por exemplo, que o usuário esteja mais inquieto, ansioso exigente nas suas necessidades, imaginando que porque o médico está presente ele tem que ser atendido. O serviço deveria funcionar sempre com a mesma concepção de acolhimento havendo ou não um profissional médico presente. (18/06/2010)

Considerando o momento atual do serviço, algumas situações vivenciadas individualmente por membros da equipe com alguns pacientes (inclusive eu); refleti e cheguei à conclusão que precisamos avaliar melhor duas questões fundamentais:

1. A relação pessoal de cada um de nós com o serviço e os pacientes.
2. A impressão dos usuários sobre as propostas que estamos construindo.

Nesse sentido sugiro que conversemos mais detalhadamente sobre essas questões e para tanto sugiro a discussão de conceitos como transferência e contratransferência.

No frigir dos ovos, tenho a sensação de estarmos precisando avaliar vínculos (nossos e dos pacientes). (16/08/2010)

Conversamos hoje sobre um tema que acho fundamental para a eficácia do trabalho em equipe. Ou seja, a exposição, discussão elaboração das angustias de cada um. Conforme

combinado, em breve teremos uma discussão orientada pela Branca para abordar a questão da transferência e contratransferência. Estes termos estão diretamente relacionados ao que se discutiu hoje.

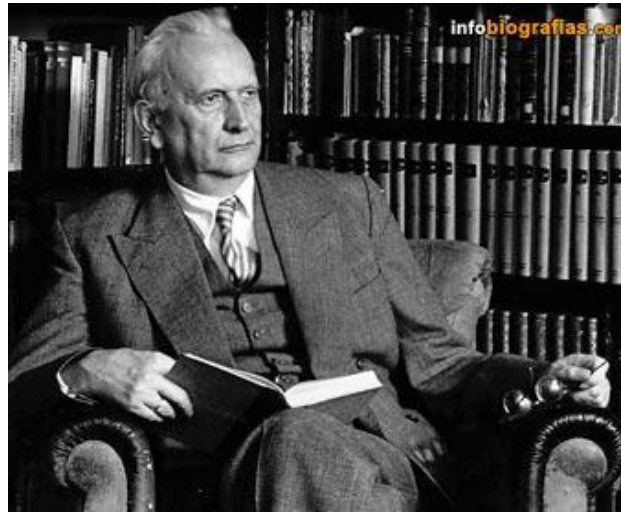
Na minha impressão há uma dificuldade na equipe em abordar isso, infelizmente, só será possível ajudar quem se dispor a postura de trazer a si mesmo, também para discussão.

Outro ponto que me pareceu bastante relevante foi à exposição da Azul a respeito das dificuldades, da sensação de sentir-se cobrada e da angústia e/ou sensação de incapacidade nos acolhimentos. Digo isso, porque a própria trajetória dela, a meu ver de enormes conquistas a partir dessa postura, nos indica qual o melhor caminho a seguirmos. Quem não se envolve não se desenvolve, portanto, quem não se dispõe não se expõe e não cresce. (24/08/2010)

Conversei hoje por telefone com a gestora 2 e iniciamos as ações para consolidação rede. Vamos procurar manter as estratégias explicitadas no projeto já disponibilizadas para todos. Por conta do momento particular de crescimento, reitero novamente a reflexão sobre a interferência da subjetividade de cada um de nós na prática diária no serviço. Nesse sentido, e mais uma vez deixo claro que procurei criar no serviço dispositivos, mecanismos e espaços para compartilhamento dessa dificuldade, mas sem haver mobilização do próprio profissional esses dispositivos não funcionarão.

Ou seja, sem exposição adequada não é possível um trabalho adequado nesse sentido. Cabe salientar o esforço da Branca com o texto e até agora não vi nenhuma manifestação da equipe. (08/08/10)

O referencial teórico adotado para prática clínica psiquiátrica



Sobre Karl Jaspers

A forte defesa da filosofia e da liberdade foi uma das marcas do pensamento de Karl Jaspers - um dos fundadores do existencialismo. Filho de uma família abastada, Karl Jaspers pensou primeiramente em seguir a carreira de seu pai, que era jurista. Matriculou-se na faculdade de direito, mas, em 1902, transferiu-se para o curso de medicina. Em 1909, já graduado em medicina, Jaspers começou a trabalhar no hospital psiquiátrico de Heidelberg. Insatisfeito com os procedimentos adotados para o tratamento dos doentes mentais passou a pesquisar novos rumos para a psiquiatria. Seus pontos de vista foram reunidos em 1913 no livro "Psicopatologia Geral", um compêndio que se tornou clássico no diagnóstico das doenças mentais. Nesse mesmo ano, Jaspers foi convidado para lecionar psicologia na Universidade de Heidelberg.

Em 1919, publicou um novo volume, chamado "Psicologia das Concepções de Mundo". Cada vez mais próximo dos estudos filosóficos, Jaspers passou a lecionar filosofia na Universidade de Heidelberg em 1922. Dez anos depois, lançou sua obra mais importante, "Filosofia", em três volumes, em que expõe suas principais teses filosóficas.

Nesse período, Jaspers foi professor da renomada filósofa Hanna Arendt, com quem manteve correspondência até o fim da vida. Com o avanço do nazismo, a atividade profissional de Jaspers viu-se ameaçada. Em 1937, foi afastado da universidade. No ano seguinte, veio à luz "Existência", talvez o principal dos escritos filosóficos de Jaspers. Em 1945, foi afastado, e por pouco escapou de ser mandado ao campo de concentração, por ser casado com uma judia. Jaspers transferiu-se para a Universidade da Basileia em 1948, onde passou a desenvolver seus estudos. O filósofo faleceu em 1969, na Suíça.

Jaspers é hoje reconhecido como um dos fundadores do existencialismo e um dos principais filósofos contemporâneos.

Obs.: este texto está disponível em <http://educacao.uol.com.br/biografias/karl-jaspers.jhtm>

Segundo Dalgalarondo (2000),

A Psicopatologia Geral, de Karl Jaspers, primeiramente editado em 1913, é, certamente, a obra maior da psicopatologia. É “o grande tratado”, cuja força primordial é ter laçado as bases metodológicas da disciplina: bases a um só tempo clinicamente rigorosas e filosoficamente muito embasadas. (prefácio)

Segue abaixo, um resumo da introdução desse compêndio, onde se explicita as principais diretrizes do pensamento do autor sobre o tema.

O autor inicia sua obra esclarecendo que em sua *“introdução se propõe a apresentar o espaço onde se move o conhecimento psicopatológico”*. Com relação à psiquiatria como profissão prática e a psicopatologia como ciência pontua que *“a prática da profissão psiquiátrica se ocupa sempre do indivíduo humano todo. É um indivíduo humano todo que o psiquiatra tem sob sua assistência, seus cuidados e tratamento ou que ele recebe para consultas”* (...). *“Não obstante, para satisfazer as exigências decorrentes dos casos particulares, o psiquiatra lança mão, como psicopatologista, de conceitos e princípios gerais. Na profissão é uma pessoa viva que compreende e atua. Para ele a ciência é apenas um dos meios de auxílio. Enquanto para o psicopatologista a ciência é um fim em si mesmo. Ele quer apenas conhecer e reconhecer, caracterizar e analisar, mas não o indivíduo e sim o homem”*.

“Seus limites consistem em jamais poder reduzir inteiramente o indivíduo humano a conceitos psicopatológicos”. (...) *“Quanto mais conceitualiza, quanto mais reconhece e caracteriza o típico, o que se acha de acordo com os princípios, tanto mais reconhece que, em todo indivíduo, se oculta algo que ele não pode conhecer”*. (...) *“Ressalta-se que, em muitos aspectos, a psicopatologia ainda não alcançou o nível de ciência. É a habilidade que então prevalece”*. (...) *“Mas também o domínio da psicopatologia se estende a todo fenômeno psíquico que se possa aprender em conceitos de significação constante e com possibilidades de comunicação”*. (...) *“De resto entre habilidade e ciência não há fronteiras definidas. Ao contrário, as fronteiras da ciência sempre mais invadem o terreno da habilidade. Mas com isso a habilidade não é suprimida. Adquire antes novos horizontes”*.

“O objeto da psicopatologia é o fenômeno psíquico realmente consciente. Queremos saber o que os homens vivenciam e como o fazem. Pretendemos conhecer a envergadura das realidades psíquicas. E não queremos investigar apenas as vivências humanas em si, mas também as condições, causas de que dependem os nexos em que se estruturam, as relações em que se encontram, e os modos em que, de alguma maneira, se exteriorizam objetivamente” (...) *“a psicologia e a psicopatologia não estão, em princípio separadas. Pertencem uma a outra e aprendem mutuamente uma com a outra. Não existem limites precisos entre ambas e muitas questões são tratadas igualmente por psicólogos como por psicopatologistas”*.

Em relação à psicopatologia e a medicina somática salienta o autor que *“corpo e alma formam uma unidade indissolúvel que se estende a todos os processos. Acham-se numa relação de troca recíproca muito mais penetrante na psicopatologia do que na psicologia normal”*. (...) *“Nossa tarefa científica não é construir uma sistemática nos moldes da neurologia acompanhada de uma constante preocupação com o cérebro – uma construção que sempre se tornou fantástica e superficial – mas*

desenvolver perspectivas visando a investigar questões e problemas, conceitos e contextos a partir dos próprios fenômenos psicopatológicos”. (...) “Nessa situação é compreensível que todo psicopatologista se veja forçado a fazer metodologia” (...) “Em segundo lugar, o estudo da filosofia, possui um valor positivo para a atitude humana do psicopatologista na prática e para clareza de seus motivos de conhecimento”.

O autor também ressalta alguns conceitos fundamentais: *“Nosso tema é o homem todo em sua enfermidade” (...) “Por isso a atitude científica fundamental é estar aberto para todas as possibilidades de investigação empírica. É resistir a toda tentativa de reduzir o homem, por dizê-lo assim, a um denominador comum” (...) “Como objeto da anatomia, farmacologia, patologia e terapia somática, o homem, para o médico, mal se distingue do animal. Em psicopatologia, ao contrário, o problema do homem está, pode-se dizer, permanentemente presente. O espírito e a alma atuam em todas as enfermidades psíquicas.”*

“Em todo caso, para a psicopatologia, é evidente que o objeto de todos os seus campos de investigação é sempre o homem como homem”. (...) “O que acontece no homem, produzido por doença mental, não se esgota com as categorias da investigação científica. O homem, como criador de obras do espírito, como crente religioso, como ser de ações morais transcende o que se possa saber e conhecer dele em pesquisas empíricas”. (...) “No entanto, não se pode compreender a vida psíquica simplesmente como consciência e a partir dela.” (...) “As representações teórica nunca podem ser verificadas em si mesmas, mas apenas em suas consequências”. (...) “Toda doença psíquica corresponde, em suas manifestações, ao nível psíquico do paciente”.

O autor faz um alerta com relação aos preconceitos e pressuposições, refere que nesse caso o psicopatologista *“necessita primeiro de se aprofundar tranquilamente nos fatos da vida psíquica sem tomar logo posição. Deve poder encontrar-se livremente com as pessoas com um interesse sem restrições nem julgamentos. Essa separação entre conhecer e valorar é, em princípio, fácil de se compreender. Na prática, porém, requer um grau tão elevado de autocritica e objetividade que está muito longe de ser natural”. (...) “Querer reduzir a vida psíquica a alguns axiomas universais e assim dominá-la em princípio é um falso propósito, por ser impossível. As ideias teóricas de que fazemos uso e que possuem uma semelhança formal com as teorias das ciências naturais não são senão tentativas (hipóteses) para fins de conhecimentos bem delimitados e não para o conhecimento da alma no seu todo”. (...) “Assim aprendemos a ver as realidades e, ao fazê-lo, saber que elas nunca são a realidade em si nem de forma alguma toda a realidade”. (...) “No entanto quanto à tendência de se traduzirem fenômenos psicológicos por processos somáticos, de natureza fantástica ou real, aplica-se com razão o que Janet diz: se se tiver de pensar sempre anatomicamente, deve-se renunciar a pensar alguma coisa quando se trata de psiquiatria”.*

“Impulsos irracionais e estados emotivos costumam também dominar mesmo quando o indivíduo procura fazer crer a si mesmo que age por razões conscientes e compreensíveis. O exagero na procura de nexos racionais, esta “psicologia intelectualista”, impede a compreensão correta do contexto da ação humana”.

“O diagnóstico é a última coisa na compreensão psiquiátrica de um caso (abstraindo-se dos conhecidos processos cerebrais); é o que há de menos essencial

no trabalho realmente psicopatológico. Transformado no principal, torna-se uma antecipação de algo que se acha no fim ideal da investigação. O importante são a análise e o fato de não se eliminar, para o conhecimento, o caos dos fenômenos por meio de um nome dado no diagnóstico". (...) "Em oposição aos preconceitos, devem-se manter a tarefa e o esforço de se conhecer a realidade da vida psíquica por todos os meios e de todos os lados".

"O pesquisador, porém, não se faz pesquisador pelo simples fato de ser intelecto, que, como um receptáculo vazio, recolheria de fora tudo que pudesse colher. Ao contrário, o pesquisador é um instrumento indispensável de conhecimento com toda sua vida. Deve haver nele pressuposições, sem as quais a investigação permaneceria estéril. Temos de esclarecer preconceitos a fim de nos libertarmos deles, enquanto as pressuposições necessárias têm de compreendê-las". (...)

"O que há de mais próprio no conhecimento do psicopatologista, advém do trato com as pessoas. O que, então, aprende, depende do modo com que ele se relaciona na respectiva situação e da maneira com que colabora terapeuticamente no processo de encontro, esclarecendo, ao mesmo tempo, a si mesmo e o outro. Não percebe indiferentemente como na leitura de um dado. Exerce uma compreensão perceptiva na visão da alma". (...) "A repercussão na própria alma do que acontece no outro, exige, então, do pesquisador que objetive pelo pensamento suas experiências. Comover-se ainda não é conhecer, mas apenas a fonte das intuições que trazem o material indispensável ao conhecimento. Frieza e empatia não devem se opor e sim completar uma a outra. Somente a observação fria não vê o essencial. Ambas numa ação recíproca é que podem conduzir ao conhecimento. O psicopatologista, que realmente percebe, é uma alma vibrante, que domina constantemente suas experiências, elaborando-as racionalmente".

Sobre a formação profissional esclarece o autor que "enquanto o estudante de medicina adquire formação preparatória para as outras especialidades na química, física, fisiologia, necessita, para a psicopatologia, de uma formação preparatória inteiramente diferente. Tal situação trouxe consigo que a psiquiatria feita por médicos que não possuem nenhuma formação nas ciências do espírito, não se encontra, como ciência, no mesmo nível de desenvolvimento. Destarte o jovem estudante de medicina empreende estudos psiquiátricos de forma mais ou menos casual e assim psiquiatras são, do ponto de vista científico, diletantes". (JASPERS, 1985 p. 11-68)

Observação: o primeiro contato com essa obra se deu no quinto ano de minha graduação em medicina. Na época, por três meses (set a nov/1986), morei num hospital psiquiátrico, onde durante o dia conversava e convivia com os pacientes asilados na instituição e a noite tinha a tarefa/compromisso de estudar o compêndio, a partir das experiências vivenciadas, além de discuti-lo com o meu professor. Ou seja, minha prática clínica foi-se assim sendo construída. Saliento que até os dias atuais os conceitos abordados nessa obra são alicerces teóricos utilizados em minha prática profissional.