

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: O PESQUISAR COMO CUIDADO

Simone Mainieri Paulon
Mário Francis Petry Londero

ORGANIZADORES



Simone Mainieri Paulon
Mário Francis Petry Londero
ORGANIZADORES

Série Atenção Básica e Educação na Saúde



SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: O PESQUISAR COMO CUIDADO

e-livro
SUSTENTABILIDADE
editora redeunida

FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE
www.redeunida.org.br

editora

redeunida

1ª Edição
Porto Alegre
2019

editora

redeunida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ana Lúcia Abrahão da Silva - Universidade Federal Fluminense, Brasil

Àngel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Stefanini – Università di Bologna, Itália

Ardigó Martino – Università di Bologna, Itália

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – University of New Mexico, Estados Unidos da América

Débora Cristina Bertussi - Universidade São Caetano do Sul, Brasil

Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Denise Antunes de Azambuja Zocche – Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil

Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Felipe Proença de Oliveira – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Hêider Aurélio Pinto – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

José Ivo dos Santos Pedrosa - Universidade Federal do Piauí, Brasil

Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidad Nacional de Lanús, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano Bezerra Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Maria Augusta Nicoli – Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Itália

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria das Graças Alves Pereira - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Oswaldo Peralta Bonetti - Ministério da Saúde, Brasil

Odete Messa Torres – Universidade federal do Pampa, Brasil

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil

Renan Albuquerque Rodrigues – Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ricardo Luiz Narciso Moebus - Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Rossana Staeve Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Simone Edi Chaves – Ideia e Método, Brasil

Sueli Terezinha Goi Barrios – Ministério da Saúde, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, Brasil

Vera Maria Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Márcia Regina Cardoso Torres

Gabriel Calazans Baptista

Letícia Stanczyk

Projeto Gráfico | Capa | Edição Imagem Capa | Diagramação

Lucia Pouchain

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

S255 Saúde mental na Atenção Básica: o pesquisar como cuidado [recurso eletrônico] / Simone Mainieri Paulon e Mário Francis Petry Londero, organizadores. – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA; 2019. 216 p. : il. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde)

ISBN: 978-85-54329-21-1

DOI: 10.18310/9788554329211

1. Saúde mental. 2. Atenção básica. 3. Educação permanente. 4. Atenção primária à saúde. 5. Pesquisa em saúde. 6. Promoção da saúde. I. Paulon, Simone Mainieri. II. Londero, Mário Francis Petry.

CDU: 614

NLM: WM105

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

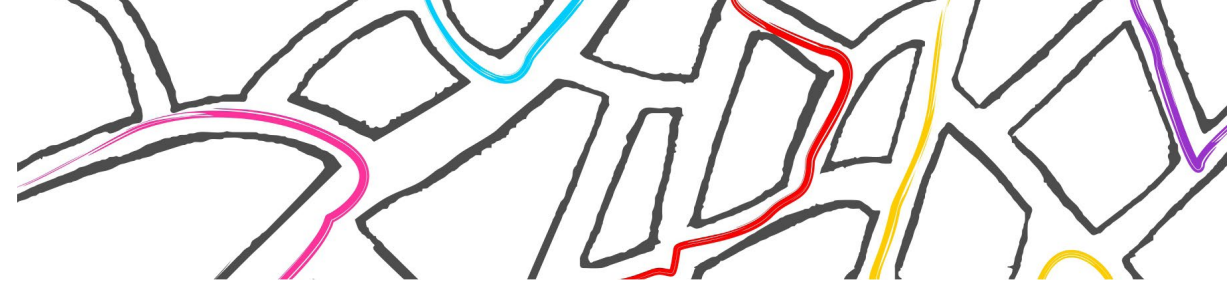
Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



Sumário

APRESENTAÇÃO <i>Simone Mainieri Paulon e Mário Francis Petry Londero</i>	7
PREFÁCIO <i>Paulo Amarante</i>	11
1. INTERCESSÕES PESQUISANTES ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: Quando Cuidar, Intervir, Investigar se Embaralham <i>Simone Mainieri Paulon, Mário Francis Petry Londero e Liane Righi</i>	15
2. A POTÊNCIA DA INTERVENÇÃO FORMATIVA DE APOIO MATRICIAL NA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM SAÚDE MENTAL <i>Cláudia Maria Filgueiras Penido e Izabel Christina Friche Passos</i>	43
3. EXPERIÊNCIAS DE ESCUTA EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA <i>Sindaya Rose Carvalho Belfort e Michele de Freitas Faria de Vasconcelos</i>	55
4. A PESQUISA COMO DISPOSITIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: Produzindo Olhares e Fazeres para a Gestão Regional da RAPS <i>Marília Pinto Bianchini, Alcindo Antônio Ferla e Rosa Maria Levandovski</i>	67
5. FELICIDADES CLANDESTINAS NO SUS ARACAJU: Brincantes no Produzir Saúde e Subjetividades <i>Chenya Valença Coutinho, Michele de Freitas Faria de Vasconcelos e Taísa Belém do Espírito Santo Andrade</i>	87
6. PANORAMA DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: Desafios do Cuidado Integral no SUS <i>Magda Dimenstein, João Paulo Macedo, Mayara Gomes Fontenele, Tatiane Meneses da Silva e Mariana Marinho de Abreu</i>	109
7. A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL INFANTIL: das Potencialidades da Atenção Básica <i>Dafni de Melo e Rosemarie Gartner Tschiedel</i>	141
8. SAÚDE MENTAL E PRÁTICAS INTERSETORIAIS: os Desafios da Transversalidade <i>Roberta Carvalho Romagnoli, Tulíola Almeida de Souza Lima e Diego Henrique Pastana</i>	163
9. PESQUISA QUE SE CONSTRÓI NA TRAVESSIA: notas reflexivas e práticas sobre a pesquisa participante <i>Silvio Yasui e Bruno Ferrari Emerich</i>	179
10. TROCAS ÍTALO-BRASILEIRAS EM PESQUISA PARTICIPATIVA: Entrevista com Dra. Bruna Zani <i>Professora Bruna Zani por Simone Paulon e Fernanda Martins</i>	195
SOBRE OS AUTORES	213



APRESENTAÇÃO

Simone Mainieri Paulon
Mário Francis Petry Londero

Necessariamente, as narrativas daquelas que foram forçadas ao lugar do Outro, serão narrativas que visam trazer conflitos necessários para a mudança. O não ouvir é a tendência a permanecer num lugar cômodo e confortável daquele que se intitula poder falar sobre os Outros, enquanto esses Outros permanecem silenciados.
(RIBEIRO, 2017, p.78)

Talvez uma das maiores contribuições do feminismo teórico venha do feminismo negro que tem nos ensinado quão desleal, imoral, antiético e falacioso é a pretensão de “traduzir” a verdade do outro a partir de um lugar de poder que a ciência nos atribui. Não por acaso a instituição acadêmica resiste tanto a reconhecer isto que Foucault cirurgicamente designou como “indignidade de falar pelos outros” (2010). Não é de fato simples a operação de desconstrução das verdades milenares que uma cultura racionalista, sexista, racista e colonialista se ocupou de erigir.

Por este motivo, como diz Djamila Ribeiro (2017), do alto da legitimidade que seus carnudos lábios de mulher negra contemporânea lhe dão, aceitar o protagonismo do outro implica que eu aceite não ser sempre protagonista! Xs pesquisadorxs que esta coletânea reúne têm, entre muitas afinidades, esta disposição em comum: deslocarem-se dos confortáveis lugares de enunciadores da verdade alheia - que suas privilegiadas posições de classe lhes dão - para que a verdade desses outros, que a máxima foucaultiana sintetizou como “outro da razão”, possa advir.

Esta ética militante de compartilhar protagonismos, assim como verdades outras sobre a loucura, faz desse grupo de investigadores também um grupo

de amigxs curiosxs e dispostxs a novas aventuras militantes antimanicomiais. Neste grave momento de desmonte da máquina pública brasileira, de retrocessos impensáveis nas conquistas sociais – que incluem ataques a muitos dos maiores avanços acumulados na política nacional de saúde mental – pensar modos inclusivos e participativos de produzir conhecimento é, mais do que alternativa de cuidado, uma questão de sobrevivência subjetiva.

Cuidar e intervir, pesquisar e escutar, compreender e transformar são, assim, pares inseparáveis, que no limite se confundem. E assim mesmo é que deve ser, afinal, se quisermos trabalhar contra todas as formas de silenciamento da diferença e mantermos o compromisso com a verdade, que nunca foi de uma só cor, gênero, classe ou racionalidade como a ciência quis fazer parecer.

Por este motivo, nossas investigações são tecidas no calor dos acontecimentos que fervilham no país, espreitando os “poucos de possíveis” (para usar outra expressão foucaultiana) que a artesanaria cotidiana do trabalho no Sistema Único de Saúde produz, tramando juntos conhecimentos sobre o que pode a saúde mental nos territórios. É também um desafio ético-político e afetivo, pois como bem explicou a usuária de uma das pesquisas aqui relatadas: “Eu agora sei o que é saúde mental”.

A singela expressão que mistura saúde mental à possibilidade de se estar entre amigxs justifica em boa parte o campo aqui estudado, assim como as produções sobre as quais se discorre. A precisão da definição que apresenta a Atenção Básica como território privilegiado de cuidado traz consigo um dos principais aspectos em que reforma sanitária e psiquiátrica se potencializam mutuamente: a produção de saúde é sempre junto inevitavelmente produção de subjetividade.

Neste sentido, outra aposta que reúne os pesquisadores dessa coletânea é a do pesquisar-intervir entendido como um caminhar por entre coletivos. Um aguçar dos sentidos como em um movimento que busca desacelerar o tempo da correria do dia a dia que inviabiliza as sutilezas inventivas dos encontros. Experiências ímpares que somente quando colocamos uma lupa é que percebemos que acontecem micropoliticamente a cada movimento de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). É, portanto, um apostar que faz jus à raiz de pôr-se ao lado, ao mesmo tempo em que cria e afirma a potência revolucionária da

Reforma Psiquiátrica brasileira, em uma composição textual problematizadora dos cenários insalubres, adoecedores da rede e de sua gestão de cuidados, de um desmonte das políticas públicas, em seu recrudescimento das funções redistributivas do Estado e de toda sorte de violências institucionais.

Os textos, caleidoscopicamente aqui enlaçados, tratam de experiências de apoio matricial na RAPS; discutem práticas de Redução de Danos; trazem encontros, por vezes surpreendentes, proporcionados pela Atenção Básica na tarefa, ainda difícil de ser acolhida, de incorporar a saúde mental em seu cotidiano; do cuidado na infância e seu engatinhar ainda tão distante das demandas efetivas de tal população; da urgência da intersetorialidade; e de pesquisas-intervenções que se propuseram a analisar as implicações da rede, de maneira coletiva, a fim de seguir na lenta e imprescindível construção de um mundo que dê acolhida à experiência da loucura problematizando o fantasma manicomial sempre tão insidioso em suas formas de atualização.

Trata-se de fato da continuidade de um projeto¹ que, em sua primeira etapa de exploração e aprofundamento do tema Saúde Mental na Atenção Básica, teve como foco os desafios da territorialização do cuidado. Esta segunda etapa das produções de pesquisas da Saúde Mental na Atenção Básica², que recebeu financiamento do SUS para ser realizada, procura desdobrar aquelas problematizações agora com enfoque mais metodológico³. Ao percorrer com os mais diversos atores – dos gestores aos trabalhadores, dos usuários aos pesquisadores, dos familiares a sociedade – práticas de cuidado, angústias, dores, invenções, relações e marcas institucionais por vezes não vistas, mas ainda muito marcantes para quem as vive, este volume se debruça sobre os avanços e impasses que o campo da saúde mental tem produzido em seus modos de investigação-inclusão. A perspectiva que permite associar cuidado a processos investigativos é

1 Esta pesquisa recebeu o nome de “Estratégias de cuidado em saúde mental na interface com a atenção básica: o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas equipes de Saúde da Família”. Projeto financiado pelo CNPQ/FAPERGS através do Edital do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde-PPSUS/2009.

2 Esta pesquisa recebeu o nome de “Qualificação da Saúde Mental na Atenção Básica: uma análise das práticas de equipes da Região 10 - macrometropolitana/RS a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)”. Realizada pelo grupo Intervires: Pesquisa-intervenção em Políticas Públicas, Saúde Mental e Cuidado em Rede do PPG de Psicologia Social e PPG de Saúde Coletiva da UFRGS. Contou com apoio da Rede Governo Colaborativo e foi contemplada com financiamento do edital PPSUS/FAPERGS/MS/CNPq/SESRS n.002/2013.

3 O primeiro produto da referida pesquisa foi a publicação de um número temático na revista Polis e Psique, Volume 8, Número 1, 2018.

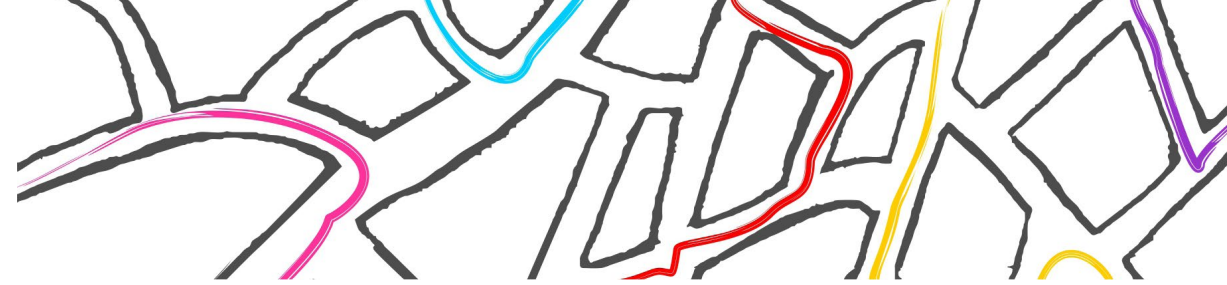
tanto uma pretensão quanto uma conclusão, e como tal exige uma avaliação que agora cabe aos leitores.

Para encerrar esta apresentação aos relatos que seguem como pretensas contribuições do campo da saúde mental aos imprescindíveis avanços que nossa golpeada democracia demanda, vale lembrar outra fala de um usuário. “Escola de liberdade” foi o nome que um ex-interno do hospício francês de Saint Alban deu à experiência desencadeada pela anarco-psiquiatra. Tosquelles (1984) que, em plena segunda guerra mundial, respondeu à violência da imposição do higienismo nazista com resistência criativa, ao misturar artistas, loucos e habitantes da pequena cidade, acostumados aos muros intransponíveis do hospício, promovendo trocas e ganhos tanto para os internos quanto para os “de fora” o laboratório de Saint Alban, mostrou que o cuidado compartilhado e livre das amarras asilares não é só possível como enriquece a cidade e intervém na cultura.

Mesmo sem guerra declarada, mesmo com todos os sucessivos ataques que a constituição, o SUS e a Reforma Psiquiátrica têm sofrido, nossa resposta vem, outra vez, inspirada na força das feministas: Sozinhxs andamos bem, e com amigxs, andamos melhor! Avante!

Referências

- FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão. Segunda edição – São Paulo: Editora WMF Martins fontes, 2010.
- RIBEIRO, D. O que é Lugar de Fala? Coleção Feminismos Plurais. Belo Horizonte (MG). Letramento, Justificando, 2017.
- TOSQUELLES, F. Éducation et psychotérapie institutionnelle. Mantes-la-Ville: Hiatus, 1984.



PREFÁCIO

Paulo Amarante

Não é sem razão que o processo denominado de reforma psiquiátrica ou, num sentido mais amplo, do processo de transformações no campo da saúde mental e atenção psicossocial que passou a ocorrer no Brasil desde a década de 1970 se tornou referência internacional.

Isto se deve ao fato de que o mesmo proporcionou uma verdadeira revolução, não apenas no âmbito do sistema assistencial psiquiátrico, que era quase que totalmente asilar-manicomial (e põe manicomial nisto!), como disparou uma profunda mudança no mundo das relações tanto clínicas e institucionais quanto culturais, no lidar com a loucura e com as pessoas identificadas como loucas.

Se pensarmos que no início do processo, até o ano de 1997 para ser mais preciso, 93,2% de tudo o que se gastava em assistência psiquiátrica (pois na verdade nem se falava ainda em “saúde mental” ou “atenção psicossocial”) era consumido pelos hospitais psiquiátricos, restando apenas 6,8% dos recursos a serem utilizados em míseros ambulatórios renovadores de receitas e em um ou outro hospital-dia experimental por aqui ou por ali⁴. Desde então foram fechadas cerca de 60 mil vagas em hospitais psiquiátricos (sempre defendi a extinção completa dessas instituições) que foram modestamente substituídos por milhares de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência, residências assistidas, projetos culturais, projetos sociais, cooperativas de trabalho, saúde da família, atenção básica e tantas outras novas possibilidades. Em poucos anos de uma árdua luta e apenas 4 anos após a aprovação da Lei 10.216 de 2001, a pirâmide de investimentos públicos na saúde mental estaria invertida e em 2006 alcançamos

⁴ BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental em Dados 12. Disponível nos portais: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental

a marca de 51% dos sempre poucos recursos destinados à saúde mental investidos na rede substitutiva aos hospitais. Também lutei muito para que fossem criados muitos mais destes dispositivos e estratégias de caráter inovador. Mas, talvez por acharmos que seríamos eternos e indestrutíveis não ousamos radicalizar ainda mais neste processo da rede substitutiva.

De qualquer forma, é importante termos em mente que, com os milhares de vagas extintas nos manicômios, conseguimos, juntos, transformar as vidas de muitos milhares de pessoas que saíram daqueles verdadeiros “campos de concentração”, como denominado pelo italiano Franco Basaglia em sua visita ao manicômio de Barbacena em 1979, daqueles cemitérios de vivos, daqueles antros de violência e abandono.

Milhares de pessoas saíram de instituições nas quais estiveram internadas por 20, 30 anos, ou mais - e eu, pessoalmente, pude conhecer muitas delas -, e passaram a viver na cidade, a trabalhar, namorar, casar, tocar e cantar, pintar e dançar! Ao mesmo tempo em que outros milhares de pessoas tiveram a possibilidade de não serem internadas naquelas mesmas instituições quando tiveram seu primeiro episódio psicótico ou algo similar. Não tiveram o triste destino de serem iniciadas na *carreira moral* da institucionalização, nos processos de *mortificação* como designado por Erving Goffman.

Acolhidas em suas crises e demandas por outras possibilidades de escuta, de cuidado e de afeto e ética, tais pessoas tiveram um destino muito diverso daquelas outras, cuja única opção era a psiquiatria asilar tradicional, a medicamentação, a contenção física ou química, a falta de escuta e assim por diante.

O “prognóstico” predominantemente negativista da psiquiatria tradicional, que ostentava em afirmar que as doenças mentais são crônicas, incuráveis, incapacitantes, irredutíveis, passava a dar lugar a outras histórias de vida, a outras narrativas. As novas formas de cuidar apontavam para outras possibilidades de subjetivação e sociabilidade. As pessoas deixaram de ser os doentes, os pacientes, para se tornarem sujeitos, para se tornarem protagonistas de suas histórias.

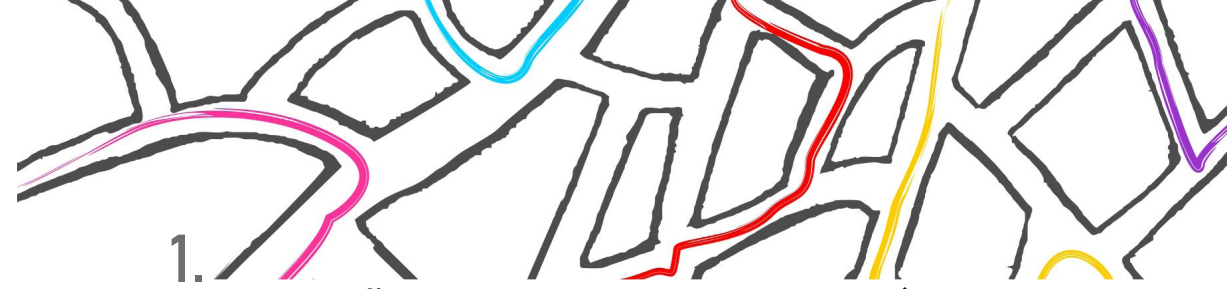
Além da inversão do modelo predominante, de asilar para territorial e comunitário, os novos serviços, as novas estratégias e dispositivos foram cenário disparador de novas relações entre os sujeitos envolvidos. Construindo uma *práxis* centrada nos sujeitos da experiência, e não mais nos quadros clínicos, nos

diagnósticos e nas doenças, por detrás dos quadros psicopatológicos graves e irrecuperáveis, se desacortinaram sujeitos com desejos, projetos e sonhos.

A riqueza da experiência brasileira se deve, por um lado, a todo o investimento em acreditar ser possível contestar uma psiquiatria arcaica, mercantilista, medicalizante, institucionalizante, e a construir outras possibilidades concretas de cuidado e atenção e (na leitura *gramsciana* adaptada de Basaglia: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática), por outro, pelo fato de ocupar-se, permanentemente, do processo de produção de conhecimento que deveria acompanhar todas estas transformações. Uma produção crítica, regular, insistente, de *artesanaria cotidiana do trabalho*, como denominam os autorxs de “Saúde Mental na Atenção Básica: o pesquisar como cuidado”.

A riqueza deste livro está no compromisso ético, político e epistemológico de enfrentar as questões como desafios e como possibilidades de superação e invenção de novos horizontes, nos ajudando a entender o que está acontecendo e a refletir como intervir daí para adiante.

Num momento crítico da conjuntura nacional, este é um livro-resistência, um livro-ferramenta. É sempre bom mantê-lo ao alcance das mãos!



1. INTERCESSÕES PESQUISANTES ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: Quando Cuidar, Intervir, Investigar se Embaralham⁵

Simone Mainieri Paulon
Mário Francis Petry Londero
Liane Beatriz Righi

Introdução

Este é um capítulo que visa compartilhar intercessões produzidas por uma pesquisa-intervenção participativa realizada com gestores, equipes de trabalhadores e usuários da Saúde Mental na Atenção Básica de seis municípios da região macrometropolitana do Rio Grande do Sul. Ao anunciarmos a intenção de compartilhar intercessões estamos, de saída, apresentando uma intenção e uma conclusão, pois afirmamos, a um só tempo, a possibilidade de que um processo de pesquisa, neste intrincado campo das políticas públicas de saúde, tenha a potência de se fazer intercessor. Trata-se, pois, de uma aposta ético-política na qual o conceito-ferramenta de intercessores, tal como proposto por Deleuze (1992) ganha especial relevância. Conceito “cujo sentido não pode ser apreendido senão no interior de certa operação – operação de encontro, contágio, cruzamento que desestabiliza e faz diferir” (BARROS; PASSOS, 2000, p. 77).

Interceder, interferir, atravessar, produzir diferenças em séries de vários termos, com bifurcações que escapam e agenciam linhas de composição, são operações que definem os intercessores (DELEUZE, 1992). Nessas “Conversações” feitas pelo filósofo encontramos muitos pontos de conexões com as Rodas de Conversa promovidas junto aos vários coletivos de atores do Sistema Único de Saúde (SUS) envolvidos com a Saúde Mental e escutados pela pesquisa sobre a qual este capítulo discorre. No cruzamento de verdades múltiplas, nas enunciações coletivas que se foram agenciando, na invenção de versões que produziam verdades outras

que, por sua vez, produziam conhecimentos inusitados sobre as possibilidades que a Atenção Básica oferta às práticas de Saúde Mental, um percurso pesquisante foi-se fazendo cuidador. Práticas de cuidado foram, também, se fazendo investigação. Novos saberes foram se compondo entre o cuidar e o pesquisar.

O mote, portanto, do texto a seguir é o desejo, embalado com certa dose de pretensão, de que a experiência vivida por um coletivo de trabalhadores - entre pesquisadores e cuidadores da rede de saúde - no encontro com usuários dos serviços de saúde mental em seus territórios, possa evocar novas intercessões e capilarizar os efeitos de produção de saúde ensejados pela investigação aqui analisada.

Para tanto, propõe-se a apresentar alguns resultados que incluem o percurso metodológico e os eixos temáticos sistematizados na pesquisa “Qualificação da Saúde Mental na Atenção Básica: Análise das Práticas de Equipes da Região 10-Macrometropolitana/RS a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)”⁵. A investigação, realizada entre 2013 e 2015, foi construída a partir dos resultados obtidos no primeiro ciclo da avaliação do PMAQ na referida região e contou com financiamento público originário do SUS⁶, incluindo unidades básicas de saúde dos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão. Teve como objetivo principal identificar e avaliar as práticas de cuidado em saúde mental na atenção básica, mas, também, buscou avançar no delineamento de indicadores de desempenho, da qualidade do cuidado e de boas práticas.

Seu ponto de partida foram os resultados obtidos com o 1º ciclo do PMAQ⁷, mais especificamente, no que tange às questões que envolviam a saúde mental. Acreditava-se que as informações do PMAQ poderiam disparar questões

5 A pesquisa de que este capítulo se ocupa foi realizada pelo coletivo INTERVIRE: Pesquisa-intervenção em Políticas Públicas, Saúde Mental e Cuidado em Rede do PPG de Psicologia Social e PPG de Saúde Coletiva da UFRGS, sob coordenação dos três professores autores. O estudo contou, ainda, com apoio da Rede Governo Colaborativo, na coordenação do professor Alcindo Ferla, a quem agradecemos o suporte dado ao longo de sua realização.

6 Financiamento do edital PPSUS/FAPERGS/MS/CNPq/SESR n.002/2013, CAPES e CNPq (através de bolsas para alunos de Iniciação Científica, mestrado e doutorado.) Os aspectos éticos previstos na resolução nº 466, de 12/12/2012 foram atendidos e aprovados na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa /CONEP/CNS/MS com o número 18859813.7.0000.5334.

7 O PMAQ é um programa do Ministério da Saúde criado em 2011, pela Portaria nº 1.654, com o objetivo de favorecer a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. O Programa está dividido em Ciclos (atualmente está no 3º ciclo) e cada um deles organiza-se em 4 fases (Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização).

importantes àqueles coletivos e, com isso, contribuir para ampliar a capacidade de análise a respeito das formas de gestão, atenção e seus efeitos na qualidade da Atenção Básica e, especialmente, do cuidado em Saúde Mental.

Para além dos dados levantados pelo PMAQ, então, o propósito da pesquisa era agregar reflexões que qualificassem os resultados levantados por aquele importante, amplo e objetivo levantamento promovido pelo gestor nacional em todo território nacional. Com esta visada, a presente pesquisa desenrolou-se a partir de diversas modalidades de grupos entre os seis municípios participantes, sobre os quais se discorrerá ao longo do texto. Tais grupos, distribuídos nas modalidades de grupo gestor, grupos de interesses e grupos focais, contaram com a presença de gestores, trabalhadores, usuários e pesquisadores envolvidos no campo da Saúde Mental em articulação com a Atenção Básica.

As conexões entre diferentes abordagens e teorias que orientaram o desenho da referida pesquisa serão analisadas em sua potência de conexão que só puderam ganhar vida devido ao campo problemático em que se inserem, convocando, a cada instante, a criação de metodologias moventes e abertas a novos agenciamentos. A partir da problematização das experimentações metodológicas e das intervenções propostas junto à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pretende-se revelar os principais desafios que a pesquisa enfrentou. Dada a densidade do conteúdo envolvendo diferentes políticas públicas e a abrangência do campo da pesquisa, incluindo diversos atores de seis municípios, estes desafios foram de duas ordens: desde as dificuldades para conciliar diferentes perspectivas metodológicas até – e especialmente – o que resultou em inusitadas e potentes composições para subsidiar alternativas aos modos de cuidar que hoje a atenção básica oferta aos usuários em sofrimento psíquico.

O texto que segue desdobra esses dois eixos de desafios que estruturaram o processo investigativo. Após breve análise das experimentações de diversas ferramentas metodológicas e intervenções em campo por elas agenciadas, enfocará os eixos temáticos resultantes desse processo, trazendo as reflexões construídas sobre as variadas formas de escutar e absorver as discursividades acolhidas na pesquisa e como elas contribuíram para compreensão do atual cenário da articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica no território estudado.

Avaliação de quarta geração: agenciamentos entre a dialética e a cartografia

A pesquisa propôs-se a ser avaliativa, qualitativa e participativa, inspirada em avaliações de 4ª geração (GUBA; LINCOLN, 2011). À luz dessa abordagem metodológica visamos acompanhar e avaliar as práticas dos trabalhadores, gestores e usuários envolvidos com os processos de atenção à saúde mental na Atenção Básica (AB), a fim de incluir suas demandas, sentidos, desejos e conflitos na análise.

A avaliação participativa possibilitou-nos colocar em cena objetivos específicos e pontos problemáticos comuns aos diferentes grupos, exigindo a construção de uma rede de reflexões e debates que propunha mais do que um mero levantamento e tratamento de dados. Na perspectiva metodológica escolhida, buscou-se propiciar um aumento do “grau de apropriação” dos aspectos estudados pelos participantes, levando em conta a dimensão subjetiva que atravessa o próprio ato de pesquisar. Nessa direção, os autores enfatizam a necessidade de incluir diferentes e divergentes pontos de vista, através da participação de representantes de grupos de interesse diversos no processo da pesquisa (FURTADO; ONOCKO CAMPOS, 2005; CONTANDRIOPOULOS, 2006; FURTADO; ONOCKO CAMPOS, 2008; FURTADO, 2001).

A Avaliação de Quarta Geração foi proposta a partir da crítica às três gerações anteriores de pesquisa avaliativa: a primeira marcada pela mensuração, a segunda pela descrição e a terceira pelo juízo de valor. As principais críticas a essas gerações são a tendência ao gerencialismo, a relação entre administrador e avaliador (que os autores definem como enfraquecedora, injusta e privadora de direitos), a incapacidade de acomodar o pluralismo de valores e o comprometimento exagerado com o paradigma científico de investigação (GUBA; LINCOLN, 2011).

Decorre dessas críticas - possíveis a partir dos acúmulos produzidos por diferentes gerações de pesquisadores em busca de estratégias mais participativas para a produção de análises junto aos sujeitos estudados - a definição de um novo paradigma na pesquisa avaliativa. Para Kuhn (2013, p.53), paradigmas são “as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções para uma comunidade de praticantes de uma ciência”. A expressão “Paradigma Hermenêutico-Dialético” anuncia as características que

diferenciam a Avaliação de quarta Geração de outras abordagens metodológicas, evidenciando o seu caráter interpretativo e a possibilidade de comparação e contraposição de pontos de vista divergentes (GUBA; LINCOLN, 2011).

O conceito de dialética, neste referencial, segue a construção e sentido hegelianos e, coerente a tal filiação teórica, busca sínteses mais elaboradas dos pontos de vista divergentes. Trata-se de uma metodologia responsiva e construtivista. O termo responsiva indica que os parâmetros e limites da avaliação não são estabelecidos *a priori*, como nas gerações anteriores. O termo construtivista designa a “metodologia de fato empregada para conduzir uma avaliação” (GUBA; LINCOLN, 2011, p.47). Por isso, a Avaliação de Quarta Geração é apresentada como uma abordagem alternativa que seus autores designam como “avaliação construtivista responsiva ou respondente”.

Um conceito central nesta metodologia é o de Grupos de Interesse, os chamados *stakeholders*. Beneficiários, representantes ou vítimas do estudo a ser empreendido, os *stakeholders* são “pessoas ou grupos que de alguma forma são colocados em risco pela avaliação, isto é, pessoas ou grupos que têm algum interesse em jogo” (GUBA; LINCOLN, 2011, p.47).

Resultado destas concepções, o círculo hermenêutico é uma roda de respostas e construções sucessivas que permite interpretar os processos estudados à luz do materialismo dialético. Em uma aproximação com o campo do Planejamento em Saúde, tomamos os conceitos de Testa (1992) para definir estes processos como conflitivos, complexos e contraditórios.

Trazendo compreensões de outro campo filosófico para pensar metodologias de pesquisa que permitam abarcar a complexidade e movimento dos processos em análise, o método cartográfico, tal como formulado por Deleuze e Guattari, tem como principal objetivo acompanhar processos e não representar um objeto. O que há a ser cartografado é tudo o que envolve os afetos, as redes e as rupturas (KASTRUP, 2007).

Caracterizado como um método de pesquisa-intervenção, a cartografia é um modo de pesquisar não prescritivo, que não se baseia em uma lógica de neutralidade do pesquisador, até porque ele é corpo vivo e político nos encontros afetivos com o campo interventivo. Como tal, considera a inseparabilidade entre conhecer e fazer e tem como princípio o primado do processo à meta: uma *hódos-*

meta, contraversão metodológica que, ao priorizar o processo de produção dos dados e não seu mero levantamento, afirma a força da experiência concreta como guia para o (per)curso (BARROS; PASSOS, 2012).

A pesquisa cartográfica, assim, implica um encontrar-se com reentrâncias fugidias de dimensões mínimas que abrem problemáticas ilimitadas, sem espaço para binarismos advindos da partição abstrata do mundo em categorias estanques. Encontro singular e intempestivo entre os fluxos de um devir-mundo que tece, a um só tempo, o cartógrafo e a cartografia: olhos e paisagem são um processo de movimentos em encontro. Cartografar, para este grupo de pesquisadores e autores aqui referidos, significa, portanto, muito antes um *saber com* do que um *saber sobre*, tal como promulgavam as metodologias tradicionais de pesquisa. A dimensão do produzir junto àqueles que são de fato afetados pelo conhecimento em produção realça o aspecto participativo do pesquisar. Como afirmam outros cartógrafos sobre o pesquisar nesta perspectiva: “é encontrar-se com reentrâncias fugidias de dimensões mínimas que abrem problemáticas ilimitadas, sem espaço para binarismos advindos da partição abstrata do mundo em categorias estanques. Encontro singular e intempestivo entre os fluxos de um devir-mundo” (COSTA; ANGELI; FONSECA, 2011, p.36-37).

A inclusão, assim, da perspectiva cartográfica às metodologias avaliativas de 4ª geração força a pesquisa a ser mais que sequência de informações tomadas de representantes de diferentes Grupos de Interesses para ser sistematizada em decorrentes sínteses. Realçar o aspecto da participação, apostar na possibilidade de *produzir com*, provoca necessariamente alguma desordem no desenho do círculo hermenêutico. Implica, portanto, uma abertura ao inusitado que a filosofia da diferença acrescenta à disposição inventiva das avaliações participativas. Como afirmamos em trabalho anterior, ao examinar as especificidades da pesquisa-intervenção:

Abre-se aí a possibilidade de pensar a intervenção como um caminhar mútuo por processos mutantes que, justo por não poder ser resumida ao encontro de unidades distintas (sujeitos da investigação X objetos a serem investigados), não pode ser pensada como uma mudança antecipável. Ao operar no plano dos acontecimentos, a intervenção deve guardar sempre a possibilidade do ineditismo da experiência humana, e o pesquisador a disposição para acompanhá-la e surpreender-se com ela. (PAULON, 2005, p. 19)

Neste sentido, o experimento de aproximação das duas perspectivas metodológicas operado pela pesquisa em questão procurou afirmar a importância de um movimento paradoxal, com reconhecimento daquilo que as distingue, mas investindo no que as aproxima entre si e aos interesses da investigação: análise coletiva e atenta às complexidades do objeto de estudos, com construção participativa ao longo de todo processo investigativo.

Tecituras de Cuidado e Cuidadores: o ponto a ponto

A pesquisa não pode ser mais isolada da intervenção clínica, cuidados delicados e respeitosos devem ser tecidos para o bom andamento das investigações. Parcerias entre investigadores e serviços fazem-se imprescindíveis nessa hora, demandando novos cuidados à gestão da pesquisa em si. (ONOCKO-CAMPOS, 2013)

Com tal disposição fortemente ancorada na perspectiva ético-política da pesquisa-intervenção, o estudo propôs escutar e dialogar com diversos grupos de interessados na temática Saúde Mental na Atenção Básica em encontros que optamos por denominar, genericamente, de “Grupos de Interesse”. Estes encontros contemplavam uma significativa diversidade e transitoriedade de componentes e foram realizados em três distintas etapas. Cada uma delas incluía um conjunto de ações que se propuseram a dar visibilidade à complexidade do trabalho realizado na interface saúde mental-atenção básica, identificando intervenções significativas para o grupo, compartilhando seus questionamentos, forçando limites e experimentando desafios provocadores de novos limites, novos questionamentos, outro conhecimento acerca das demandas e possibilidades de se produzir saúde nos territórios estudados.

Na primeira etapa de “Análise dos dados do primeiro ciclo PMAQ-AB e contratação com os territórios”, identificou-se as equipes aderentes ao PMAQ a fim de mapear as ações em desenvolvimento nos territórios. Verificou-se que, por mudanças e trocas de trabalhadores das equipes de cada cidade, muitos dos que seriam sujeitos da pesquisa já não poderiam ser acessados, as equipes tinham se desfeito e a proposta de organização conjunta dos grupos focais da 2ª etapa teve que ser reorganizada com os grupos de interesse e gestores ativos. Esta

etapa incluiu encontros dos pesquisadores nos territórios para apresentação do projeto e contratação das etapas de investigação com atores locais, nos conselhos municipais e distritais de saúde, bem como diálogos e análises junto às instâncias de gestão de cada um dos municípios para a obtenção de dados específicos de cada cidade. Esses dados subsidiaram a elaboração do panorama geral da situação da rede de saúde e intersetorial de cada um dos 6 territórios pesquisados.

A segunda etapa da pesquisa dedicou-se à “Produção, sistematização, análise coletiva dos dados” em dois momentos distintos: 1º) Realização de grupos focais de trabalhadores e grupos focais de usuários que aceitaram o convite à participação na pesquisa (resguardando todos os aspectos éticos previstos na resolução nº 466, de 12/12/2012) para apresentação dos resultados sistematizados do primeiro ciclo PMAQ-AB daquela região. Os debates nos grupos foram gravados, transcritos e codificados com o auxílio do software Atlas Ti, que facilitou a elaboração de sínteses para a construção das 5 categorias temáticas sobre as quais discorreremos na sessão abaixo. 2º) O processo subsequente de validação do conhecimento produzido na primeira rodada de grupos focais ocorreu, em discussão coletiva, a partir dos grupos de interesse já constituídos em cada cidade, que possibilitaram a construção de uma narrativa comum, de forma a dar visibilidade aos pontos transversais aos diferentes grupos. Em uma 2ª rodada de grupos focais, fez-se uma devolutiva dessa discussão coletiva ocorrida nos grupos de interesse, com o intuito de retomar e ampliar as análises elaboradas a partir das falas produzidas na primeira rodada. Nestes encontros proporcionados pelos grupos focais e de interesse, foram construídas coletivamente as propostas para os eventos finais de cada município.

A terceira etapa constitui-se, por fim, na realização dos “Eventos municipais e Planejamentos loco-regionais de Saúde Mental na AB”. Foram produzidos em uma perspectiva participativa para realização de devolução dos estudos mapeados e respectivos encaminhamentos com planos de ação, respeitando os contextos e singularidades de cada um dos seis municípios envolvidos na pesquisa. Além de participantes das duas primeiras etapas da pesquisa acima descritas, os eventos ampliaram seu público alvo e convidaram toda comunidade local. Esta ampliação de público-alvo da 3ª etapa ampliava também a dimensão interventiva da pesquisa, pois, para além da devolução dos conhecimentos produzidos coletivamente no

processo de investigação, os eventos tinham o objetivo de registro e elaboração de documentos-síntese do debate realizado no território para serem encaminhados aos gestores de cada município. Os encontros também serviram como dispositivos de formação, possibilitando maior reflexão e discussões para a elaboração de estratégias de intervenção junto aos problemas apontados na pesquisa. Esta estratégia foi importante para ampliar análises coletivas e para a corresponsabilização entre atores do SUS, gerando uma transição entre a finalização da pesquisa e a possibilidade de continuidade dos processos avaliados.

Neste sentido, a partir das três etapas subsequentes da pesquisa, pôde-se elencar cinco eixos temáticos prioritários nos quais foram sistematizados os resultados do estudo para a rede de atenção psicossocial da região macrometropolitana do Rio Grande do Sul.

O percurso da pesquisa, então, não se deu por sucessivas apropriações ou utilizações de diferentes perspectivas metodológicas, mas por negociações e reposicionamentos; ou afirmações e composição de diferenças. Vale ainda ponderar duas considerações metodológicas significativas para a produção dos eixos-temáticos que sintetizam os resultados do debate e sobre os quais discorreremos na sequência. A primeira consideração vem de uma elaboração de Guba e Lincoln (2012) e coincide com a defesa da Avaliação de Quarta Geração como um novo paradigma. Para esses pesquisadores americanos, sustentar que os paradigmas estão em disputa pode ser menos útil que indagar como e onde eles confluem e onde apresentam controvérsias, diferenças e contradições. Ainda de acordo com estes autores, compartilhamos o reconhecimento de que “los diversos paradigmas están comenzando a cruzar de modo que los teóricos antes considerados en conflicto irreconciliable ahora pueden aparecer bajo un epígrafe teórico diferente, comunicando uno los argumentos del outro” (GUBA; LINCOLN, 2012, p.39). A segunda consideração é anunciada por Gastão Campos em reflexão a respeito de uma pesquisa avaliativa em saúde mental. Ele diz que “em geral as pesquisas apoiam-se em constelação de conceitos e categorias analíticas” (CAMPOS, 2008, p.100). Nem sempre, entretanto, nós pesquisadores assumimos e divulgamos toda esta constelação. No momento de “prestar contas” à comunidade científica nossa tendência, ainda marcada pela instituição pesquisa em toda sua tradição positivista, é fazer certa assepsia de dados transformando

a riqueza dos processos investigados em relatórios burocratizados ou artigos puros de “verdades científicas”.

Nesse sentido, a experiência de composição de metodologias de avaliação de quarta geração com a cartografia, proporcionada por esta pesquisa, ampliou sua dimensão interventiva, forjando campos de experimentações democráticas e sistematizando exercícios de cidadania, a partir do foco na temática da Saúde Mental na Atenção Básica.

Dos gestores aos trabalhadores, dos usuários aos pesquisadores, pôde-se reunir um grande número de discursividades que recortavam o campo da saúde, cada qual com suas singularidades. As diferenças tanto quanto aproximações eram fundamentais para qualificarmos e avaliarmos de maneira ampla o cenário da saúde mental nas RAPS pesquisadas.

Contudo, com o tempo, vimos que estes grupos de *stakeholders*, no caso, o grupo de interesse dos usuários, o grupo de interesse dos gestores ou dos trabalhadores, e mesmo dos pesquisadores, possuíam um hibridismo com o qual, na reunião de todos os grupos em um coletivo único por município, ficava difícil de escutar as diversas narrativas a partir de uma segmentação que diria respeito a cada grupo de interessados em separado. Para além dessa escuta vertical, que segmentava os grupos, fez-se necessária uma escuta transversal, que proporcionasse um delineamento em que as paisagens afetivas vividas por cada um dos grupos em seus cotidianos do trabalho em saúde mental na atenção básica pudessem ser misturadas e enunciadas. Neste aspecto, a escuta cartográfica fez-se uma ferramenta crucial de trabalho. Uma fala sobre uma cena cotidiana de cuidado não enunciava, necessariamente, apenas a vivência de um certo usuário ou de um dos grupos de interesse. O inconsciente institucional⁸, tal como enunciado pelos socioanalistas, trazia efeitos ao percurso cartográfico que produzia novos dispositivos-analisadores para as reflexões e problematizações de que se ocupavam os coletivos dos grupos de

8 Referimo-nos aqui à concepção pós-freudiana e de inspiração esquizoanalítica do termo, assim sintetizada por Naffah Neto em seu estudo “O Inconsciente: Um Estudo Crítico” (São Paulo, Ática, 1985): “o Inconsciente não é nem individual, nem coletivo, que ele designa o próprio espaço de produção que torna possíveis essas categorias. Isto quer dizer, por outro lado, que o inconsciente implica, de fato, numa produção sem sujeito, de tal forma que se torna impossível responder à questão “quem deseja?”. (...) Nesse sentido, concordamos com Deleuze que o desejo se diz melhor através de uma forma infinitiva dos verbos – desejar; e a partir daí, comer, sorrir, pintar, etc. O infinitivo verbal implica todo um conjunto de virtualidades que reforça o caráter contingente e inesperado da produção inconsciente. Essas virtualidades imanentes ao desejo permanecem, nesse sentido, tanto mais ativa quanto mais ampla a multiplicidade de caminhos por onde possa enveredar a produção inconsciente, e ao contrário, tanto mais inativas quanto mais essa produção seja filtrada e unidirecionada.”

interessados. Um sentimento de abandono, um afeto de raiva, de desesperança, de criação, de alegria, de tristeza, um olhar singelo, um olhar alarmado, uma ausência, uma presença, um descaso, uma rede rompida, um laço amarrado, uma loucura expandida na angústia ou na inventividade já não diziam respeito apenas ao sujeito que os enunciava em seu grupo de interessados de uma determinada RAPS. Indicava afetos, sentimentos, acontecimentos e rupturas que transversalizavam a todos no encontro do pesquisar. E a tarefa, neste sentido, para além de fazer circular a voz a todos os interessados no tema, a fim de produzir sínteses dialéticas avaliativas, passou a ser a de pôr tais afetos e acontecimentos em análise e pensar como eles poderiam ajudar a obstruir ou dar passagem a práticas de cuidado da saúde mental mais inovadoras, libertárias, mais articuladas à Atenção Básica.

No correlato desses acontecimentos, seguem abaixo os eixos temáticos que, a partir desse agenciamento metodológico até aqui descrito, os múltiplos e diversificados coletivos da pesquisa produziram para apresentar suas compreensões acerca do cenário do campo interventivo da Saúde Mental na Atenção Básica.

Entre carências e potências: os eixos temáticos dos resultados

No intuito de amplificar os resultados produzidos nesta pesquisa-intervenção passamos a uma análise panorâmica dos eixos temáticos que sistematizam os principais dilemas, compreensões e modos de enfrentamento com que as equipes da AB dos seis municípios pesquisados têm inventado seu dia a dia de trabalho.

1. Concepção Saúde Mental

Saber o que fazer com o que se escuta... Este nosso dilema!⁹

Com esta fala, um participante da pesquisa anunciava uma das angústias que atravessa os profissionais quando um caso envolvendo usuários relacionados à saúde mental chega à AB. Parece que aquele “saber o que fazer” fica bloqueado, de certa maneira, obstaculizando as ações das equipes de saúde da família de forma diferente do que ocorre em situações corriqueiras, mesmo nos ditos “casos

9 Narrativa expressa por um trabalhador da Atenção Básica.

difíceis” que não envolvem saúde mental. Os profissionais, não raras vezes com a escuta formatada por procedimentos e protocolos estruturados aprendidos desde os tempos de suas graduações, sentem dificuldades de se arriscarem por caminhos que parecem diminuir ou pôr em risco seus saberes. Formaram-se em uma lógica curativa que os “obriga”, como profissionais da saúde, a afirmarem seu saber frente àqueles que atendem.

Reforçando, a partir daí, uma tradição cientificista aliada à segmentação de classes em que o poder da informação garante *status* social e econômico diferenciados, as profissões de saúde instituíram-se deixando pouco espaço, ou mesmo nenhum, aos questionamentos. Qual o efeito de um cuidado que não pode titubear, que não possa se beneficiar com o direito às dúvidas? Reiteradas vezes, ao se depararem com demandas de cuidado em saúde mental, os trabalhadores manifestaram suas angústias e justificaram que o que costumam ver acontecer em tais situações é a “desistência” do caso. Desistência que às vezes se dá antes mesmo de qualquer tentativa de cuidado, e à revelia da lei (que define o SUS como sistema universal) e que se sustenta em diagnósticos-rótulos: “- *A gente não atende paciente psiquiátrico aqui no postinho!*” Episódios narrados em que os trabalhadores da AB são orientados a repassarem “o caso” para um suposto *expert* no assunto, por não terem sido preparados para atender demandas de cuidado em saúde mental, ainda são muito frequentes entre equipes de saúde da família. Mas, quem seria tão absolutamente *expert* para abarcar sofrimentos diversos de cada sujeito singular? E serão todos os casos de sofrimento psíquico demandantes de especialistas para os acolherem?

Para um participante da pesquisa em uma roda de conversa a “*saúde mental passa pela capacidade de lidar com o sentimento, num processo de autoconhecimento*”. Neste sentido, muito mais que saberes postos, conhecimentos de *experts*, o profissional da saúde que quiser produzir uma escuta em saúde mental necessita trabalhar seus sentimentos, olhá-los, ser amigo deles, para poder acolher em si os sentimentos e sofrimentos que um outro, circunstancialmente posicionado na relação com o usuário, lhe endereça. Seja no que tange aos usuários, seja no que diz respeito aos trabalhadores e gestores, uma das estratégias elencadas por outro participante pode dar uma boa indicação do que temos que produzir na rede: “*oportunizar espaços onde as pessoas possam falar e serem ouvidas*”.

Nas experiências mapeadas da pesquisa, vimos que os grupos terapêuticos ou grupos de saúde mental realizados nas unidades básicas de saúde têm ganhado consistência devido, justamente, a seu caráter aberto e analítico. Quando criam espaços para experimentações de diferentes modos de ser, pensar e sentir estes grupos terapêuticos passam a compor uma produção coletiva. Para o Ministério da Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de saúde, em especial da AB, o que mostra que elas não estão dissociadas da saúde como um todo.

Ao longo da pesquisa, nas falas de usuários, trabalhadores e gestores sobressaíram, principalmente, duas compreensões de saúde e de saúde mental. Uma diz respeito à concepção de saúde mental como “doença mental”, que desconecta o físico e o mental, que considera o cuidado como necessariamente especializado. Essa concepção é marcada por uma dificuldade no exercício da alteridade, pelo preconceito, pelo medo, pelo perigo, pelo incômodo, pelo diferente tomado como insuportável.

A outra concepção de saúde mental está ligada aos modos diversos de viver, às experimentações possíveis no território, na comunidade, com as dificuldades e possíveis potências locais, que refletem situações sociais, econômicas e culturais. Nessa segunda concepção, considera-se como produtor de sofrimento o cotidiano global próprio de nossa época, marcado pela aceleração, pelo aprisionamento, pelo imediatismo de respostas, pelo consumismo de modo geral (inclusive de medicamentos e drogas), pelo individualismo, pela solidão, pelo sentimento de vazio.

As diferentes concepções apontam para diferentes intervenções e ofertas de cuidado, de modo que na primeira concepção, as ofertas acabam se voltando ao corpo biológico, enquanto, na segunda concepção, o cuidado em saúde mental é visto como transversal ao cuidado em saúde. Se não é tomado como exclusividade de determinada profissão ou campo de saber, o cuidado em saúde mental sustenta suas práticas nos aspectos relacionais e na criação de espaços de vida e convivência. As seguintes falas contrastantes entre si e narradas por uma usuária e uma trabalhadora em grupos focais, testemunham a ambiguidade com que vemos este conceito-chave de saúde mental ainda circular na rede: “*saúde mental pra mim é ir ao psiquiatra todo mês e tomar remédio direitinho*.”; “*No grupo*

de ginástica, a gente faz ginástica mas também conversa muito, isso é saúde mental. Isso foi diminuindo a pressão alta, a diabetes, o remédio controlado”.

Nesses contrastes, a banalização da medicalização para qualquer dor psíquica que se apresente, com decorrente frequência aos grupos das Unidades Básicas de Saúde apenas para renovação de prescrição medicamentosa, ficou evidenciada em muitos dos debates promovidos pelo grupo de pesquisa. Deve-se ressaltar, entretanto, que muitas vezes o usuário pede uma intervenção apenas no corpo orgânico, através da medicação, porque o serviço não dispõe de outras ofertas de cuidado. Estamos num contexto social no qual a patologização e medicalização da vida é base para as relações de produção e consumo do capitalismo, contexto em que perder tempo com disfuncionalidades do corpo é um problema que logo deve ser sanado, normatizado, anestesiado, sem tempo a perder, sem possibilidades de se realizar uma escuta mais vagarosa que possa dialogar com o que faz sofrer. Caberia aos serviços de saúde problematizarem essas concepções que batem em suas portas. Mas como fazê-lo quando estão pautados por estas mesmas concepções?

2. Gestão do Trabalho

A gestão do trabalho parte da concepção de que o trabalhador é parte fundamental na consolidação do SUS. Rompe, portanto, com a ideia de que o trabalhador é apenas mais um recurso de infraestrutura, reconhecendo-o como protagonista do processo de consolidação dessa grandiosa política pública (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Nesta categoria foram reunidos conteúdos que dizem respeito tanto ao gerenciamento direto do cuidado do usuário, quanto dos serviços e da rede de atenção de modo mais global, incluindo aspectos da relação “atenção e gestão do cuidado” dos próprios trabalhadores. Abarcou os seguintes temas: acolhimento; apoio matricial e institucional; educação permanente e formação dos trabalhadores; fragmentação do cuidado x integralidade; condições de trabalho; processos de trabalho; modos de gestão; trabalho em equipe; trabalho em rede e intersetorialidade. O despreparo que os trabalhadores sentem para a escuta do sofrimento psíquico foi uma tônica em todos os municípios participantes, mas não só em relação aos usuários. Os

próprios profissionais se encontram, muitas vezes, em padecimento, tendo cada vez menos espaços em que possam falar sobre as problemáticas geradas em seus cotidianos e a carência de processos formativos voltados a qualificar o olhar e o cuidado em saúde mental.

Outra dificuldade apresentada foi a articulação do trabalho em rede, no sentido de composição do cuidado em saúde mental na AB com os outros pontos da rede setorial e intersetorial. Esta demanda essencial à transição dos modelos de atenção tutelar para uma gestão do cuidado psicossocial (YASUI, S. & COSTA-ROSA, 2008) foi debatida nos grupos como importante fragilidade para qualificar os atendimentos de usuários em sofrimento psíquico grave, mas principalmente para acolher o sofrimento decorrente de abuso de substâncias psicoativas. Surgiram questionamentos dos próprios trabalhadores em relação às restrições de acesso dos usuários aos serviços, como por exemplo, acolhimento com horário delimitado, superficialidade da triagem, assim como, em relação à cobrança por quantidade de atendimento, lógica de produtividade em detrimento da lógica do cuidado, prejudicando a qualidade das ofertas de atenção. Em vários municípios escutamos, queixas relativas aos prejuízos na produção de saúde gerados pela fragilidade do vínculo dos profissionais, com contratos terceirizados e equipes constantemente desfalcadas, mesmo em suas composições mínimas exigidas por lei. O quanto tais processos precarizados refletem em uma relação igualmente frágil dos usuários com os serviços foi alvo de recorrentes reflexões nos grupos escutados.

Os espaços de terapia comunitária com escuta coletiva dos problemas que muitas vezes cada um “carrega sozinho” foram apontados como uma experiência interessante por participantes do evento final do município de Porto Alegre. A tenda de experimentações, ocorrida no primeiro turno do evento, chegou a ser indicada como uma das melhores experiências de trabalho em grupo que alguns dos participantes experimentaram por permitir “*conhecer as experiências dos colegas para o surgimento de ideias, ver como acontece nos outros territórios*”. O grupo compartilhou quase que unanimemente desse sentimento e reivindicou, inclusive, que tal experiência fosse explicitada e divulgada pela pesquisa, a título de sugestão como alternativa possível para se operar um cuidado psicossocial na AB. Além da terapia comunitária, outras experimentações de cuidado foram compartilhadas como boas práticas de saúde mental tais como grupos

de meditação; grupo de ginástica terapêutica; grupos de caminhada; oficinas de artesanato e geração de renda; grupos de música e de teatro, práticas de apoio matricial e cuidado em rede.

Tal levantamento apontou para a importância dos espaços de troca e experimentações de cuidado em saúde mental, muitos dos quais que já ocorrem na rede, mas que são, muitas vezes, desvalorizados e mesmo invisibilizados. No turbilhão de exigências procedimentais, de protocolização e quantificação do trabalho em saúde, não raro nos vemos impedidos de potencializar atos de cuidado inventivos no encontro com um usuário ou coletividade que apresenta singularidades a serem consideradas. A falta de reconhecimento e de coragem para inventar cuidados não protocolados parece ser uma problemática que engessa a rede em uma atenção burocrática e se distancia da integralidade e humanização na atenção ao sujeito acolhido. Foi significativo àqueles participantes entenderem como eles mesmos, ao não divulgarem nem promoverem espaços de socialização de tais experiências, pouco conhecidas por vários trabalhadores, contribuem de algum modo, para que elas (e com isto, eles mesmos) sejam desvalorizadas em suas capacidades de promoverem saúde.

3. Estratégias de cuidado: tutelar X psicossocial

Nesta categoria de análise foi realizado um levantamento de como vêm sendo operadas as práticas de saúde mental e o quanto elas avançaram a partir da Reforma Psiquiátrica, ou, ao contrário, o quanto ainda reproduzem um modelo de cuidado tutelar vinculado à lógica manicomial. Os debates promovidos na pesquisa apontaram que o número de serviços especializados não está nem próximo à real demanda dos territórios. Os poucos existentes estão, ainda, desinvestidos pela gestão, o que faz os trabalhadores da AB sentirem-se perdidos quando necessitam de apoio para pensarem as situações que envolvam saúde mental. Neste distanciamento entre as especialidades de saúde mental e a atenção básica, é comum que práticas de cuidado ainda muito próximas às do antigo sistema manicomial sejam referidas como corriqueiras. Frente à falta de apoio matricial e medo imposto pela lógica do especialismo a se autorizarem a experimentar estratégias não protocolizadas de cuidado, práticas baseadas no

senso comum prevalecem. Vê-se aí repetirem-se acriticamente, muitas vezes, práticas como a medicalização massiva e cronicizante de determinados casos, com o recurso da internação a todo momento sendo usado e com procedimentos de cuidado que se aproximam de castigos e punições para os “casos difíceis”, com os quais entra em jogo todo um aparato disciplinar que insiste em domar, ao invés de escutar, o corpo em seus sofrimentos (DUNKER, 2015).

O que os participantes apontam como alternativas para essas práticas tutelares seria a promoção de grupos terapêuticos; rodas de conversa de auto e mútuo cuidado; apoio matricial com discussões de casos envolvendo toda a equipe, já que mesmo aquele profissional que não esteja atendendo diretamente o usuário em questão, pode alimentar na discussão seu arsenal de experiências e conhecimentos e usá-los em situações futuras; formar redes afetivas de cuidado, a partir da aproximação de pessoa para pessoa e não somente de profissional para profissional, “*retirando a formatação-jaleco*” que usualmente restringe os recursos de cuidado que cada pessoa pode trazer em sua vida. Tratou-se, portanto, de pensar alternativas para se promover um cuidado territorial que de fato explore os recursos da comunidade em que o sujeito vive. Tratou-se, enfim, nos debates dos grupos dos trabalhadores e grupos de Interesse com formações múltiplas escutados, de retomar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica que permitam o cuidado em liberdade, buscando reintegração ao território, familiar e comunitário do sujeito. Mas é importante destacar que essas não são práticas idealizadas que as leis preconizam que deveriam ocorrer um dia, quando os investimentos na rede estiverem alinhados aos princípios das Reformas. Como conta um trabalhador de CAPS, são realidades em curso: “*Hoje já discutimos em reunião de equipe, casos que os agentes comunitários de saúde trazem para discutir. Depois a discussão acontece na rede e na redinha. Ficam registros nos prontuários e também na rede. O usuário é acompanhado pelo agente comunitário de saúde e pela rede, onde discutimos o caso. A gente discute muito. Há relatórios que temos de fazer e encaminhar ao CRAS/ Conselho tutelar. O Hospital Geral da região faz uma grande parceria conosco especialmente em casos de abuso sexual.*” Vale, entretanto, frisar que os antagônicos modos de atenção em saúde mental seguem convivendo ainda em paralelo nos mesmos serviços. Em momentos diversos, inclusive, seguem orientando os mesmos trabalhadores e equipes que ora tutelam, ora dizem-se trabalhando pela

autonomia e protagonismo dos usuários.

Ao longo do processo da pesquisa, a estratégia psicossocial foi, também, predominantemente, pautada pelo vínculo e confiança produzidos nos espaços de encontro dentro dos serviços da AB. Nesse sentido, as práticas grupais apareceram como instrumento privilegiado de trabalho dessa lógica, pois, tal tecnologia e estratégia de cuidado permitem conversas, desabafos, troca de experiências e construção de vínculo entre os participantes e dos mesmos com o serviço de saúde, de forma a fomentar o cuidado no território. Além disso, representam dispositivos de ressignificação do espaço de trabalho para o profissional que demanda e oferta o cuidado em saúde mental, contribuindo, nesse caso, com a saúde do trabalhador. *“Ao longo de cinco anos a gente teve muito progresso no jeito de atender. Teve paciente que até trocou a medicação pelo grupo. E hoje ele já tomou até novos rumos. Atualmente eu só faço um dia de clínica, os outros eu atendo família, escola e faço grupos. Eu tenho uma agenda de terapia de família, que às vezes é um filho com problema na escola, um usuário de drogas, e minha consulta dura cerca de 40 minutos. Então a minha demanda é bem menor.”*

Por outro lado, compreendeu-se que, para além da potência do coletivo, existe muita dificuldade em legitimar as práticas terapêuticas citadas acima como cuidado de saúde mental, inclusive, entre os próprios trabalhadores que as realizam. A concepção de clínica ampliada, tão cara ao modo de atenção psicossocial, por exemplo, ainda é pouco apropriada por esses coletivos, como indica o trabalhador acima ao afirmar que *“eu só faço um dia de clínica...”* como se seus atendimentos fora do CAPS não pudessem ser considerados parte de uma clínica territorial. Essa problemática reverberou também em outras falas, as quais compreendiam como sinônimo de operar o cuidado em saúde mental, apenas as consultas clínicas realizadas dentro de consultórios com psiquiatras e psicólogos. Em geral, essa era a compreensão inicial que se apresentava quando aberta a problemática da pesquisa na AB, entretanto, ao passo que os usuários e profissionais se aproximaram dos grupos, foi-se alterando tal visão e possibilitando uma ampliação na concepção de clínica com as experiências de intervenção diversas. Também se observou que a personalização do cuidado é muito forte nesse âmbito, reafirmando a necessidade do profissional que oferta o cuidado em grupo de criar, reinventar e problematizar tais práticas junto às equipes, ajudando a enfrentar resistências e colocando-as em análise para que possam ser superadas.

Outro ponto marcante enfatizado nesta categoria de análise foi a importância, reiteradamente apontada, do trabalho intersetorial. Contudo, os participantes da pesquisa problematizaram que é importante as secretarias, enquanto gestão, darem o exemplo, começando a mostrar que é possível este contato entre setores que, no momento, aparece de forma tão fragmentária como podemos observar por uma das falas dos participantes: *“Gestores não trabalham em rede. O planejamento já não é preconizado para que as ações ocorram de modo integrado. O maior exemplo disso se vê entre gestores da saúde e educação trabalham separadamente”*. Não à toa as regiões de saúde, assistência social, educação e cultura, por exemplo, não são mapeadas em conjunto e podemos observar na prática o quanto essa fragmentação dificulta as ações no cotidiano do cuidado em alguns municípios participantes da pesquisa.

4. Cuidado em Rede

É nítido para os grupos consultados que o contato com o território existencial do sujeito em tratamento é o que possibilita práticas de cuidado que responsabilizem toda a rede, rompendo, portanto, com uma lógica tutelar. As referências feitas a estas articulações - à intersectorialidade que avança na compreensão de que o cuidado psicossocial só se realiza quando extrapola os serviços de saúde *stricto sensu* - foram agrupadas na categoria *Cuidado em Rede*. Os participantes da pesquisa, de uma forma geral, ratificaram a importância de que a produção dessas redes potentes se dá em uma tessitura permanente dos pontos de apoio. Tessitura esta que implica uma disposição solidária para receber o outro, uma escuta que possa abarcar as dimensões do sofrimento de nosso contexto atual: um modo de produção com imensas desigualdades sociais, que produz violências das mais diversas junto às mercadorias de consumo, contexto de exacerbado individualismo e vulnerabilidades de toda sorte resultando em solidão e adoecimentos.

Paralelamente à compreensão de que vivemos uma realidade social e econômica adoecedora foi salientada a importância do que chamaram de *“formar redes quentes”*, como nesta fala de um dos participantes: *“minha rede é as das relações que eu tenho nos outros serviços, rede de compadres, afetiva, para além*

dos procedimentos técnicos”. Dentro desse processo de tecer redes com o calor dos afetos foi problematizada a excessiva valorização, acima descrita, da quantidade de atendimentos em detrimento da qualidade das ações em saúde, já que para um trabalho em rede, muitas vezes, é necessário um tempo outro, menos acelerado, em que se possa compor com o outro, em que se teçam, junto aos procedimentos, relações de cuidado e confiança.

Nesta perspectiva, ganham relevo os conhecimentos regionais, comunitários, a sabedoria que usuários e comunidades desenvolvem para além das prescrições e valores científicos. Esta foi uma questão exacerbada por um dos participantes: *“parte-se do pressuposto de que a hegemonia da ciência é a única verdade. Por que o fitoterápico, a religiosidade e a espiritualidade não são vistas como verdades ou não são reconhecidas?”*

Foi possível também observar, nesse sentido, a dificuldade de gestores e trabalhadores articularem seus conhecimentos abrangendo outros dispositivos de cuidado e possibilitando uma diversificação das estratégias de atenção, compondo com pontos além dos serviços de saúde que potencializem recursos territoriais. Via de regra, o entendimento instituído de rede se contrapõe à ideia de uma construção permanente na lógica de que sua tessitura esteja em processo, com aposta em uma maior abertura e disponibilidade aos encontros. No contraponto desse entendimento, a rede torna-se pessoalizada e muito comumente fica polarizada no serviço especializado, no caso, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e/ou na Unidade de Saúde da Família (ESF). Reforça-se, desse modo, a concepção de saúde mental como “problema de especialista” e enrijece-se o fluxo de atenção na rede que volta a acionar o velho círculo vicioso do encaminhamento. Neste sentido, vale o alerta do gestor federal:

[...] a construção de redes se apresenta como uma tarefa complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes. Ter mais serviços e mais equipamentos é fundamental, mas não basta (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 8).

“O problema nosso, aqui, é essa tal de rede que é furada”; “tudo se resolveria se fizéssemos o trabalho em rede, mas ele não existe”, são alusões corriqueiras dos

trabalhadores e usuários participantes da pesquisa que denotam certa confusão da noção de rede (ou de como fazer rede) com a noção fluxo dos serviços de saúde. Muitas de suas queixas referem-se aos próprios fluxogramas que não dão conta das demandas, das singularidades e especificidades de cada usuário, resultando em funcionamentos muito distantes àqueles para os quais foram planejados e produzindo acúmulo de encaminhamentos. Nota-se aí a predominância de uma noção de rede como algo heterogêneo, pronto e acabado, que desresponsabiliza, de algum modo, os próprios atores que a poderiam tecer.

O que apostamos aqui, entretanto, é na rede pensada como acêntrica e reticular, e o que a faz manter-se viva, como algo que pode ser inventado e criado. Ao falarmos em uma produção de redes de cuidado para além dos serviços de saúde, reforçamos não só um olhar mais atento para o que já está presente no território e que pode compor um cuidado mais informal. Apostamos também em uma rede que só pode ser concebida em sua constante tessitura, à mercê dos seus atores, adaptando-se às variações dos espaços e às mudanças do tempo, pois as redes “são móveis e inacabadas, num movimento que está longe de ser concluído” (RAFFESTIN, 1993, p.204). Redes de saúde, como os coletivos escutados afirmaram também ser possível e necessário construirmos, “são estáveis e, ao mesmo tempo, dinâmicas. Fixos e fluxos são intercorrentes, interdependentes” (SANTOS, 1996, p.221).

5. Controle social e Protagonismo do Usuário

Reuniu-se, neste último eixo de análise, debates acerca de quem propõe, fiscaliza e intervém no planejamento das práticas de cuidado em saúde mental, quais lugares estratégicos têm-se popularizado como espaços de escuta e se afirmado como instâncias decisórias. Incluiu-se aqui reflexões e propostas acerca de estratégias que levem o controle social até o território existencial de cada usuário, que propiciem essa experimentação desde a Unidade Básica de Saúde (UBS) até os níveis mais especializados de atenção. Problematizou-se, também, o protagonismo do usuário ao percorrer a rede de saúde, já que, muitas vezes, a sensação que se tem é de que o controle social é o único lugar em que os usuários têm voz, apesar de vermos o quanto tais espaços atualmente estão esvaziados de usuários ou institucionalizados em suas propostas de participação.

A visão dominante entre trabalhadores sobre os usuários que percorrem as redes de saúde como objeto passivo, na antiga visão de um paciente frente ao saber que um outro tenha sobre seu corpo-vida, foi foco das discussões. O mesmo “é visto em geral com pré-conceito, como aquele que não tem nenhum saber sobre o cuidado, sobre os modos de vida”, e que por isso não precisa ser escutado. Seus saberes sobre suas próprias dores, processos de adoecimento, alternativas de tratamento são irrelevantes, infantilizando-o ou sequer o considerando como parte importante no cuidado de si. Assim, a partir dessa leitura sobre o usuário, a questão que ficou neste grupo de discussão foi: “*Como falar em protagonismo do usuário quando seu saber é visto como menor?*”

A participação dos usuários no planejamento e na organização dos serviços corresponde à diretriz de controle social do nosso SUS (BRASIL, 1988). É preconizado que os serviços de saúde contem com a participação ativa de seus usuários, para o melhor desenvolvimento dos serviços, que devem funcionar o mais próximo possível às demandas de seu território. Por este motivo, a diretriz de controle social do SUS institui os canais de deliberação e participação popular, os conselhos de saúde, a fim de garantir que todas ações de saúde sejam decididas em conjunto com representantes dos usuários e entidades.

Nos municípios pesquisados, deparamo-nos com conselhos de saúde enfraquecidos, com pouca reverberação de suas decisões nos serviços, ou pouca influência nas decisões no campo da saúde. Para algumas gestões municipais, o controle social era visto como empecilho para gestão/trabalho em saúde e não como instância componente e cogestora. Foi possível analisar que os diferentes interesses e linguagens entre trabalhadores, gestores e usuários dificultavam a comunicação, resultando em grandes distanciamentos. Identificamos, ainda, desconhecimentos sobre os direitos dos usuários, sobre os espaços prioritários para a participação e protagonismo, bem como, pouca valorização do protagonismo dos usuários nas práticas de cuidado desenvolvidas pelas equipes.

Tal realidade, entretanto, não encontrou reflexo direto na disposição dos usuários, pois a desvalorização da diretriz de participação social não significa a inexistência de protagonismo deste fundamental ator do SUS. Pudemos vivenciar e observar movimentos das lideranças comunitárias e articulações territoriais entre usuários e agentes comunitários que tentavam dar conta do cuidado em saúde

mental, na maioria das vezes, de modo independente dos serviços especializados. A participação era “impensável” em muitos dos serviços estudados, em se tratando de estruturas participativas organizadas para que ela acontecesse (colegiados de cogestão, ouvidorias ativas, assembleias sistematizadas). Os encontros da pesquisa, entretanto, permitiram observar que não faltava vontade aos usuários para o exercício de seu protagonismo, faltavam espaços onde ele pudesse, de fato, ser experimentado.

Entre os principais motivos relacionados à falta de espaços de participação, identificamos a precarização dos vínculos e condições de trabalho no campo da saúde, os poucos investimentos financeiros a ele destinados, e as demandas excessivas que recaem sobre um pequeno número de profissionais que, esgotados em seus cotidianos, muitas vezes não encontram fôlego para embates políticos que a participação cidadã lhes exigiria.

Reconhecer o usuário como alguém com saberes diferentes dos trabalhadores, mas que também pode compartilhar tanto o cuidado de si quanto da comunidade, parece ser o grande desafio que esta diretriz do SUS ainda impõe a todos seus atores. A proposta de olhar o usuário como alguém que tem não só condições, mas pode ter ótimas alternativas para ofertar ao processo de cuidado, ainda exige deslocamentos nos jogos de poder que precisam ser feitos. Usuário e trabalhadores em parceria tecendo redes em seus territórios para que neles se produza saúde permanece apresenta-se como uma utopia necessária à consolidação de um sistema efetivamente público, gratuito, integral, com participação de todos os interessados e com atendimento de qualidade e humanizado.

Considerações Finais

O mais importante efeito que cabe ressaltar, a título de finalização, do amplo processo investigativo que aqui se narrou, diz respeito à participação corajosa e empolgante dos atores das RAPS que nele se envolveram. O modo peculiar com que os grupos de trabalhadores, gestores e usuários se engajaram à proposta de autoanálise, críticas e reflexões coletivas e, principalmente, se empenharam na busca e criação de alternativas para que as questões candentes de saúde que seus territórios

lhes apresentam, foi uma verdadeira injeção de ânimo para nós pesquisadores e para as próprias redes de atenção psicossocial envolvidas no presente estudo.

Em um momento de grave crise da política institucional em nosso país, que coloca em xeque pilares da construção civilizatória que a democracia representa, o exercício cidadão que assistimos, vivemos e ajudamos a criar na tessitura dessa investigação não nos parece um resultado menor. É preciso resgatar, e esta a nossa aposta ético-política com as metodologias participativas de pesquisa, a capacidade inventiva e potência transformadora de seu cotidiano que os coletivos têm, quando mínimas condições de possibilidade lhes são oferecidas. Tal entendimento emerge, no âmbito dessa investigação, como seu principal achado, resultado evidenciado em processo intenso, prenhe de divergências e rico em experimentações. Experimento ético-político que nos autoriza a dizer que uma outra e robusta saúde é possível, desde que a evidência de pesquisa aqui ressaltada seja reconhecida como tal. Há braços espalhados na RAPS e dispostos a não a deixar submergir às intempéries da política instituída com toda sua vocação autoritária e excludente.

Entre outras conclusões, avaliamos que o método avaliativo-participativo, de quarta geração, de uma pesquisa em saúde mental demonstrou ser um efetivo exercício para a construção de análises coletivas e democráticas, produzindo conhecimento e saúde ao mesmo tempo. Da mesma forma, a experimentação de agenciar pesquisas avaliativas de quarta geração com a cartografia demonstrou o quanto é o campo problemático, com suas demandas e invenções, que conduz o desenho metodológico que se irá seguir.

Ressaltamos, ainda, entre os resultados que a pesquisa produziu acerca da interface Saúde Mental/Atenção Básica, um significativo avanço no que tange à quebra da tradicional invisibilidade de práticas concretas existentes de saúde mental nos territórios, assim como na disponibilidade dos grupos estudados para uma efetiva ampliação do diálogo e compreensões dos inúmeros determinantes sociais que agravam o sofrimento psíquico. Isto permitiu, inclusive, aos territórios identificarem de antemão alguns fatores de vulnerabilidade e risco no campo da saúde e, com base neles, planejarem ações locais de promoção e prevenção de saúde junto à população adscrita. Outra das importantes compreensões resultantes dos debates que analisaram os dados produzidos nos grupos focais, diz respeito à tradicional demanda por especialistas em saúde mental para que a rede possa

acolher estes casos na AB. Contrariando uma leitura rápida que usualmente se faz desta demanda como um modo, e assim garantirem certa distância do tema da loucura, nosso entendimento foi diverso. A experiência vivida no processo de pesquisa permitiu-nos compreender que os pedidos de “mais psicólogos”, “falta psiquiatra no posto”, “mais especialistas no assunto”, nem sempre precisam corresponder a “menos de nossa – trabalhadores da AB – participação no problema”. Junto a esta demanda de especialidades mais próximas ao dia a dia das equipes na AB, escutamos um legítimo desejo de saber mais sobre saúde mental. Com isto, é possível ler-se que usuários e trabalhadores querem também se instrumentalizar para lidar com seus dilemas psíquicos, para lidar com os dramas que cotidianamente chegam às unidades de saúde e querem, também, saber fazer algo com isto. Saber fazer, adquirir um *know-how* que ainda, em nossa sociedade de classes, é restrito a determinados segmentos. Escutamos aí um pedido de trabalhadores que querem poder mais.

A Reforma Psiquiátrica brasileira em curso no território de pesquisa apresenta, como não poderia ser diferente, a mesma transição tecnológica nos modos de cuidar que se observa no restante do país. Em função disso, não é raro que os serviços, as equipes, e até mesmo os trabalhadores e os usuários tragam consigo demandas e formas de trabalhar características do modelo tutelar que seguem representando um desafio importante à conquista de um cuidado pautado no modelo psicossocial requerido para que se realize o cuidado em liberdade. Reforçamos que o processo de pesquisa, na metodologia como foi proposta, resultou em uma educação permanente em ato e serviu, entre outras coisas, para que muitos dos atores até então vinculados apenas à Atenção Básica se colocassem em um movimento de articulação com a Saúde Mental como anunciado por um trabalhador no processo de avaliação final da pesquisa: “*serviu pra eu descobrir que as questões da loucura que eu nunca me envolvi, sim, nos dizem respeito!*”

E os ranços de um “queixume-idealista”, marcado pelo mesmo ressentimento que compõe o discurso predominante na rede de cuidados, começou a ceder lugar às forças ativas, para aqueles movimentos também existentes na rede que criam novos caminhos, inventam saídas inusitadas e problematizam as práticas de cuidado: “*Se existissem mais grupos... conversar é ótimo. Faz bem! Se tivesse mais te garanto que não precisava de manicômio!*”,

comenta uma usuária em um grupo de interesse que analisava a presença de dispositivos grupais em algumas das unidades básicas de saúde. “O agente comunitário é um psicólogo na visita, né?! Tu vê que a pessoa precisa mais de atenção tu acaba indo mais de uma vez no mês”, atesta a agente comunitária de outra região quando um dos grupos de interesse debatia a importância dos vínculos de confiança para que os usuários de saúde mental possam se sentir mais acolhidos em seus territórios de vida.

Por fim, de uma forma geral, podemos afirmar hoje que se tem um processo de redirecionamento no modelo de atenção em saúde. No campo da AB, há que se avançar na construção de uma saúde mais inclusiva, que favoreça o olhar para o contexto social e assegure a participação progressiva da comunidade nas decisões que vão desde definições macropolíticas para gestão local, resultando em condições de vida saudáveis ou adoecedoras, até as mais prosaicas decisões cotidianas, como, por ex., quando e por que definir um tratamento medicamentoso com seus devidos efeitos para a vida de cada um.

No campo da Saúde Mental, a luta por um processo de desinstitucionalização do cuidado tutelado em direção a um cuidado em liberdade, democrático e territorializado é uma realidade em processo com avanços tão inegáveis quanto são os impasses que ela impõe. Nascidas com a democratização política do país, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica são parte de um Brasil que um dia escolheu garantir a todos os seus cidadãos o direito à saúde. Pesquisar neste campo da política pública de saúde é também não esquecer do histórico de constituição dessas reformas. Uma história nem tão distante assim, obra aberta a demandar incessantes esforços criativos e persistente defesa dos direitos elementares a todos os humanos. Inclusive do direito à loucura.

Referências

BARROS, R.B.; PASSOS, E. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre, RS: Sulina, pp. 17-31: 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. (2013). Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq2013.pdf>> Acesso em: 15 de ago 2018.

CAMPOS, G.W.S. Produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas em saúde mental: notas reflexivas. In: ONOKO CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.; PASSOS, E.; Benevides, R. (Orgs.) **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental**: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, p. 97- 102, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. vol.11, n.3, pp.705-711: 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>> Acesso em: 8 agosto 2018.

COSTA, L.A.; ANGELI, A.A.C.; FONSECA, T.M.G. Cartografar. In: FONSECA, T.M.G., NASCIMENTO, M.L.; MARASCHIN, C. (Org.) **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre, RS: Sulina, p. 35-38, 2012.

DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro, RJ: Ed. 34, 1992.

DUNKER, C.I.L. A escuta do delírio: fragmentos de um caso clínico. In: DUNKER, C.I.L.; KYRILLOS NETO, F. (Orgs.), **Psicanálise e Saúde Mental**. Porto Alegre: Criação Humana, p. 95-110, 2015.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 6 (1): p.165-182, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100014>> Acesso em: 10 agosto 2018.

FURTADO, J.P.; ONOCKO-CAMPOS, R.T. A transposição das políticas públicas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 8 (1), p.109-122, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1415-47142005001011>> Acesso em: 10 agosto 2018.

FURTADO, J.P.; ONOCKO-CAMPOS, R.T. O percurso da pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. In: ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Orgs.). **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental**: Desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; p. 278-99: 2008.

GUBA, E.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de quarta geração**. (B. Honorato, Trad.). Campinas: Editora Unicamp, 2011.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. Controversias paradigmáticas, contradiciones y confluências emergentes. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (Orgs.), **Manual de Investigación cualitativa**. Volumen II. (Paradigmas e Perspectivas em disputa). Barcelona: Gedisa, p.39-78: 2012.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia e Sociedade**;19(1):15-22, jan/abr; 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a03v19n1.pdf>> Acessado em: 21 de jul 2018.

KUNH, T. S. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. Décima Segunda edição. São Paulo:

Perspectiva, 2013.

PASSOS, E. & BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 16(1), 71-79: 2000. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0102-37722000000100010>> Acessado em: 20 de jun 2018.

ONOCKO-CAMPOS, R. Pesquisas em saúde mental: o desafio de pesquisar mudanças e inovações em um campo demarcado por questões ético-políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**; 18 (10):2794: 2013. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63028210001>> Acessado em 05 de mai 2018.

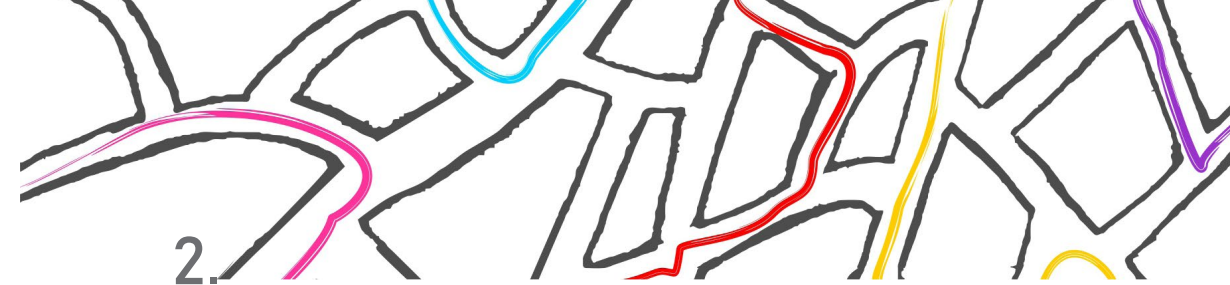
PAULON, S. M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, 17 (3), 18-25, set-dez: 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a03v17n3>> Acessado em: 23 de jul 2018.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. Maria Cecília França Tradução. São Paulo: Editora Ática, 1993.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço**: Técnica e Tempo. Razão e Emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

YASUI, S. & COSTA-ROSA A. A estratégia de atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos em saúde mental. **Saúde Debate**; 32:27-37: 2008.



2. A POTÊNCIA DA INTERVENÇÃO FORMATIVA DE APOIO MATRICIAL NA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM SAÚDE MENTAL

Cláudia Maria Figueiras Penido
Izabel Christina Friche Passos

Este texto tem por objetivo chamar a atenção para a potência de intervenções em serviço na produção de conhecimentos no campo da saúde coletiva, quando as mesmas se pautam por um trabalho participativo e reflexivo. No caso específico, tratou-se de uma experiência¹⁰ formativa que, além de gerar a demanda pela implantação de um novo projeto de apoio matricial em saúde mental junto à atenção básica, ensejou a realização de uma pesquisa-intervenção em nível avançado sobre a própria implantação do projeto. Pretendemos problematizar uma situação bastante comum na saúde coletiva, qual seja a de separar intervenção e pesquisa, desprezando a potência epistemológica das intervenções em serviço como formuladoras de problemas de pesquisa em sintonia com as realidades locais.

A experiência em questão teve lugar em um município mineiro de médio porte, entre os anos de 2005 e 2012. No seu início, apresentou-se como uma primeira tentativa de articulação entre a equipe de saúde mental (EqSM) e as equipes de saúde da família (EqSF) locais. A motivação partiu da EqSM, que tomava como preocupante a quantidade crescente de encaminhamentos de usuários por parte das EqSF. A excessiva demanda dirigida à EqSM por meio de encaminhamentos considerados por ela desnecessários sobrecarregava o serviço especializado em saúde mental, dificultando o acesso dos usuários com transtornos mentais mais graves.

À época, uma capacitação em saúde mental foi planejada para aprimorar a capacidade de identificação dos casos que demandavam atendimento especializado e para estimular o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais leves pelas EqSF, evitando-se assim o excesso de encaminhamentos.

¹⁰ Essa experiência foi mais detalhada e criticamente analisada em Penido; Passos; Andrade (2015). Para efeito do presente texto, interessa-nos explorar seus desdobramentos como pesquisa-intervenção.

A primeira autora deste artigo foi protagonista da experiência e era, então, psicóloga da EqSM, tornando-se, posteriormente, gestora da estratégia de apoio matricial em saúde mental, além de ser a professora supervisora do estágio de Psicologia em curso no município. Passados alguns anos, a segunda autora juntou-se à primeira para releitura da experiência. Esse olhar, estrangeiro, somado a um distanciamento temporal da experiência vivida pela primeira autora produziu um estranhamento importante e necessário para a análise crítica desse processo. Foi-nos possível ressignificar a experiência de modo a compreendermos suas contribuições para a subsequente implantação do apoio matricial em saúde mental em todo o município e para a realização da pesquisa-intervenção que se seguiu e que tomou o processo de implantação do Apoio Matricial como objeto de investigação.

Este artigo pretende retratar sumariamente a evolução de todo o processo, desde seu início como atividades de capacitação, passando por uma importante transformação em formação permanente, através da qual se concretizou a estratégia do matriciamento, até a realização da pesquisa-intervenção que aportou conhecimentos aprofundados sobre a realidade local, produzidos de modo participativo e compartilhado com os atores envolvidos.

Das capacitações à formação permanente

Em 2005, o município contava com dois ambulatórios de saúde mental, um destinado a adultos e outro a crianças e adolescentes, para atender aos seus aproximadamente 220.000 habitantes. Tratava-se de uma fase de transição visando à implantação de uma rede de saúde mental, visto que o município aguardava o credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e preparava um projeto para criação de um Centro de Atenção Psicossocial Infância-Juvenil (CAPSi), o que se deu algum tempo depois. Viviam-se um contexto político favorável, decorrente da relação de parentesco de um dos trabalhadores da saúde mental com o então secretário de saúde, o que colaborou para a anuência quanto à nomeação de um coordenador técnico para a Saúde Mental.

A providência inicial do coordenador técnico nomeado foi reunir a equipe para a construção de um projeto de saúde mental para a cidade,

quando se deparou com a inevitabilidade de se pensar a articulação entre Saúde Mental e Estratégia de Saúde da Família (ESF), questão que adquiria um caráter urgente dado o assoberbamento da primeira com o volume de encaminhamentos inadequados feitos pela segunda. Esse número chegou a 1.300 usuários em um único mês, a maioria com transtornos mentais considerados leves ou mesmo com sofrimentos da vida que sequer poderiam ser descritos naqueles termos. Era clara a naturalização dos encaminhamentos e a patologização da vida cotidiana dos cidadãos, em especial daqueles moradores de regiões mais empobrecidas, que ao olhar dos profissionais da ESF, naquela época, necessitavam de intervenção *psi*, fosse ela psicológica ou psiquiátrica. Segundo o manual distribuído pelo Ministério da Saúde para informar aos profissionais de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre os CAPS, “é a rede básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.25). Esse foi o desafio em pauta.

Nessa ocasião, pensou-se que a oferta de uma capacitação previamente planejada e dirigida às EqSF, principais agentes encaminhadores à Saúde Mental, seria uma opção para potencializar as possibilidades de cuidado daqueles usuários no âmbito da ESF. Se o objetivo geral das capacitações era, inicialmente, dar subsídios às EqSF para que pudessem sustentar o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais leves e aprimorar a identificação dos casos que demandavam atendimento especializado, com o tempo, percebeu-se que seria importante discutir também a saúde de forma mais ampliada, a fim de estimular ações não centradas apenas em procedimentos como consultas ou medicação.

Um mês depois de finalizadas as primeiras capacitações para os médicos, enfermeiros e ACS, houve uma diminuição – significativa e surpreendente para todos os envolvidos – de aproximadamente oitenta por cento (80%) no número de encaminhamentos mensais feitos pelas EqSF ao serviço de Saúde Mental.

Com o passar do tempo, entretanto, observou-se o recrudescimento do número de encaminhamentos, o que indicou limites das capacitações pontuais (CECCIM, 2005) e levantou a necessidade de formação permanente para as EqSF – que culminou em um projeto de apoio matricial em saúde mental.

A construção de um projeto piloto de apoio matricial em saúde mental como estratégia de formação permanente

Naquela ocasião, alguns profissionais da EqSM tiveram contato com a discussão da estratégia do apoio matricial em saúde mental no XI Congresso Mundial de Saúde Pública/VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), ocorrido em 2006, no Rio de Janeiro (RJ). Pensando na perspectiva de dar suporte permanente em saúde mental às EqSF, foi proposta à coordenação de saúde mental do município a adoção da estratégia do apoio matricial, prevista pelo Ministério da Saúde, e assim definida:

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da Atenção Básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.79)

O recurso a uma estratégia como essa, que propunha a substituição da lógica do encaminhamento pela lógica da responsabilização compartilhada dos casos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; CAMPOS, 1999), pareceu adequado às necessidades locais. Dessa forma, foi apresentado um projeto piloto de Apoio Matricial em Saúde Mental, que foi aceito pela Secretaria Municipal de Saúde, que vinha acompanhando a significativa diminuição dos encaminhamentos das EqSF às EqSM, ocorrida após as capacitações. Não existia, àquela época, financiamento federal para essas ações, o que só se consolidou com a portaria de criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 154, 2008). O município passaria a fazer jus à verba somente em 2011, tendo bancado o apoio matricial em saúde mental, com recursos próprios, de 2007 até aquele ano.

Como eram muitas as EqSF e pouco o tempo dos profissionais da EqSM destinados ao matriciamento, dividiu-se o município em grandes micro áreas,

que indicavam uma de suas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para sediar as reuniões do projeto piloto de Apoio Matricial, que aconteciam a cada quarenta dias. Nessas reuniões, um psiquiatra da equipe de saúde mental se encontrava com até oito EqSF para oferecer suporte para questões relativas à saúde mental. O tempo exíguo dos profissionais de saúde mental foi justificativa usada para, inicialmente, mobilizar apenas psiquiatras para essa tarefa, visto que somente esse profissional poderia discutir qualquer aspecto referente ao caso, considerando-se que os demais não poderiam orientar sobre medicação. Ainda, o limite de espaço para abrigar profissionais de até oito equipes em uma só reunião foi apontado como razão para a exclusão de ACS desse processo.¹¹

O estágio de Psicologia, supervisionado pela primeira autora, era parte do projeto piloto e foi pensado como um apoio em saúde mental para os ACS do município, que só vieram a participar das reuniões de matriciamento tempos mais tarde. Assim, o estágio de Psicologia se propôs a trabalhar com os ACS o mapeamento dos recursos socioculturais do município e a elaboração do “Catálogo de Recursos Socioculturais”, a fim de identificar na comunidade possíveis recursos que pudessem ser utilizados como estratégias para o enfrentamento das demandas em Saúde Mental, numa concepção ampla e desinstitucionalizante da doença, (re)complexificando-a e a concebendo como uma possibilidade de vivência e existir humano. Sendo, portanto, necessário para isso construir e inventar a partir dos recursos possíveis em cada território¹² novas perspectivas de vida (AMARANTE, 1996).

O mapeamento foi vislumbrado como uma intervenção capaz de sensibilizar os atores envolvidos em relação à necessidade de repensar a clínica praticada na EqSF, principalmente focada na doença e na medicação. A intenção era de que ao identificar recursos socioculturais no território e organizá-los no formato de um catálogo, os ACS pudessem se sensibilizar para as potencialidades de alguns recursos para compor projetos terapêuticos de usuários e se tornassem multiplicadores de uma concepção ampliada de saúde, atenta aos aspectos psicossociais que intervêm na vida de todos e de cada um. Dessa forma, tentava-se deslocar a centralidade da medicação, pelo menos junto a esses profissionais da ESF. Nessa direção, os ACS poderiam passar a desempenhar um trabalho

11 Conferir críticas a essa experiência piloto de apoio matricial em Penido; Passos; Andrade (2015).

12 O território é entendido como decorrência da vida em sociedade, ou ainda, como relações sociais projetadas no espaço, mais que os espaços geográficos concretos em si (Souza, 2004).

mais criativo e autônomo de aproximação com a comunidade por vias não medicalizadas ou medicalizantes.

Foram considerados como recursos socioculturais as entidades, os grupos organizados e os programas que pudessem acolher o cidadão do município e ajudá-lo a cuidar de si e de sua saúde, tomando por base que:

As ações de saúde mental na Atenção Básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL/COORDENAÇÃO DE GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2004, p.77).

As categorias que agruparam os recursos socioculturais da cidade foram as seguintes: Trabalhos Manuais; Ginástica e Prática Esportiva; Cursos de Formação Profissionalizante; Creches; Educação; Educação Especializada; Crianças e Adolescentes; Abrigo; Coral e Música; Teatro, Dança e Artes Circenses; Bibliotecas; Terceira Idade e Serviços Assistenciais.

Ao final, em comemoração ao dia nacional da Luta Antimanicomial, realizou-se uma cerimônia oficial de lançamento do Catálogo, em que estiveram presentes as equipes envolvidas, usuários, alguns gestores – como a Coordenadora Estadual de Saúde Mental e o Prefeito Municipal – e diversos segmentos da comunidade. Os próprios ACS, aludindo ao trabalho em rede, entregaram a diversos atores envolvidos no cuidado à saúde e a um representante dos usuários o Catálogo de Recursos Socioculturais, resultado de um trabalho feito por muitos.

Da intervenção à pesquisa-intervenção: transformar para conhecer

Em agosto de 2007, em reconhecimento à prática do estágio de Psicologia na experiência piloto do apoio matricial, o coordenador municipal de saúde mental convidou a primeira autora, então supervisora do estágio, a ser coordenadora da estratégia de apoio matricial em saúde mental, com ampla liberdade de reformulá-la. As atividades matriciais foram então temporariamente suspensas para estruturar, junto com uma nova equipe, um novo projeto de apoio matricial, depois de avaliados

os limites da experiência anterior, tais como a não inclusão de outros profissionais que protagonizavam ações de saúde mental, tanto das ESFs quanto da EqSM, e a discussão predominantemente médico-farmaco-centrada, com incipiente problematização de outros aspectos envolvidos, como os aspectos psicossociais (PENIDO, 2012).

A nova equipe, composta por psiquiatras e psicólogos, também contava com as estagiárias de Psicologia responsáveis pela intervenção com os ACS apresentada anteriormente. Elas passaram a ser remuneradas como estagiárias pelo município e, assim que formaram, como psicólogas contratadas. Esperava-se que, por sua posição e função diferenciadas, elas pudessem colaborar com estranhamentos reveladores de entraves no processo de trabalho, para manter aberta a dimensão reflexiva sobre a prática matricial e formular saídas criativas (PENIDO, 2012).

Como coordenadora da estratégia matricial, a primeira autora deste texto sentiu necessidade de compreender, em uma pesquisa avançada de doutoramento, o conjunto de forças mobilizadas no projeto de apoio matricial. Assim, optou por explorar o problema por meio de projeto de pesquisa desenvolvido entre os anos de 2008 e 2012. Acreditava que, apesar do projeto prescrito e para além dele, seria necessário compreender, junto aos trabalhadores e gestores, como aqueles encarregados de operar diretamente a metodologia matricial, no caso a EqSM e a EqSF, concebiam e se relacionavam com esta proposta. Afinal, como lembra Cecílio (2007, p. 346), o trabalhador da saúde não pode ser tomado como quem está “[...] pronto a orientar, de forma automática, sua prática pelas diretrizes definidas pelos dirigentes das organizações”. Esses trabalhadores, segundo o autor, não estão ‘moralmente comprometidos’ com projetos que só são vistos como necessários na avaliação de quem os formula (CECÍLIO, 2007).

A intervenção anteriormente descrita favoreceu uma abertura para a (re) construção das práticas de apoio matricial no município, colocadas em questão no formato de pesquisa, com foco na relação dos trabalhadores com a proposta em curso. Essa articulação entre pesquisa e intervenção, entretanto, só foi percebida a *posteriori*. A tese deu continuidade ao olhar investigativo, não explicitamente assumido, mas que já se fazia presente na intervenção. Este movimento integrativo permitiu à pesquisa não só alcançar a dimensão da rede quanto transcender práticas delimitadas apenas pela perspectiva acadêmica. Interessante perceber que foi na tentativa de atender encomendas de ordens diversas na intervenção que a

professora-trabalhadora e depois gestora-pesquisadora fez parte do processo aqui descrito. Foi nesse caldeirão de demandas ou nesse campo de interferências que a construção da demanda se deu e que a questão de pesquisa foi se construindo.

É evidente que o fato de a pesquisadora ser também e ao mesmo tempo uma trabalhadora daquele município deu organicidade e continuidade ao movimento reflexivo. Entretanto, observamos que há um certo preconceito na academia contra o trabalhador-pesquisador (usualmente conhecido pela expressão *praticien-chercheur* na língua francesa). Muitas vezes, a demanda por pesquisar o próprio trabalho é entendida como específica para os mestrados profissionais, uma vez que muito voltados ao “chão de práticas”. Ora, essa diferenciação entre mestrado profissional e mestrado acadêmico só faz reforçar a ideia dominante de cisão entre intervenção e pesquisa acadêmica, o que a pesquisa-intervenção recusa.

Em nossa experiência, também observamos que demandas de ordem mais tecnicista, de aplicação imediata ou voltadas para a mera titulação em prejuízo da problematização das práticas, têm sido frequentemente dirigidas à pós-graduação de maneira geral. Muitas vezes a pós-graduação se constitui, inclusive, em uma chance de escapar do cotidiano. Por outro lado, a investigação que parte do “chão de práticas” se traduz em um mergulho vertiginoso no próprio processo de trabalho, com a necessidade de pensar as implicações do pesquisador-trabalhador em relação a ele.

Não se trata aqui de reivindicar para o trabalhador-pesquisador a condição de antídoto contra a tendência de segmentação entre intervenção e pesquisa nos cenários da saúde. Muitas pesquisas-intervenção têm origem fora do serviço, como uma oferta acadêmica de grupos de pesquisa, por exemplo, que ocorrem no mais das vezes por indução de órgãos de fomento. Entretanto, para se constituir como uma pesquisa-intervenção é necessário haver trabalhadores na equipe de pesquisadores, atuando conjuntamente. A desvalorização acadêmica, ou pelo menos, a menor importância reconhecida é sobre a proposta de pesquisa-intervenção como um todo, em relação à pesquisa tradicional, formalmente controlada e conduzida pelo pesquisador.

Na pesquisa-intervenção não se pode deixar de perceber a potência do trabalhador-pesquisador para fazer face a tal tendência, o que reforça a importância de estimular pesquisas realizadas nos serviços aos quais os pesquisadores se vinculam. Evidentemente que este tipo de incentivo parte do pressuposto de que a neutralidade do

pesquisador não se apresenta como algo a ser perseguido, mas como algo inexistente, uma ficção da ideologia cientificista (LOURAU, 1981). Ao contrário, pressupõe que sua implicação com o objeto em estudo e com a própria pesquisa deva ser tomada em foco, justamente para aclarar as condições de produção do conhecimento. Em suma, o que se persegue nesse caso é uma objetivação crescente das interpretações fornecidas pelos participantes, isto é, um confronto com outras formas de compreensão possíveis dos eventos e acontecimentos narrados (BOURDIEU, 1976; 2003), o que só pode ser alcançado pela reflexão e discussão permanentes dos resultados alcançados. Resultados que são sempre parciais e postos em perspectiva, em que o lugar de quem os descreve é parte integrante deles mesmos.

No caso em questão, a pesquisa-intervenção se nutriu de uma parceria epistemológica entre trabalhadora-pesquisadora e os trabalhadores de sua equipe, que também passaram, de certa forma, a ser pesquisadores. Nas reuniões semanais entre a coordenadora e a equipe de apoiadores matriciais, instaurou-se um processo de restituição permanente da pesquisa. Nesse sentido, além de participativa, a pesquisa se constituía como formativa para a função apoio. A análise processual da implicação de trabalhadores das EqSF, EqSM e respectivos gestores na estratégia do apoio matricial ajudou a transformar o processo de trabalho (PENIDO, 2015) e reforçou a importância da pesquisa-intervenção naquele contexto. Dito isso, é possível vislumbrar que a dimensão interventiva se fez presente durante todo o tempo da pesquisa e não somente no período anterior a ela, tendo sido decisiva para a construção do seu objeto.

Considerações finais

Por fim e frente ao exposto, parece legítima a indagação: a construção coletiva da demanda a ser transformada em objeto de pesquisa depende de contarmos com trabalhadores-pesquisadores em campo?

Em que pese a potência do trabalhador-pesquisador para aproximar intervenção e pesquisa e construir coletivamente as demandas a serem consideradas, defendemos que o mais importante não é contar com este estatuto, mas estimular a construção de sua função no próprio processo, o que pode ser mobilizado pelos pesquisadores acadêmicos no campo e com sua intervenção inicial. Trata-se de um movimento estratégico que escuta as demandas e legítima

a construção coletiva do conhecimento, contribuindo para a sua apropriação sem que se abra mão do rigor em sua produção. Em outras palavras, trata-se, tanto quanto possível, de um exercício científico democrático.

Como limite da pesquisa-intervenção em questão, apontamos para a dificuldade de categorização compartilhada do material construído em entrevistas com gestores e grupos focais com trabalhadores das EqSM e EqSF. Essa etapa, de grande importância na construção dos resultados da pesquisa, foi realizada pela pesquisadora e por seus colaboradores da universidade, o que já é, em si, uma condição a se mencionar em relação à construção do conhecimento na pesquisa-intervenção. Ou seja, a dimensão coletiva dessa construção não se aplicou igualmente a todo o processo. Dito de outra forma, a escolha pela modalidade da pesquisa-intervenção sempre pautará a tensão colocada “entre os limites do instituído da instituição pesquisa e os movimentos instituintes da produção coletiva” (FORTUNA, 2016), o que a cada nova pesquisa precisa ser posto em análise.

De toda forma, o tempo escasso dos trabalhadores e gestores da saúde frente à sobrecarga de tarefas, demandas variadas e número de usuários sob sua responsabilidade coloca limites à sua participação nos processos de pesquisa. Essa situação reforça a relevância dos dispositivos de reflexão, tais como os que partem de restituições de pesquisa, para arejar as práticas e diminuir, inclusive, o tempo gasto em performances automatizadas e irrefletidas que só fazem reproduzir e consumir as forças criativas e inovadoras.

Finalmente, poderíamos dizer que a pesquisa-intervenção produz uma via de mão dupla: ao mesmo tempo em que se alimenta de ações concretas para fazer avançar o conhecimento sobre a realidade, ao aportar novos conceitos e reflexões críticas ou problematizadoras produz efeitos diretos de transformação da realidade pesquisada. Igualmente importante, esse tipo de pesquisa tem a potência de uma formação em ato, pois protagonizada pelos próprios envolvidos e interessados no processo.

Referências

AMARANTE, P. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BOURDIEU, P. Le champ scientifique. In: Actes de la recherche en sciences sociales, 2-3, p.88-104, 1976 (Trad. O Campo científico. In: ORTIZ, R. (Org.) **A sociologia de Pierre Bourdieu**. São

Paulo: Olho d'água, 2003.

_____. **Compreender. A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 2003, p.693-737.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 77-84.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 154**, de 24/1/2008. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. 2008. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 25 jul. 2010.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n.16, p.161-168, 2005.

CECILIO, L. C. O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface (Botucatu)**, v. 11, n. 22, p. 345-351, maio/ago. 2007.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; MESQUITA, L. P. de; MONCEAU, G. A análise da implicação de pesquisadores em uma pesquisa-intervenção na Rede Cegonha: ferramenta da análise institucional. **Cad Saude Publica**, v. 32, n.9, p.1-10, 2016.

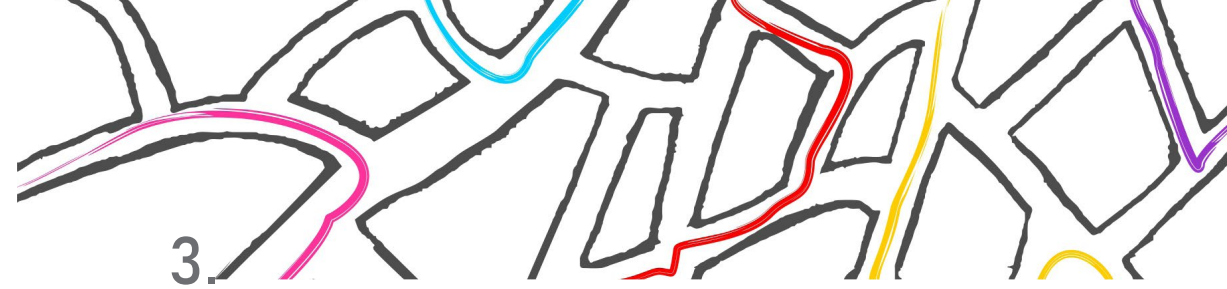
LOURAU, R. **Le lapsus des intellectuels**. Toulouse: Privat, 1981.

PENIDO, C. M. F. **Análise da implicação de apoiadores e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no apoio matricial em saúde mental**. 2012. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2012.

PENIDO, C. M. F. A análise da implicação como dispositivo de transformação do processo de trabalho. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. 2, Edição Especial, p. 248-257, dez. 2015.

PENIDO, C. M. F.; PASSOS, I.C.F; ANDRADE, I. C. De. Saúde mental e estratégia de saúde da família: uma primeira experiência de aproximação. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. 2, Edição Especial, p. 258-268, dez. 2015.

SOUZA, M. A. Uso do território e saúde: refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: SPERANDIO, A. M. G. (Org.). **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis**. Campinas: IPES Editorial, v. 2, p.57-77, 2004.



3. EXPERIÊNCIAS DE ESCUTA EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Sindaya Rose Carvalho Belfort
Michele de Freitas Faria de Vasconcelos

O texto que se segue é um exercício, uma escrita-experiência, um tasteio de reflexão sobre escuta em saúde mental na Atenção Primária. Partindo de pistas dadas por Michel Foucault (1979), se tentamos pensar qual pode ser a força da escuta em saúde mental a partir de nossas experiências, não podemos ignorar o lugar de quem descreve e as relações de poder-fazer que nos atravessam e conformam essa dada leitura. Quando alguém fala ou escuta algo, há um conjunto de regras convencionadas que constroem uma determinada visada. Nessa direção, construímos uma leitura situada, contingencial e local. Mas, porque local, menor, sem pretensão de generalizações, pode ter a força de espreitar acontecimentos que irrompem na cena instituída a desdizer protocolos de acolhimento, cuidado em saúde mental, a mover o território da escuta. Desta forma, a história contada não tem “lugar de verdade” (FOUCAULT, 1979, p.13), pois se a reduzimos a uma verdade, nós a perdemos, pois luz demais pode cegar e a nossa aposta é desaprender certos modos de escutar e de ver no olho da escuridão.

A nós interessa espreitar/experimentar outra escuta. Interessa falar da alegria do encontro, da acolhida e de afetos que pediram passagem por meio da escuta. A escuta, como dispositivo de cuidado em saúde, com frequência comporta uma fala que traz dor, sofrimento, lágrimas. É espaço validado, protocolar. Mas também é espaço procurado, reconhecido, principalmente quando as pessoas retornam, sem agendamento, porque percebem que, neste lugar, a palavra não ficará presa, que poderá escorrer em estado de lágrima (MOSÉ, 2016), sair pelos poros ou se manifestar nos gestos. Para essa escuta, importa palavras sem nexos, sem sentidos prontos, importa escutar com os pés, importa o silêncio.

Há também o entendimento de que, se o foco da escuta for a doença, nos afastaremos do que o outro pode trazer de vida, deixaremos de nos interessar pelo

que o outro sente, pelo que ele pensa, por sua história, sua saúde, pelo seu outrar-se¹³. Para nós, parece ser importante problematizar o saber que cala, que paralisa o por vir, o fluxo da vida no diagnóstico. Se o diagnóstico precede o sujeito, tudo o que se seguir, tudo o que surgir, pode estar refém dele e, por isso, perder em força, em insurgência, em potência de desviar, pois a vida não cabe ali, ela escorre, assim como as palavras estilhaçam significados e multiplicam sentidos. Para nós, importa experimentar compor outros territórios para a escuta.

O lugar de onde escrevemos é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa reorganizar a Atenção Primária (AP) e que tem como características principais a adstrição de área, que garante a vinculação de famílias a uma equipe multiprofissional de saúde e o atendimento no território, seja no domicílio ou em outros espaços ou serviços da comunidade. Desta forma, busca-se favorecer a criação de vínculo entre pessoas/famílias e profissionais/equipes, ampliando a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (FIGUEIREDO, 2012).

Pensar o cuidado em saúde mental na AP, espaço privilegiado pela riqueza de possibilidades de cuidado, é refletir não somente sobre o que inquieta e angustia, mas, também, sobre os caminhos construídos, aprendidos por meio de experiências que nos levam a sair do trilho de todo um histórico de aprendizagem protocolar anterior. Caminhos de desaprendizagem, onde o que importa parece ser aquilo que nos tocou, nos passou, nos aconteceu e que exigiu/exige de nós, em um espaço institucional de cuidado, “aprender a lentidão [...] calar muito [...] e dar-se tempo e espaço” (BONDÍA, 2002, p.24).

Deste lugar, sem ignorar a força que tem o lugar, pois “cada lugar é, à sua maneira, o mundo”, neste espaço, “teatro insubstituível das paixões humanas” (SANTOS, 1999, p.252) onde as relações acontecem, escolhemos enxergar as pessoas que chegam, para pensar sobre condições de possibilidade que compuseram o sujeito louco (doente) e o sujeito especialista na loucura e do que se sucede no encontro entre eles (tratamento), para quem sabe borrar suas formatações e fazer-pensar-ampliar um cuidado como afirmação da vida, mas não de uma vida qualquer, e sim da potência de vidas que não se deixam nominar e da potência do que não se pode nominar em nossas vidas.

Se pretendemos escutar desde este lugar, parece fundamental pensar que o sujeito que chega para ser escutado tem uma vida presente que é construída

¹³ À maneira de Manoel de Barros e Fernando Pessoa em suas poéticas do desaprender e despregar-se, do abrir o corpo para o encontro com as forças do mundo, inclusive o corpo das palavras.

incessantemente: ele traz consigo experiências, maneiras de agir e se perceber no mundo, conhecimentos e terapêuticas. Não há neutralidade, pois não é possível nos distanciarmos de nossas referências culturais e históricas. E é justamente no encontro entre as referências do sujeito cuidado e do cuidador que pode co-emergir uma escuta povoada (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

A escuta acontece no encontro, no momento em que os saberes e fazeres do outro não são barrados, proibidos, invalidados, onde há interesse pelas coisas esquecidas, negligenciadas, contra hegemônicas. Ampliar a escuta é transformar o cuidado ofertado, compartilhando-o, é mais que aplicação de um saber: é apostar na desenvoltura do olhar e das práticas (FONSECA et al., 2010). É o cuidado que não tem pressa, que não é imediatista, que tolera as asperezas da existência, que não busca uma felicidade artificial ou instantânea (COUTO, 2009). É a escuta que não busca confissões e nem se fecha em prescrições.

Para pensar nas possibilidades de cuidado que a escuta em saúde mental favorece na Estratégia Saúde da Família, utilizamos do recurso de narrar uma cena pinçada do cotidiano de trabalho e olhar para ela de maneira a ir além do simples iluminar, compreendendo que não há “um modo correto de fazer em saúde” (MEYER; VASCONCELOS, 2013, p.11), mas formas de cuidado possíveis, negociadas, singularizadas, contingenciais que acontecem no encontro com a imensidão do mar da vida de cada pessoa que se apresenta. E a vida sempre pode mais, escorre, então parece ser preciso desaprender a olhar e a escutar para transver a vida das palavras e das coisas.

A narrativa traz a experiência vivida, desvela o modo de estar no mundo dos sujeitos e considera o enraizamento destes sujeitos no contexto social enquanto “ser que é desde sempre ser-com-outros” (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013, p.2853). Se descrevemos encontros e o que foi produzido por eles, não há verdade absoluta no que escrevemos, apenas a tentativa de fazer durar acontecimentos. Um olhar que rastreia, um fitar saberes e práticas acumulados e aceitar que serão sempre provisórios, diminuindo desta forma a ansiedade que pode ser gerada pelas incertezas do encontro e a rebentação da vida (TENÓRIO, 2004).

A cena descrita é de uma pessoa que chegou através de outro profissional da equipe de saúde da família. O fato de pessoas em sofrimento mental ou familiares que trazem queixas de transtorno mental ou de uso nocivo de substâncias psicoativas chegarem em uma Unidade de Saúde da Família e serem referenciados para

uma assistente social, é algo frequente. Na tentativa de analisar essa encomenda-referenciamento e tentar pensar nos motivos que fazem com que pessoas com transtorno mental não sejam atendidas por outros profissionais, perguntas pululam:

- É possível fazer escuta em saúde mental na AP?
- Que aspectos podem interferir na escuta em saúde mental do profissional na AP?
- Os profissionais se percebem com competência/habilidade para realizar a escuta em saúde mental na AP?
- Para quê e como fazer escuta em saúde mental na AP?

A tentativa desse ensaio não é de responder essas perguntas, mas de pensar com elas, a partir delas. Kastrup e Pantaleão (2015) falam que devemos ler tudo ao nosso redor. Pensamos que devemos ler-escutar as pessoas também, porque elas chegam carregadas de tanto caminhar. O diálogo com as pessoas acaba sendo um diálogo com o mundo que nos cerca, o mundo de cada um e o mundo dos outros que cada um carrega. Carolina¹⁴ e a dor de todo esse mundo:

Me entristece o quanto fomos deixando de escutar. Deixamos de escutar as vozes que são diferentes, os silêncios que são diversos. E deixamos de escutar não porque nos rodeasse o silêncio. Ficamos surdos pelo excesso de palavras, ficamos autistas pelo excesso de informação. (MIA COUTO, 2005, s/p)

O caso é trazido pela enfermeira da equipe, a partir da chegada do esposo de Carolina ao serviço para pedir ajuda pelo fato de ela estar muito chorosa e sem condições de trabalhar. A meu pedido, ele a traz ao serviço. Carolina chega, acompanhada pelo marido e entra na sala onde me encontro. O marido fica pouco tempo na sala (inquieto, não conseguia sentar), sai por iniciativa própria. A colega de trabalho também não permanece na sala.

Para pensar sobre as razões da não permanência da colega para realização de atendimento compartilhado, buscamos Tenório (2004). O autor aponta para o fato da formação de profissionais da saúde, em sua maioria, ainda ser realizada em ambiente hospitalar, o que influencia o trabalho realizado na Atenção Primária. Segundo ele, a possibilidade de encontros seguidos no tempo entre profissional de saúde e o usuário do serviço abalam o pressuposto de centralidade

¹⁴ O nome foi “inventado” para assegurar as solicitações acadêmicas de preservação da identidade da pessoa.

nos procedimentos (exames e medicações) e a relação de poder entre os sujeitos envolvidos no cuidado. O diagnóstico, tão valorizado no hospital, não é suficiente nem simples de ser estabelecido na AP, porque a singularidade do sujeito e suas relações com a família, com o território onde vive e circula, com o trabalho, terão influência em sua saúde. Na AP, o foco não é a doença, mas a produção de saúde que se enlaça com a vida. Além disso, a terapêutica deve ser negociada e pactuada com o usuário, e não imposta, como no ambiente hospitalar. Tais situações causariam estranheza e sensação de despreparo do profissional. Demandariam a construção de novas tecnologias de intervenção, além de reconstrução da função dos profissionais de saúde na AP. A partir da pergunta: “como está se sentindo?”, Carolina cai em um choro que “guarda tanta dor” que passa a impressão que sente que “seu pranto não vai nada mudar” (BUARQUE, 1969).

A pergunta feita não é vazia de intenções: ela pretende oportunizar uma escuta que não seja surda, que não fabrique o sujeito, que solte a respiração presa pelos medos, que traga o encantamento da solidariedade (BAPTISTA, 1999). Quem a faz, compreende que para escutar “basta abrir os poros” (BROWN; MONTE; ANTUNES, 2006); quem a faz, sabe que cada um é único, com seus próprios sonhos, ritmos e interesses (ALVES, 2004).

Ela inicia uma fala que mistura sentimentos confusos e discordantes com relação ao trabalho e ao esposo. Ao mesmo tempo que fala gostar do trabalho, de dedicar-se a aprender sobre assuntos relacionados ao mesmo e de ter reconhecimento dos patrões, também diz sofrer com a relação com os colegas (perguntam constantemente se está bem ou colocam apelido nela). Inclusive, relata que não consegue mais ir trabalhar: o mal-estar já se inicia no ônibus a caminho do trabalho, forçando-a a buscar ajuda em um serviço de urgência.

Baptista (1999) alerta para as relações entre o trabalho e o capital, que são cruéis e frias, e o sofrimento é resultado das mesmas: pessoas que estão em estado constante de tensão pelo medo do desemprego, não apenas pela perda em si, mas devido aos sentimentos contraditórios gerados pela “generosidade” dos patrões, traduzidas em ofertas de benefícios (planos de saúde para o trabalhador e familiares, por exemplo) ou, no caso de Carolina, pelos elogios recebidos. Os sentimentos contraditórios e de desamparo, sentidos, entranhados na alma, podem se manifestar em dores físicas ou sofrimento mental.

Rauter (2012), inspira-se em Guattari para nos lembrar que “trabalho e arte podem ser grandes vetores de existencialização” (p.268), mas que na sociedade capitalista a possibilidade de o trabalho ser vetor de existencialização é bastante reduzida, pois as relações que se estabelecem “levam ao isolamento, ao esvaziamento da esfera coletiva, ao empobrecimento afetivo das cidades [...]” (p.270). Segundo a autora, estas relações produzem “um número cada vez maior de excluídos, não apenas do mercado de trabalho, mas de um cotidiano, já que muitos modos de ser não se adequam a um mundo que coloca em primeiro plano os aspectos ligados à produtividade técnico-econômica” (RAUTER, 2012, p.272).

Sobre o companheiro, afirma não gostar mais dele, pois ficou feio. Carolina, “nos seus olhos tristes”, já não “guarda tanto amor” (BUARQUE, 1969). Além disso, expressa um forte desejo, na verdade, uma necessidade de isolar-se dos olhares e atenção de outras pessoas. Falas de sofrimento se repetem, assim como o choro. Outras queixas são trazidas: insônia, dores no corpo, dores de cabeça, náusea, sensação de desmaio.

Identificamos que teve acompanhamento de saúde mental em serviço ambulatorial, foi diagnosticada com depressão, fez uso de medicamentos, mas abandonou o tratamento há cerca de 10 anos. Ela também conta que tem dois filhos, de 08 e 10 anos. O choro diminui e Carolina consegue sorrir um pouco ao falar dos filhos. Conversamos sobre os serviços disponíveis na rede e sugerimos sua ida a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)¹⁵ para acolhimento naquele momento. Solicitamos também que a genitora, que reside vizinho à Carolina, venha à unidade para conversarmos. Neste ínterim, o esposo é então chamado de volta à sala e compartilhamos os encaminhamentos sugeridos e aceitos por Carolina. Depois da saída do casal, é mantido contato telefônico com a equipe do CAPS para informar sobre o caso e o encaminhamento.

Baptista (2010) nos convida a refletir que “nada está terminado e ninguém, humano ou inumano, ousa dizer, para todo o sempre, sou ou não sou” (p.105). Referenciar uma pessoa a outro serviço, pode reduzi-la ao seu sofrimento se este fazer for apenas protocolar, se o ato apagar o sujeito da memória, do cuidado, dos afetos. Neste sentido, mesmo que na narrativa aqui traçada, tenhamos indicado

¹⁵ Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

um caminho por vezes banalizado, é importante inventar novos caminhos no ato de escuta e acolhida do usuário que nos demanda cuidado, cuidando para não trilharmos as mesmas trilhas sem perceber que aquilo que nos guiou “em viagens anteriores” e sempre nos “conduziu com conforto pelos caminhos, poderá não servir para nada” (p.108).

Na tarde do mesmo dia, o companheiro de Carolina retorna acompanhado pela genitora e irmã da mesma. Familiares informam que ela foi acolhida e foram feitos agendamentos para outros atendimentos com a equipe daquele serviço. Na fala da família, percebe-se que eles são capazes de observar mudanças no comportamento de Carolina que identificam como sintomas de crise. Além disso, nos parece que a grupo familiar é coeso e esforçam-se para diminuir ao máximo o sofrimento de Carolina.

Munari et al (2008) nos lembram que a família, na história da loucura, foi culpabilizada frequentemente pela doença, e ocupava os lugares tanto de responsável pelo problema quanto nociva ao tratamento. Acrescentam, ainda, que quando em escuta de alguém com sofrimento psíquico, é importante conhecer a família, suas experiências, o contexto sociocultural onde está inserida e perceber de que forma o sofrimento mental interfere no equilíbrio e na dinâmica familiar.

Portanto, cuidar do sujeito com sofrimento mental significa cuidar também da família, ampliar o olhar, sair do cuidado com ênfase no atendimento individual e ousar fazer o que chamamos de projeto terapêutico singular, um projeto que é desde sempre coletivo, envolvendo também familiares, desde que ampliemos o sentido de família. Este olhar para a família possibilita identificar potências, valorizá-las, fortalecê-las, revisitar os acontecimentos e encontrar novos sentidos. Permite reinventar o cotidiano em meio à desertificação das cidades, irrigá-lo para que brotem flores e frutos (RAUTER, 2012), onde novas formas, novos territórios, novas famílias sejam criadas continuamente. Perguntas seguem quicando no desenrolar da acolhida de Carolina: como Carolina se sente no interior dessa família? O que a fez se desinteressar pelo marido? Que ideários de família, de homem, de mulher atravessam seus modos de ser e de conviver? Como arejar tais relações? E o desejo de que novas relações nós-eu possam ser produzidas por onde ela itinerar também segue...

Retomando as questões

É realmente possível fazer escuta em saúde mental na AP?

Kastrup e Pantaleão (2015) afirmam que “a troca se revela sempre enriquecedora; a convivência com as diferenças parece-nos estimulante”, pois essa experiência com o outro, o compartilhar, ensina-nos a partilhar juntos, “a vida, as dúvidas, as descobertas, os erros, os acertos, enfim, os afetos” (p.32). Se consideramos que, o principal instrumento do profissional de saúde mental é “sua própria pessoa, através do contato direto e prolongado” (OLIVEIRA; LEME; GODOY, 2009, p.125) com o outro, e que o espaço da AP é lugar privilegiado de construção de vínculo, podemos concluir que a escuta em saúde mental na AP pode produzir possíveis para não sufocarmos.

Campos (2003, p.28-29) define vínculo como “a circulação de afetos entre as pessoas”. É nesse território de circulação de afetos, espaço do entre pessoas, entremeios, entre-vidas que se pode girar o mundo da escuta terapêutica, fazê-la dançar. Espaço-encontro que pode produzir vida, potência, lugar onde a loucura descobre convívio, possibilidades, onde sujeitos se constroem incessantemente nas trocas, nos atravessamentos, nas experiências. É onde caminhos são inventados, novas formas de ver e ouvir são exercitadas, onde a alegria dos afetos é permitida, onde a alma pode voltar a sonhar. Conduzidas por tal ética de circulação de afetos na escuta terapêutica, perguntamos:

Que aspectos podem interferir na escuta em saúde mental na AP? Os profissionais se percebem com competência/habilidade para realizar a escuta em saúde mental na AP?

A partir da cena e das reflexões feitas, vislumbramos algumas situações: os trabalhadores sentem-se sozinhos, impotentes e despreparados frente às demandas de cuidado em saúde mental, apresentam uma necessidade constante de suporte, seja com capacitação ou supervisão, além de apresentarem dificuldade para o trabalho em equipe (PAULON; NEVES, 2013). Além disso, percebe-se por parte dos profissionais na AP, uma resistência em assumir a corresponsabilidade, que, segundo Penido (2013), pode estar relacionada à sobrecarga de tarefas (trabalhadores sufocados pelas inúmeras demandas) e à falta de valorização do conhecimento próprio.

Desta forma, as mudanças no cuidado que apontam para a interdisciplinaridade, intersetorialidade e a clínica ampliada como aportes importantes, permanecem um desafio. Penido (2013) acrescenta que o apoio matricial pode ser uma ferramenta importante nesse processo de intercessão AP e Saúde Mental. Meyer, Felix e Vasconcelos (2013), acompanhando as indicações da Política de Educação Permanente e da Política Nacional de Humanização em Saúde, trazem outras ferramentas, a Educação Permanente e a Formação-Intervenção, e refletem sobre a potência de olhar o cotidiano do trabalho em saúde e construir coletivamente perguntas/respostas para problemas vistos/entrevistos, de forma a abrir-se para novas aprendizagens, caminhos e trilhas, no entremeio entre produção de saúde e subjetividade.

Então, para que e como fazer escuta em saúde mental na AP? Dimenstein, Lima e Macedo (2013) trazem resultados de estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS) que apontam para o fato de que “uma em cada quatro pessoas desenvolve alguma enfermidade psíquica em algum momento da vida” e que em países em desenvolvimento, como o Brasil, “90% dessas pessoas não recebem tratamento adequado” (p.46). Se consideramos a presença da ESF no território, sua capacidade de produção de vínculo e cuidado, entendemos ser fundamental que os trabalhadores da AP estejam atentos e considerem o impacto do sofrimento mental na vida das pessoas. Desta forma, pode ser possível construir novos territórios de encontros, espaços de escuta, trocas, construção mútua entre serviços, trabalhadores de saúde, pessoas cuidadas e comunidades.

O encontro descrito foi apenas um, mas nas unidades de saúde da família outros encontros acontecem todos os dias: pessoas repletas de silenciamentos produzidos pela violência de uma sociedade que priva alguns sujeitos da palavra, que os obriga a calar o que querem gritar, que os aniquilam ou aniquila falas e silêncios revolucionários, pois o que importa, dentro de uma lógica de encaixotamento para produzir indivíduos, é a fala-confissão, enquadramento, identificação, normalização e correção de desvios.

Ao contrário, a escuta na ESF, ao menos a que aqui quisemos narrar, pretendeu – e ainda pretende - despertar a fala a partir do encontro que se produz sem regras e protocolos, na ordem do inusitado que abre campo para o inventivo. Escuta que se pretende cuidado que não subjuga, não submete. Escuta-resistência

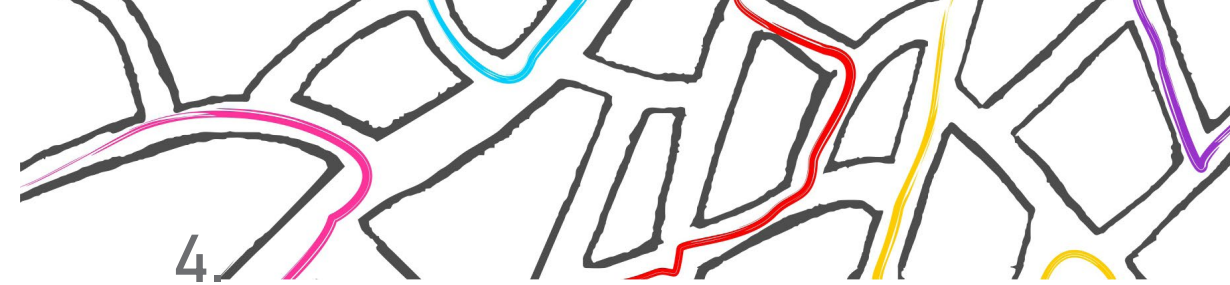
ao abrir possibilidades de aliança, de re-existir coletivamente. Escuta que é espaço onde a história do sujeito não tem começo nem fim. Escuta que almeja uma produção de subjetividades que implica em abdicar de nossa vontade de verdade (VASCONCELOS; BALESTRIN; PAULON, 2013), pois para escutar é preciso que alguns silenciem (EWALD, 2008).

As narrativas inacabadas e os recortes de vidas que são em encontro com a vida dessa escrita, tentam libertar as vozes não ouvidas (BAPTISTA, 2010), negadas, para amplificá-las e levá-las ao espaço público (RODRIGUES, 2011). A escuta é uma busca constante do que não é dito, dos interstícios dos ditos, da gagueira dos ditos, do que se cala e que se expressa nos gestos, no desviar dos olhos, no torcer das mãos. Mas é também duvidar do que é repetido tantas vezes e que se veste de verdade: até que ponto o que as pessoas falam é o que sentem e até onde é o que acham que devem falar, o que se espera delas? Se nossa fala é definida por quem nos escuta, essa fala é de fato permitida pela escuta? Retomamos Lopes (2002) para trazer sua afirmação: “a experiência traz uma estória, uma verdade, mas não a verdade que é sempre mediada por discursos sociais” (p.2). Encerramos com a simplicidade da poesia de Manoel de Barros (1997), que nos ensina que o caminho é “desaprender 8 horas por dia” (p.3), pois “as coisas não querem mais ser vistas por pessoas razoáveis: elas desejam ser olhadas de azul” (p.7). Que escutemos de azul.

Referências

- ALVES, R. O desejo de ensinar e a arte de aprender. Campinas: Fundação EDUCAR DPaschoal, 2004.
- BAPTISTA, L.A.S. Noturnos urbanos. Interpelações da literatura para uma ética de pesquisa. Estudos e Pesquisa em Psicologia, UERJ, Rio de Janeiro, ano 10, n. 1, p. 103-117, 2010.
- _____, L.A.S. A cidade dos sábios. São Paulo: Summus, 1999.
- BARROS, M. Livro das ignoranças. Record: Rio de Janeiro, São Paulo 1997.
- BONDÍA, J.L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Revista Brasileira de Educação. Campinas, 2002.
- BROWN, C.; MONTE, M.; ANTUNES, A. A primeira pedra. Infinito particular. EMI, 2006. Faixa 06. CD.
- BUARQUE, C. Carolina. Chico Buarque de Hollanda na Itália. RGE, 1969. Faixa 10. Vinil.
- CAMPOS, G.W.S. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.
- COUTO, E.S. Corpos dopados. Medicalização e vida feliz. Corpo, gênero e sexualidade: composição e desafios para a formação docente. Rio Grande: Editora da FURG, 2009.
- _____, M. Fomos deixando de escutar. Pensatempos. Textos de Opinião. Editorial Caminho: Portugal, 2005. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=YLzDx_AiCrQC&pg=PT88&lpg=PT88&dq=fomos+deixando+de+escutar+pensatempos+mia+couto+me+entristece+o+quanto+fomos+deixando&source=bl&ots=B08jFfAX3R&sig=xSMHYjXK92_M1MrkCLvsxLovoRo&hl=ptBR&sa=X&ved=0ahUKEwjsx6MpK3bAhVGIpAKHYB2AjqQ6AEIwJAG#v=onepage&q=fomos%20deixando%20de%20escutar%20pensatempos%20mia%20couto%20me%20entristece%20o%20quanto%20fomos%20deixando&f=true>. Acesso em 24 abr 2018.
- DIMENSTEIN, M.; LIMA, A.I.; MACEDO, J.P. Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária. Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Sulina, Porto Alegre, 2013.
- EWALD, F.G. Memória e narrativa: Walter Benjamin, nostalgia e movência. Revista eletrônica de crítica e teoria de literaturas. PPG-LET-UFRGS, Porto Alegre, v. 4, n. 2, jul-dez 2008.
- FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. 1979. Disponível em: <<http://petletras.paginas.ufsc.br/files/2017/03/foucault-microfisica-do-poder.pdf>> Acessado em: 10 de setembro de 2017> Acesso em 13 mar 2018.
- FIGUEIREDO, E.N. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. Universidade Aberta do SUS, 2012. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual> Acessado em: 17 de agosto de 2017> Acesso em 25 jun 2018.
- FONSECA, T.M.G. et al. O delírio como método: a poética desmedida das singularidades. Estudos e pesquisas em psicologia, UERJ, Rio de Janeiro, ano 10, N. 1, p. 169-189, 1 quadrimestre de 2010. Disponível em: <<http://www.revipsi.uerj.br>> Acessado em: 27 de agosto de 2017> Acesso em 09 set 2018.
- KASTRUP, V.; PANTALEÃO, M.I. Literatura, escrita inventiva e virtualização do eu. Revista Interinstitucional Artes de Educar. Rio de Janeiro, V 1 N. 1 – p. 29-48, fev./mai. 2015.
- LOPES, D. Experiência e escritura. Espaço Michel Foucault, 2002. Disponível em: <<http://michel-foucault.weebly.com>> Acessado em: 27 de agosto de 2017> Acesso em 15 ago 2018.
- MEYER, D.E.; FÉLIX J.; VASCONCELOS M.F.F. Por uma educação que se movimenta como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. Interface, Botucatu, 2013. vol. 17, n. 47, p. 859-871.
- MOSÉ, V. Poemas presos. Portal Raízes, 2016. Disponível em: <<http://www.portalraizes.com>> Acessado em: 16 de agosto de 2017> Acesso em 12 jun 2018.
- MUNARI, D.B. et al. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008: v. 10, n. 3: 784-795.

- OLIVEIRA, T.T.S.S.; LEME, F.R.G.; GODOY, K.R.G. O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. *Revista Mental*, Barbacena, ano VII, n. 12, p. 119-138, jan-jun 2009.
- ONOCKO-CAMPOS, R.T. et al. Narrativas no Estudo das Práticas em Saúde Mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 2847-2857, out 2013.
- PAULON, S.; NEVES, R. (organ.). *Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina, 2013.
- PENIDO, C.M.F. Apoio matricial em saúde mental no contexto da saúde coletiva. *Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado*. Sulina, Porto Alegre, 2013.
- RAUTER, C. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estética-política para oficinas terapêuticas. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Amarante, Paulo, org. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- RODRIGUES, H.B.C. Intercessores e narrativas: por uma dessujeição metodológica em pesquisa social. *Pesquisas e práticas psicossociais* 6(2), São João del-Rei, ago-dez 2011.
- SANTOS, M. A Natureza do espaço. Técnica e tempo. Razão e emoção. Hucitec, São Paulo, 1999.
- TENÓRIO, G. A construção da clínica ampliada na atenção básica. (2004). Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- VASCONCELOS, M.F.F.; BALESTRIN, P.A.; PAULON, S.M. Escutar silêncios, povoar solidões. *Fractal, Revista de Psicologia*, v. 25, n. 3, p. 603-628, set/dez 2013.



4 A PESQUISA COMO DISPOSITIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: Produzindo Olhares e Fazeres para a Gestão Regional da RAPS

Marília Pinto Bianchini
Alcindo Antônio Ferla
Rosa Maria Levandovski

Introdução

A Reforma Sanitária brasileira, movimento político de organizações da sociedade civil que se intensifica a partir das lutas comunitárias por ampliação de direitos ao longo da década de 1970, teve expressão nas políticas de saúde brasileiras com o reconhecimento da saúde como direito e no conceito ampliado de saúde que está na base da legislação (CARVALHO, 1997). Como direito fundamental assegurado na Constituição Federal, a saúde da população torna-se responsabilidade do Estado (BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988), inserida num processo civilizatório que inclui a democratização do próprio Estado. “Saúde é Democracia” e “Democracia é Saúde”, como registra a consigna do Movimento, representava a proposição de democracia como caminho para a saúde e saúde como caminho para a democracia (CARVALHO, 1997).

A Lei Federal nº 8.080 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990), inaugura o Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamenta as ações em saúde em todo o território nacional, a partir dos conceitos constitucionais de saúde como direito e de um sentido ampliado, enriquecido com as críticas ao modelo assistencial vigente, tanto no que se refere às ofertas assistenciais e às formas de organizar o sistema de saúde como à participação dos cidadãos na definição das políticas e modos de organização, mas também no cuidado.

Com forte inspiração no processo reformista italiano dos anos anteriores, o reconhecimento da produção social da saúde e dos recursos terapêuticos,

assim como a identificação de adoecimentos provocados pelos serviços de saúde, apontavam o caminho da participação social como dispositivo de ampliar a participação nas políticas e na gestão do sistema, fecundando o conceito de cidadania, e na clínica e no cuidado, interrogando a identidade “paciente” produzida a partir do surgimento da medicina moderna (FERLA, 2007).

A luta brasileira pelo acesso à saúde pública deu-se concomitante ao movimento da busca pelos direitos dos usuários da saúde mental, também com forte inspiração na Psiquiatria Social italiana, que interrogava fortemente o modelo manicomial de cuidado. A Reforma Psiquiátrica, movimento internacional de contestação ao tratamento ofertado à loucura, centrado no hospital psiquiátrico e na sedação de sintomas, teve, no Brasil, importantes desdobramentos. A Política de Saúde Mental Brasileira, instituída com a Lei nº 10.216 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), assegura o cuidado do usuário no território, em redes de atenção e proteção à saúde, com a criação de serviços substitutivos ao modelo manicomial.

No SUS, o cuidado em saúde mental previsto na legislação e nas políticas oficiais é organizado através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS é constituída por diversos pontos de atenção: unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS), portas hospitalares de atenção à urgência, serviços hospitalares de referência, serviços residenciais terapêuticos, entre outros (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a). No Estado do Rio Grande do Sul, a RAPS ainda conta com os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB), que são serviços para municípios com menos de 16 mil habitantes e que realizam o apoio matricial em saúde mental e compartilhamento de ações com a atenção básica (RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DA SAÚDE, 2011a), e as Oficinas Terapêuticas (OT), as quais se configuram como encontros grupais para a realização de atividades como música, artesanato, costura, cerâmica, entre outras e que funcionam de forma articulada os demais pontos da rede (RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DA SAÚDE, 2011b). A diversificação de serviços, no âmbito das políticas oficiais, é proposta em afirmação a uma concepção ampliada e singularizada de saúde e na diversidade de condições socioculturais e clínicas das pessoas que necessitam de cuidados em saúde mental.

A Política Nacional de Saúde Mental proporciona diretrizes para a organização do cuidado que buscam organizar o planejamento em saúde,

levando em conta a adscrição do território e o reconhecimento da atuação e responsabilidade dos entes federativos na construção do cuidado (TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010). Entre as atribuições da direção estadual do SUS encontra-se o acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

O Estado do Rio Grande do Sul é dividido em trinta Regiões de Saúde. Atendendo à legislação federal, as Regiões são agrupamentos de municípios que dividem um território geográfico contínuo e compartilham identidades culturais, econômicas e sociais, além de sistemas de comunicação e infraestrutura, com a finalidade de executar conjuntamente as ações em saúde. Para serem instituídas, as Regiões de Saúde devem conter minimamente ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

No território gaúcho, as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) são órgãos da gestão estadual da saúde descentralizados nos territórios das Regiões de Saúde. No compartilhamento do cuidado e de responsabilidades entre os entes federativos, cabe às CRS o planejamento, o monitoramento e a avaliação das Políticas de Saúde nas Regiões de Saúde sua abrangência. Para tanto, são utilizadas ferramentas de gestão como os indicadores de saúde, os sistemas de informação, os planos de saúde, os relatórios de gestão, entre outros. Estes instrumentos são importantes para a gestão de redes e sistemas de saúde, pois proporcionam uma base material para a reflexão crítica e a transformação das realidades (RITTER; ROSA; FLORES, 2013). No Rio Grande do Sul há 19 CRS, sendo a 15ª CRS responsável pelo acompanhamento de 26 municípios pertencentes à 20ª Região de Saúde do Estado.

Em relação ao acompanhamento da Política de Saúde Mental pelas CRS, há alguns impasses que dificultam o mesmo. Um deles refere-se à carência de ferramentas (referenciais para a gestão, indicadores e informações em saúde) que auxiliem a gestão de seus processos, dificultando o monitoramento de sua implementação. O Sistema de Pactuação Integrada – SISPACTO, por exemplo, inclui apenas um indicador de saúde mental (Indicador 21 - Ações de matriciamento sistemático realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Básica) (BRASIL. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTIDE, 2016).

Ainda que importante na pactuação e confluyente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, a maioria dos municípios brasileiros não possui porte populacional compatível com a implantação deste serviço em seu território.

A ausência de serviços como os CAPS faz com que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas em outros pontos da rede de atenção, especialmente na atenção básica. A ausência do serviço especializado, além de dificultar o acesso, também gera déficits na qualidade da atenção, uma vez que os pontos especializados das redes temáticas no SUS devem realizar a atenção aos usuários e o matriciamento dos demais serviços que compõem a rede de atenção no território. Além disso, há uma lacuna de informações em saúde sobre a saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) que ainda não absorveu dados importantes sobre a saúde mental da população como o uso de medicação psiquiátrica pela mesma.

Os sistemas de informação sobre mortalidade, principalmente as bases de dados para calcular taxas de suicídio e mortes por violência ou abuso de substâncias psicoativas, também são importantes ferramentas para o acompanhamento da efetivação da política de saúde mental. Todavia, é notório o cenário de subnotificação dos agravos, mesmo nas notificações de ordem compulsória como as tentativas de suicídio.

Quanto ao acesso à internação em saúde mental, não há uma padronização no Estado do Rio Grande do Sul da atividade regulatória dos leitos, realizada pela Central Estadual de Regulação, Órgão da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul responsável pela regulação hospitalar das instituições vinculadas ao SUS (RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2017), ou CRS. Nas CRS a formatação da atividade regulatória dos leitos assume diferentes fluxos, de acordo com a organização local das mesmas. Este panorama dificulta o mapeamento do perfil dos usuários e da forma como se dá o acesso, fundamental para a leitura de realidade da RAPS regional, tão necessária para os processos de gestão e atenção, principalmente nos territórios onde a atenção hospitalar possui certa centralidade na configuração da rede de atenção. A 15ª CRS utiliza o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) para a regulação diária do acesso aos leitos de saúde mental da região. Este sistema *online* e gratuito do Ministério da Saúde oferece em tempo real o mapa de leitos disponíveis na Região de Saúde

o que facilita e otimiza o acesso ao cuidado intensivo, contribuindo para que a atenção seja prestada no tempo certo.

A partir destas considerações sobre a complexidade da gestão regional da RAPS, foi proposta e realizada esta pesquisa, formatada como pesquisa/educação no trabalho, na 15ª CRS. Esta Coordenadoria Regional localiza-se ao norte do Estado, próximo à fronteira com o Estado de Santa Catarina, com sede no município de Palmeira das Missões. É composta por municípios de pequeno porte e possui população total de 161.508 (BRASIL. IBGE, 2010). A região possui cobertura populacional de Estratégia de Saúde da Família de 96,83% e sua RAPS é composta por 01 CAPS, 11 NAAB, 8 Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), 13 OT e 45 leitos integrais de saúde mental distribuídos em três hospitais da região (RIO GRANDE DO SUL. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO. BI, 2015). Vale destacar que, apesar do expressivo número de leitos de saúde mental, os mesmos não se encontram ociosos, mantendo taxa de ocupação média em 80%. A RAPS regional, assim, constitui-se fundamentalmente pela oferta de cuidado em pontos de atenção localizados na atenção básica e na atenção hospitalar.

A escassez de dados e informações em saúde sobre saúde mental associada às características singulares do território as quais nem sempre encontravam tradução nos bancos de dados disponíveis abriu caminho para a proposta desta pesquisa: era necessário, então, criar/desenvolver tecnologias/estratégias para a gestão, um *modus operandi* para contornar (no sentido de “dar contorno, forma”) o cenário e poder operar sobre ele, modificando-o e desenvolvendo-o.

Neste processo, acreditava-se que a inclusão dos diferentes atores e olhares que compõe o cenário regional da RAPS potencializaria a análise local e o grau de impacto das ações decorrentes da mesma. Ou seja, o fortalecimento da gestão não estava concebido a partir de “instrumentos” e “ferramentas”, mas do desenvolvimento da inteligência de gestão (FERLA; CECCIM; DALL ALBA, 2012) regional e, portanto, articulado à aprendizagem coletiva no trabalho, como dispõe a educação permanente em saúde (CECCIM; FERLA, 2008).

Se por um lado a escassez de ferramentas e tecnologias para a gestão regional da política de saúde mental dificulta o monitoramento de sua implementação no território, por outro lado dá a liberdade criativa e a licença poética da criação deste “jeito de fazer”

singular como o território onde se insere. A aprendizagem singular e criativa, nesse caso, produz desenvolvimento do trabalho, articulando a gestão ao cuidado.

A referência às tecnologias/estratégias de gestão inclui a produção de dispositivos para realizar a coordenação regional de forma participativa entre o ator estadual e os atores municipais, associando modos de organizar a atenção de acordo com o previsto nas políticas do SUS. O cotidiano da gestão, compartilhado, compõe o escopo do trabalho realizado.

Um caminho que se fez ao caminhar

O trabalho caracterizou-se por uma pesquisa-intervenção (aprendizagem-trabalho) de caráter quali-quantitativa. Partiu-se do pressuposto da não neutralidade dos pesquisadores na produção do conhecimento, pois o conhecimento e os sujeitos são produzidos em determinadas condições (ROCHA; AGUIAR, 2007). Como membro da gestão estadual da Política de Saúde Mental na 15ª CRS, a pesquisadora que o desenvolveu, no contexto de um programa de mestrado profissional, colocou-se como co-autora do processo de montagem da situação-problema, pois é parte do cenário, bem como da construção de estratégias para o enfrentamento das problemáticas levantadas. A própria mestranda, nesse caso, mais do que uma identidade, amalgamou uma rede de produção, constituindo elos entre o programa de mestrado, os orientadores e o contexto local.

Sustentar-se na posição de que os fenômenos, as ideias, etc. produzem a objetivação dos sujeitos que os pretendem objetivar (ROCHA; AGUIAR, 2007) é compreender que sua prática na gestão é construída e significada na micropolítica do seu cotidiano em serviço e sua relação com os fenômenos não traduz neutralidade. A exterioridade na produção de conhecimentos, ao contrário do que apregoa a lógica positivista, não constitui um “não lugar”, mas um lugar de externalidade, que facilmente ignora conexões constitutivas dos problemas de pesquisa. Aqui interessava a conexão aprendizagem/conhecimento e trabalho na gestão regional da RAPS e, portanto, requeria graus importantes de implicação para permitir reflexão densa sobre o fazer no cotidiano. O risco da *sobreimplicação*, que poderia gerar uma espécie de *cegueira situacional* foi contornado justamente com o olhar coletivo, que tomou a diversidade de pontos de vista como condição de validade.

Além disso, por ter como propósito a ação do grupo (pesquisadores e participantes) no desenvolvimento de estratégias para qualificar o cenário da RAPS regional que compunha o trabalho de cada um dos envolvidos, a pesquisa-intervenção tornou-se a metodologia mais adequada à proposta da pesquisa, já que favorece a “produção cooperativa com a perspectiva de fragilização das hierarquias burocráticas e das divisões em especialidades que fragmentam o cotidiano e isolam os profissionais [...] e amplia as condições para um trabalho compartilhado.” (ROCHA; AGUIAR, 2007, p.71). Novamente a aproximação com a educação permanente em saúde como dispositivo de desenvolvimento do trabalho.

A pesquisa foi desenvolvida em três fases. No primeiro momento construiu-se uma leitura da RAPS regional, através do cruzamento de dados em saúde disponíveis nos sistemas de informação públicos e banco de dados criados para a pesquisa (internações em saúde mental reguladas pela 15ª CRS).

Partiu-se do pressuposto que os sistemas de informações, banco de dados e indicadores são ferramentas importantes no processo de avaliação das políticas de saúde, serviços e sistemas (FERLA; CECIM; DALL ALBA, 2012), uma vez que permitem o debruçar-se coletivo sobre os mesmos e a produção de redes explicativas com capacidade de ampliar a compreensão sobre o cotidiano e desenvolver estratégias de trabalho compartilhado para superar obstáculos.

Para tanto, quebrou-se o diagnóstico tradicional de que a fragmentação de sistemas de registro e bases tecnológicas impede o olhar sobre o cotidiano. Compreendeu-se que a fragmentação é também estratégia política para a centralização de poder e decisão. Portanto, o primeiro passo metodológico foi produzir aproximações dos diferentes registros e indicadores, mesmo com diferentes bases, úteis à compreensão do contexto regional de atenção à saúde mental. Um “cardápio” de indicadores e registros foi produzido, a partir dos diferentes sistemas de registro, em particular dos sistemas de produção ambulatorial e hospitalar. A “falta” de um sistema específico de registros da política de saúde mental foi transformada em “potência de criação”, articulando diversas bases que, na verdade, permitiram uma compreensão ampliada das conexões entre a saúde mental e demais ações do sistema regional de saúde. Mesmo registros parciais e fragmentários, tomados no seu conjunto e referidos a territórios concretos (como os municípios) podem suscitar análises sobre o fenômeno “atenção à

saúde mental” quando analisados em redes locais de atores envolvidos, conforme já sugeria a literatura (FERLA; CECIM; DALL ALBA, 2012).

O material foi organizado em forma de livreto, cuja capa foi costurada à mão, em tecidos de chita coloridos. Tratou-se de constituir, ao mesmo tempo, um cardápio de indicadores que permitissem analisar o cenário da atenção em saúde mental na região e um convite à análise, por meio do simbolismo de um tratamento artístico singular a cada exemplar, do que foi denominado de “Inventário da RAPS da 15ª CRS”. Aqui a conexão do trabalho com a arte não foi acidental, mas um recurso à dimensão micropolítica, para mobilizar tecnologias relacionais e o convite a um trabalho coletivo e prazeroso. Quebrar a imagem do trabalho como carga, em um contexto de gestão regional com autonomia baixa, parecia adequado e mobilizou uma escolha de um convite-presente ao trabalho vivo.

O *Inventário* compilava informações sobre os dispositivos da RAPS implantados ou com possibilidade de implantação nos municípios da região, informações sobre o financiamento da RAPS regional, com os valores dos recursos que os municípios recebem e que poderiam receber, caso ampliassem sua RAPS. Ainda, apresentava um panorama geral dos atendimentos do Programa Primeira Infância Melhor, presente em vinte municípios da Região. Este Programa é de abrangência estadual e objetiva a promoção do desenvolvimento integral de crianças da gestação aos seis anos de idade através da visita domiciliar de orientação às famílias (RIO GRANDE DO SUL. PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR, 2017). Além disso, reunia informações sobre monitoramento e avaliação de serviços da região como os NAAB e uma síntese de dados do 2º ciclo do PMAQ-AB relativos às condições de atendimento a pessoas com sofrimento psíquico na região. O PMAQ é uma iniciativa do Ministério da Saúde, envolvendo diversas instituições de ensino e pesquisa do Brasil, que coleta dados diretamente nos serviços e desenvolve análises e iniciativas para incentivar a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica em todo o território brasileiro (BRASIL. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2016).

O Inventário também apresentava o perfil das internações em saúde mental da região reguladas pela CRS, incluindo sua distribuição por município de origem do usuário, motivo e duração média da internação, entre outros. Este perfil foi

traçado utilizando-se os dados do sistema de regulação (SISREG) associados às cópias dos documentos de contra-referência dos usuários internados em leito de saúde mental emitidos pelos hospitais regulados, no recorte temporal de agosto de 2014 a dezembro de 2015. Por último, incluía uma série histórica com as taxas de suicídio da região.

A informação, entendida como a interpretação ou significado de dados, pode ser produzida a partir da articulação de um conjunto dos mesmos. Neste sentido, a informação torna-se matéria-prima para a gestão e para o ensino, com potencial intrínseco de compor o *hall* de ferramentas para orientar a tomada de decisão e produção de conhecimento (FERLA; CECIM; DALL ALBA, 2012). A informação toma aqui menos a concepção de “ferramenta” e mais como “dispositivo”, fazendo funcionar uma rede de sujeitos e instituições mobilizados a partir da análise compartilhada, da construção de sentidos locais e da articulação de redes de ação.

Para Ferla, Ceccim e Dall Alba (2012), a informação como dispositivo pode produzir uma inteligência coletiva, representada não apenas por um conhecimento que conecta os diferentes atores, senão pela produção de iniciativas em rede. Isto porque a informação, diferentemente da concepção “ferramenta”, não apenas é capaz de responder do lugar de uma análise situacional dos problemas de saúde (caráter instrumental), mas configura-se enquanto dispositivo potente de produção de novos sentidos, reordenadores de saberes e práticas. Logo, a melhor análise da realidade local é aquela produzida no encontro entre os diferentes atores na sua heterogeneidade de saberes e práticas, justamente por sua capacidade de desenvolver o trabalho, nesse caso, a gestão regional e o cuidado em saúde mental em rede.

A concepção do ciclo dado/informação como inteligência coletiva abriu caminho para o segundo momento da pesquisa, onde, em encontro com o grupo formado pelos profissionais responsáveis e/ou trabalhadores da saúde mental dos municípios e representantes dos serviços hospitalares de referência que compõe a região, foi proposta uma discussão sobre o Inventário construído. Participaram do encontro 13 profissionais entre eles psicólogos, assistente social, nutricionista e enfermeiros de serviços como NAAB, NASF, ESF e serviço hospitalar de referência.

Este momento se ancorou na perspectiva de que a educação permanente, enquanto dispositivo que “coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise [...] e possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentidos nos atos produzidos no cotidiano” (CECCIM, 2005, p.161) tem potencial de transformar realidades e práticas para potencializar o cuidado em saúde. Ainda, objetivou a análise crítica do conhecimento produzido no Inventário, a ampliação e construção de novos sentidos e a corresponsabilização dos trabalhadores na construção de estratégias de fortalecimento da RAPS regional (informação enquanto disparadora de processos de análise e gestão – inteligência coletiva). Ou seja, o conhecimento produzido na análise dos indicadores e registros permitiu incorporar, além dos dados contidos nos diferentes sistemas, os saberes cotidianos dos trabalhadores, que normalmente não têm espaço no conceito de informação como ferramenta. Por outro lado, a produção compartilhada de sentidos para os indicadores quebra a ideia de que haveria uma “essência” no dado, restringindo a atuação do gestor como “leitor” dessa essência com base nas melhores técnicas metodológicas. Aqui, o desafio é político, de compreender o que o indicador mostra, mas também o que esconde, principalmente em termos de singularidades e potencialidades para a gestão local.

O encontro foi gravado e transcrito e o material submetido à análise de conteúdo de Bardin (2009), método que se utiliza da sistematização e objetivação dos dados coletados, através da pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

A escuta do contexto local e as redes de conversação realizadas

Em relação ao perfil de usuários que acessam a internação em saúde mental, durante o período analisado, ocorreram 875 internações. O grande número de leitos de saúde mental na região e a alta taxa de ocupação dos mesmos evidenciam o quanto o recurso da internação em saúde mental é utilizado como estratégia terapêutica relevante neste território.

As internações analisadas atenderam a 661 diferentes usuários (isolando o registro de reinternações), sendo 487 (73,6%) homens e 174 (26,3%) mulheres. Destes usuários, 142 (21,4%) tiveram reinternações no recorte temporal estudado, mantendo-se a proporção entre homens e mulheres (Gráfico 1).

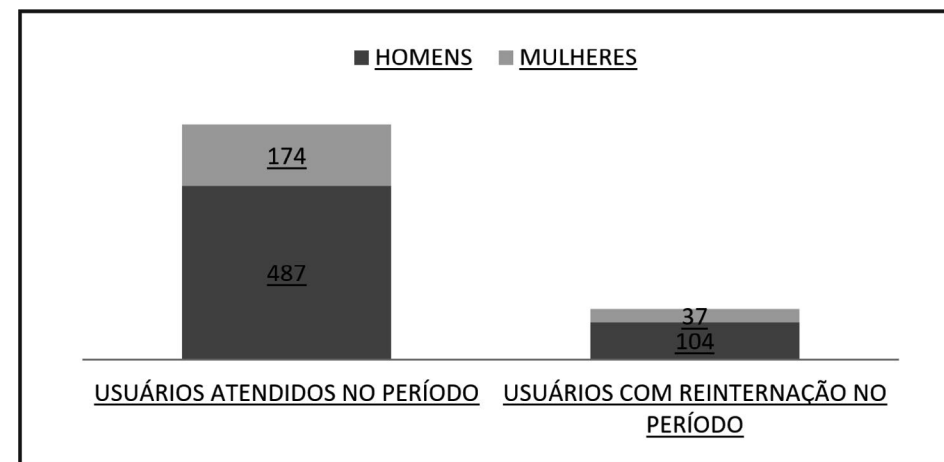


Gráfico 1 – Usuários atendidos e reinternados por sexo no período analisado

Em relação ao diagnóstico das internações, conforme a Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (OMS, 1993), 37% das internações ocorreram por transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (F10), 13% em decorrência de episódios depressivos (F32), 12% por transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (F19), 11% por esquizofrenia (F20), 8% devido a transtornos depressivos recorrentes (F33) e 14% por outros diagnósticos.

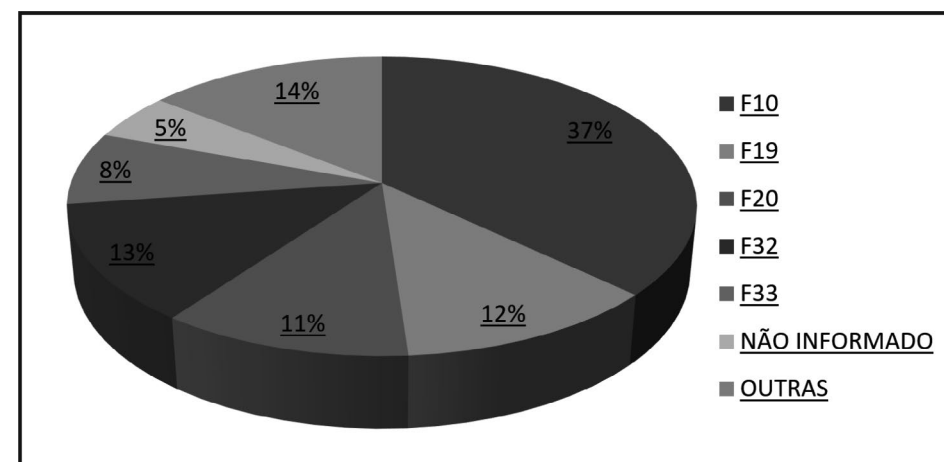


Gráfico 2 – Diagnósticos das internações no período analisado

Quanto às diferenças entre os sexos, o que mais tem levado os homens à internação são os transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de álcool (45,4%), transtornos mentais e comportamentais por uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas (15,8%) e esquizofrenia (10,6%). Já as mulheres têm acessado a internação principalmente por episódios depressivos (28,6%), transtornos depressivos recorrentes (20,5%) e transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de álcool (12,9%). Em ambos os sexos, a faixa etária dos usuários que mais acessa a internação encontra-se entre 35 a 49 anos (44,5%).

Entre as reinternações, aproximadamente 69% dos usuários reinternaram duas vezes no período analisado, 21% o fizeram três vezes, 6% tiveram quatro internações no período e 4% reinternaram cinco ou mais vezes. Levando-se em conta o recorte temporal da pesquisa, as reinternações em curtos espaços de tempo podem estar evidenciando dificuldades no acolhimento do usuário na rede após a alta hospitalar, na continuidade do plano terapêutico singular nos territórios de vida cotidiana dos usuários, bem como, mais uma vez, indicar certa centralidade da internação em saúde mental na oferta de cuidados na configuração de rede regional.

Quanto à modalidade de internação¹⁶, 29,7% dos documentos de contra-referência não havia registro desta informação. Entre os quais esta informação se fazia presente, 54,4% dos documentos indicavam que a internação se deu de forma voluntária, 5,3% de forma involuntária e 10,5% compulsoriamente.

Referente à duração da internação, a maioria (61,3%) teve duração entre 4 e 5 semanas, conforme o Gráfico 3. Neste ponto, vale destacar que as diretrizes legais orientam que as internações em saúde mental ocorram com curta ou curtíssima duração (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a). Na região, no entanto, a duração média das internações entre 4 e 5 semanas é tida como natural pelos trabalhadores dos hospitais e dos municípios que referem nos encontros junto à Coordenadoria que se organizam para o retorno do paciente ao município de origem após, pelo menos, um mês de internação.

¹⁶ Internação voluntária é quando há o desejo do paciente pela internação; involuntária é quando se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiros e compulsória é a modalidade de internação determinada pela Justiça (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

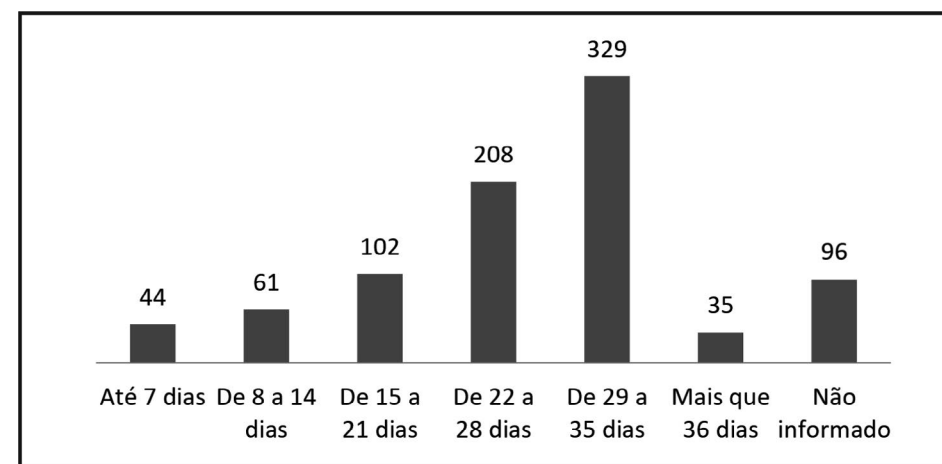


Gráfico 3 – Duração das internações no período analisado

O material gravado e transcrito do encontro junto aos trabalhadores da RAPS regional foi submetido à análise de conteúdo de Bardin (2009). Após uma pré-análise e exploração do material, o tratamento dos resultados foi realizado com base nas temáticas mais presentes nas falas dos trabalhadores bem como nos elementos compreendidos nas entrelinhas dos discursos, pouco debatidos ou até mesmo negligenciados na discussão. Neste processo, sobressaíram-se três categorias de análise: a rede de cuidados, a gestão e o cuidado em saúde mental.

Na categoria “A Rede de Cuidados”, a carência de serviços, profissionais e/ou recursos na rede para a operacionalização das ações foi ponto de destaque nas discussões, assim como a surpresa pelas possibilidades da implantação de novos pontos nos municípios. Contrapondo-se ao déficit de serviços na atenção básica, há reconhecimento do excesso de leitos hospitalares de saúde mental, ainda que muito utilizados na conformação atual da rede regional:

TULIPA: Todo mundo poderia ter NASF, todo mundo poderia ter oficina terapêutica e a gente não tem. Mas daí a gente tem esse tanto de leito.

Para além da ausência de pontos de atenção, há menção sobre dificuldades do trabalho em rede, com o desenvolvimento de ações paralelas e desarticuladas e pouca comunicação entre os pontos de atenção, o que torna o trabalho solitário.

Apesar das carências de serviços e articulação da rede, há troca de experiências desenvolvidas nos municípios com relato de ações de compartilhamento de cuidado e trabalho em equipe:

ROSA: E a facilidade quando está em Hospital X é que o motorista vai buscar e já traz ele pro posto, não leva para casa, e a gente já consegue atender ele no dia e já marcar para uma semana uma próxima consulta.

TULIPA: Mas com quem é essa consulta?

ROSA: Com o médico. A primeira pode ser com qualquer profissional, psicólogo, enfermeiro, para ver como que foi a internação, qual o medicamento que ele está fazendo uso sabe e essa conversa e já deixa agendada a próxima.

TULIPA: Que lindo, meu Deus! Vocês são maravilhosos!

Na categoria “A Gestão das Redes”, foi presente a queixa da falta de apoio da gestão para as ações e a não valorização da saúde mental enquanto área importante dentro dos cuidados em saúde. Esta postura de não valorização é justificada pela dificuldade na compreensão do trabalho pelo gestor, o que faz com que a mesma não seja prioridade dentre as ações em saúde:

MARGARIDA: Vocês perceberam que é uma constante, todos nós falamos que “eles” não dão importância para saúde mental.

Elemento transversal presente nas falas, ainda que subjacente ao discurso dos trabalhadores é a dicotomia entre gestão (secretários) e atenção (trabalhadores). A escolha do pronome pessoal na terceira pessoa “ele(s)” para referir-se à gestão municipal, demarca este caráter de externalidade da gestão ao cotidiano dos trabalhadores. As reações de surpresa dos trabalhadores diante das informações contidas no inventário, ainda que a grande maioria seja de domínio público, também podem ser consideradas reflexo deste cenário. Chama a atenção, ainda, o não reconhecimento pelos trabalhadores como agentes produtores/indutores da organização municipal da rede (gestores) que também acresce à dicotomia, conformando a rede de forma hierárquica e paralela.

Por último, na categoria “O cuidado em saúde mental”, a organização da rede marcada pelo excesso de leitos hospitalares paralelo ao déficit de serviços de saúde mental na atenção básica e especializada é atribuída ao predomínio de ações curativas. A carência de ações de promoção e prevenção também é justificada por aspectos culturais, seja da população ou do profissional de saúde que, respondem ao sofrimento psíquico através da busca pela internação ou uso de medicação:

MARGARIDA: Mas para mim lá tem muito assim: os pacientes chegam e dizem “eu quero internar”. Não é a gente que indica a internação, eles ficam insistindo já.

TULIPA: Sim, é uma cultura já entre todo mundo, a população, o serviço, todo mundo.

Uma pesquisa que se encerra, um Grupo Condutor da RAPS regional que nasce

Diante das dificuldades do acompanhamento, monitoramento e avaliação da implementação da política de saúde mental pela 15ª CRS, esta pesquisa foi realizada com o objetivo de desenvolver uma metodologia singular para a gestão regional, que ofertasse uma leitura de realidade sobre a qual se pudesse disparar ações para o desenvolvimento da mesma, mas também, e sobretudo, para constituir um lugar de potência à gestão regional da RAPS.

Na evolução da pesquisa, o caráter interventivo se deu para além do encontro do Inventário da RAPS com o coletivo de trabalhadores – produção de inteligência coletiva: a escuta atenta às demandas explicitadas ou presentes nas entrelinhas dos discursos dos trabalhadores ofertou elementos para os processos de gestão regional realizada pela Coordenadoria e constituiu dispositivo de educação permanente para o desenvolvimento do trabalho de gestão e de cuidado na rede regional.

O encontro do Inventário com o coletivo de trabalhadores ampliou os significados das informações compiladas e disparou processos até então inéditos na região, como a nomeação pelos dos secretários municipais de saúde de um profissional da saúde inserido na rede municipal como coordenador municipal da saúde mental.

No encontro realizado junto aos trabalhadores e na discussão dos nós de rede visualizados com o Inventário, uma fala de uma trabalhadora municipal reverberou nos pesquisadores e apontou caminho para uma ação necessária e decorrente da pesquisa:

TULIPA: [...] A minha sensação que eu tenho toda vez que eu saio dos encontros muito empolgada, me dá uma energia, que dura uma semana, risos, mas me faz muito bem estar aqui nos fóruns, nos encontros e tal. Areja a minha cabeça, eu consigo pensar coisas diferentes que a gente não vê, então só isso já seria um benefício de a gente poder sistematizar alguma coisa para poder ser mais frequente.

Esta fala sintetizou uma direção para a gestão regional: da mesma forma que a gestão municipal das redes não pode estar paralela ao cuidado ofertado na mesma, a gestão estadual realizada pelas Coordenadorias não poderia abster-se de ofertar espaços sistemáticos de encontro com trabalhadores e gestores das redes municipais. Se a RAPS é regional, sua organização deve se dar de forma compartilhada entre os atores que ofertam cuidado na mesma.

Logo, o modo de fazer a gestão regional na Política de Saúde Mental almejado com a construção da pesquisa passava por este lugar de encontro com os coletivos de gestores e trabalhadores que fazem parte do cenário que se pretende desenvolver. Compreendeu-se que a educação permanente é dispositivo necessário para a gestão em contextos de grande complexidade, como é a atenção à saúde mental em municípios de pequeno porte. Compreendeu-se também que a gestão regional não está submetida apenas à técnica e ao conteúdo das normas, mas a um contexto político que disputa e constrói sentidos no cotidiano, inclusive a sensação de impotência, que faz com que o contexto fique preso às convenções e valores anteriores à lógica da política atual.

Revisitando a literatura e legislação na área, ocorreu que a Portaria nº 3.088 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a) já referia a necessidade de construção de Grupos Condutores da RAPS (GCRAPS) estaduais e municipais para o acompanhamento da implementação da RAPS nos territórios. Devido às características regionais (maioria dos municípios de pequeno porte, equipes de saúde reduzidas, rede hospitalar regionalizada e bastante utilizada, ausência

de GCRAPS nos municípios e distância expressiva da capital do Estado, entre outras) percebeu-se que a instituição do Grupo Condutor da RAPS regional – não excluindo o estímulo à criação de GC municipais - configurava-se como um produto importante e necessário da pesquisa.

O GCRAPS foi, assim, instituído e conta com a participação dos coordenadores municipais da saúde mental indicados pela gestão municipal, representantes dos Hospitais com leitos de saúde mental regulados pela CRS e equipe técnica da 15ª CRS. O Grupo tem se reunido mensalmente na CRS e discute, planeja e avalia as ações em saúde mental na região, traçando no coletivo estratégias de (re)organização da rede, qualificando-a. O grupo também tem por finalidade configurar-se como um espaço de cooperação horizontal entre os municípios e suporte entre os trabalhadores, com o compartilhamento e a aproximação das ações na região.

O GCRAPS regional foi submetido à apreciação na Comissão Intergestores Regional, legitimando sua existência e garantindo espaço na condução regional da Política de Saúde Mental. A organização dos encontros do GCRAPS regional tem levado em conta a discussão e a organização de estratégias de intervenção sobre as demandas levantadas pela pesquisa como: a necessidade da criação e manutenção de uma cultura que estranhe a internação como recurso terapêutico único e desconectado de ações preventivas, a organização da demanda de cuidados em saúde mental através de ações municipais e regionais intersetoriais, principalmente com a assistência social, a necessidade de criação de formas de quantificar, analisar e intervir sobre o excesso do uso de medicação psiquiátrica, sensibilização dos gestores municipais para as questões de saúde mental e outros.

O desenvolvimento desta pesquisa ofertou elementos para a gestão regional da Política de Saúde mental, constituindo novos horizontes para seu desenvolvimento. No entanto, incidiu apenas parcialmente sobre a problemática que deflagrou a pesquisa. O cenário de escassez de informações de saúde mental nos sistemas de informação disponíveis e de indicadores de saúde mental que dialoguem com as singularidades de cada Região de Saúde permanece dificultando a tomada de decisão nas instâncias de gestão, como a alocação de recursos financeiros e humanos para a área. Dificulta e, ao mesmo tempo, permite condições de manter o cuidado submetido à vigência atual, em que o sofrimento

psíquico se submete à ordem disciplinar do conhecimento e das práticas.

Neste sentido, a capilaridade da atenção básica e sua inserção nos territórios tornam fundamental a ampliação de informações sobre saúde mental no SISAB, a abrangência da pactuação anual de indicadores (SISPACTO) requer a ampliação de seu escopo de pactuações, possibilitando aos municípios menores e sem CAPS - maioria no país – a combinação de metas de saúde mental condizentes com sua realidade e princípios da Reforma Psiquiátrica. É necessário também que a atividade regulatória dos leitos de saúde mental seja padronizada e passe a produzir sistematicamente inteligência para a gestão.

Esta pesquisa, assim, deu um passo importante que tem produzido reflexos no desenvolvimento e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial regional e pode ser replicada em outros contextos e Coordenadorias, qualificando outros territórios. O cenário da política atual, no entanto, reforça a necessidade do monitoramento do avanço da Reforma Psiquiátrica, através da ampliação das informações de saúde mental nos sistemas de informação em saúde e do acompanhamento longitudinal das mesmas, desencadeando educação permanente para fortalecer as práticas de uma saúde democrática e libertária, como na origem da produção enunciativa do Movimento de Reforma Sanitária brasileira.

Referências

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70. Lisboa, Portugal: LDA, 2009.

BRASIL. Comissão Integestores Tripartite. Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016. **Diário Oficial da União**. Poder Legislativo, Brasília, DF, 12 de dez. 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/Resolucoes-CIT-n---8-e-10.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

_____. Constituição Federal de 1988. Diário Oficial da União. Poder Legislativo, Brasília, DF, 05 de out. de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10 dez. 2016.

_____. Departamento de Atenção Básica - DAB. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>. Acesso em: 25 out. 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Panorama. População no último censo [2010]. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde

– SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Poder Legislativo, Brasília, DF, 29 de jun. de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 10 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 de set. de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 10 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ministério da Saúde, Brasília, 6 abr. 2001. Diário Oficial da União. Poder Legislativo, Brasília, DF, 09 de abr. de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Poder Legislativo, Brasília, DF, 26 de dez. de 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 10 dez. 2016.

CARVALHO, A.I. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 94-111. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/saude-e-democracia-a-luta-do-cebes.pdf>>. Acesso em 09 jun 2017.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, v.9, n.16, p.166-177, set. 2004 /fev. 2005.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trabalho, educação e saúde, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>>. Acesso em 09 jun. 2017.

FERLA, A.A. Clínica em movimento: cartografias do cuidado em saúde. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.

FERLA, A.A.; CECCIM, R.B.; DALL ALBA, R. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, v.6, n.2, s.p., ago. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes médicas, 1993.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação. BI – Bussines Intelligence. Acesso restrito à Secretaria Estadual da Saúde. Acesso em: 25 abr. 2016.

_____. Programa Primeira Infância Melhor (PIM). O PIM: o que é. Disponível em: <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/o-pim/o-que-e/>>. Acesso em 04 abr. 2017.

_____. Secretaria Estadual da Saúde (SES). Como funciona a regulação hospitalar? Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/regulacao-hospitalar>>. Acesso em 05 jan. 2017.

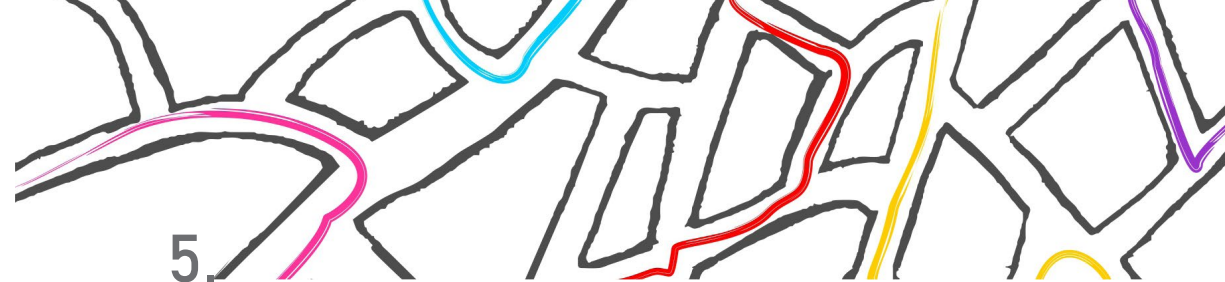
_____. Secretaria Estadual da Saúde. Resolução Nº 403/CIB/RS, de 26 de outubro de 2011. Diário Oficial do Estado, Rio Grande do Sul, RS, 03 nov. 2011a. Seção eletrônica, p.28.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. Resolução Nº 404/CIB/RS, de 26 de outubro de 2011. Diário Oficial do Estado, Rio Grande do Sul, RS, 03 nov. 2011b. Seção eletrônica, p.28-29.

RITTER, F.; ROSA, R.S.; FLORES, R. Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferenciamento dos sistemas de informação. Cadernos de Saúde Pública, v.29, n.12, p.2523-2534, dez. 2013.

ROCHA, M.L.; AGUIAR, K.F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. Psicologia, Ciência e Profissão, v.23, n.4, p.64-73, 2003.

TEIXEIRA, C.F.; VILASBÔAS, A.L.Q.; JESUS, W.L.A. Proposta metodológica para o planejamento em saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C.F. (Org). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 51-75.



5. FELICIDADES CLANDESTINAS NO SUS ARACAJU¹⁷: Brincantes no Produzir Saúde e Subjetividades

Chenya Valença Coutinho
Michele de Freitas Faria de Vasconcelos
Taísa Belém do Espírito Santo Andrade

Introduzindo a brincadeira

[...] a infância fala uma língua que não se escuta. [...] pronuncia uma palavra que não se entende. [...] pensa um pensamento que não se pensa. [...]. Essa parece ser uma das forças da infância: a de uma nova língua, de um novo, outro lugar para ser e para pensar, para nós e para os outros.
(KOHAN, 2009, p.59).

[...] Temos de aprender a desaprender, - para afinal, talvez muito mais tarde, alcançar ainda mais: mudar de sentir.
(NIETZSCHE, 1978, p.169).

Esta é uma escrita ensaística sobre um tatear coletivo por outras formas (ou de um ir outrando formas) de produzir saúde e subjetividade em cenas e cenários do Sistema Único de Saúde (SUS) de Aracaju, Sergipe. Nesse tateio, uma grande aliança clandestina: a arte, em suas variadas linguagens e interfaces para a produção de cuidado em saúde, pequenas alegrias diárias, remetendo à ideia de devir-criança e de infância como a capacidade humana de plasticidade para suportar produzir sentidos sentindo as forças do mundo; de experimentação, inventando a si e o mundo nos encontros com forças brincantes.

O caminho trilhado é a narrativa de cenas vividas por uma de nós como trabalhadora do Núcleo de Projetos Inovadores (NUPRIN) da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju. As cenas nos remetem à tessitura de uma colcha de retalhos,

¹⁷ Título inspirado no conto “Felicidade Clandestina” de Clarice Lispector (1981).

bordados que, ao serem criados, possibilitam a quem cuida e a quem é cuidado experimentar, tecer brincando, reinventar/fabular/reescrever e apostar no SUS e no seu arcabouço ético-filosófico. Colcha composta por narrativas, memórias compartilhadas e lembranças das vivências acumuladas ao longo de seis anos de trabalho no Núcleo de Projetos Inovadores (NUPRIN). Esse texto se faz vida efêmera e em expansão pelo sentir-pensar coletivo. Afetações, inquietações e curiosidades pedem um corpo pela escrita, para, quem sabe, fazer durar intensidades pela ampliação das possibilidades de problematizar nossas ações no trabalho cotidiano em saúde pública.

Essa tessitura foi corpendo¹⁸ pensamentos que modelaram um trabalho de conclusão de Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, finalizado em 2017, por uma das autoras, acompanhado pelas demais. Neste texto traremos alguns retalhos do bordado que compôs o trabalho de conclusão do curso de especialização. E da imaginação de princípios plásticos, anárquicos e éticos, as palavras foram nascendo e se estabelecendo para dar sentido ao que somos/fomos/podemos ser, porque não pensamos com pensamentos, mas com palavras, co-engendramento de nós e do mundo; um mundo bordado por palavras (BONDÍA, 2002).

Nesse sentido, não nos interessa tecer palavras retas, cirúrgicas que almejam verter a vida em quadros, reforçando a ilusão de termos assim capturado a verdade do mundo. Importa compor a experiência com palavras brincantes, que nos convidam a gaguejar nossos mapas linguísticos e políticos (DELEUZE, 1987). Brincar de viver e, de forma mais específica, brincar de fazer saúde, criancendo a vida (CORAZZA, 2003), ou seja, afirmando a potência da vida de bifurcar, de querer mais de si e do mundo, alçamos com as palavras o inominável. Contudo, antes de seguir adiante, cabe apresentar o *locus* de onde se desdobram e perpassam os retalhos/cenas que compõem essa colcha/texto: o Núcleo de Projetos Inovadores (NUPRIN).

Em 2017, o NUPRIN completou sete anos de (r)existência, sendo um dos poucos núcleos instituídos no SUS com vistas à produção de inovação no modo de produzir saúde a partir dos encontros possibilitados pelas interfaces arte, cultura, saúde. O Núcleo fez parte da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju até fim de 2017, período em que foi extinto.

18 A virtude do corpo aqui se refere à sua possibilidade de afetar simultaneamente outros corpos, das mais diversas formas, e à possibilidade de também ser afetado por eles de inúmeras maneiras simultâneas. Pois o corpo é um indivíduo que se define tanto por seus agenciamentos internos de equilíbrio quanto pelas relações de composição que mantém com os demais corpos, sendo por eles alimentado, revitalizado e vice-versa (PEIXOTO JUNIOR, 2009).

Criado em 2010, o Núcleo apoiava e executava projetos criativos, com o propósito de mobilizar a composição de práticas, que dessem suporte as singularidades no processo de fazer saúde, ou seja, (trans)formar práticas no âmbito das redes de atenção em saúde do SUS/Aracaju (LEMLE, 2013). Atento à complexidade viva desse campo, o NUPRIN fundamentava suas ações nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH)¹⁹ e na Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS)²⁰. Além disso, procurava articular a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPICS)²¹, apoiado na Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS)²² e na proposta triangular de artes²³ (COUTINHO; DIAS, 2016).

De acordo com Merhy (2002), desde o final do século XX, os processos de acumulação de capital passam por ciclos de reestruturação produtiva e inovações tecnológicas, as quais incidem primordialmente no terreno do trabalho vivo, atravessado pela vida, pelos afetos, pelos corpos, pelos espaços e relações dos sujeitos que produzem esse trabalho e que se produzem pelo trabalho. A seara da inovação da produção de saúde enquadra-se nesse campo do trabalho vivo, com tecnologias leve e leves-duras, segundo Neves (2008), com capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e rumos para os atos produtivos da saúde. Entendendo, com Guattari e Rolnik (2000), que a força do sistema capitalista está na tomada de produção não só dos bens materiais, mas da produção de subjetividades; e apostando na indissociabilidade entre produção de saúde e produção de subjetividade (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), uma questão importante de fazer-pensar parece ser: que relações, nós profissionais de saúde, estamos produzindo com o trabalho? Aqui parece importante ressaltar o alerta de Passetti (2011, p.130), quando este diz que o neoliberalismo:

[...] trago a tese da emancipação humana pela economia computo-informacional que funciona pela intensificação produtiva e política de energias inteligentes e redimensionou a democracia representativa em um ritual que depende das mais diversas participações na produção e nos governos da vida social.

19 Para saber mais: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf

20 Para saber mais: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html

21 Para saber mais: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/npic.php>

22 Para saber mais: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1683.pdf>

23 A proposta triangular de artes foi sistematizada por Ana Mae Barbosa (1991), tendo como fundamento as instâncias envolvidas no lidar com a arte que perpassam o fazer/ produzir, o contextualizar/ compreender e o apreciar / fruir da arte.

Com esse alerta, colocamo-nos o desafio de fazer girar sentidos naturalizados quando se trata de “inovar” no campo do trabalho em saúde. Trata-se de um novo que já nasce velho? De um trabalho que segue regras protocolares, mas ‘da moda’? De um trabalho alijado da vida, alijado assim de sua potência, aquilo que muitos definem como trabalho alienado? Trata-se de um trabalho realizado, se não mais por corpos dóceis por mentes flexíveis e articuladas, autocontroláveis em um campo de convivência “no confinamento não mais de espaço produtivo, mas de vida” (PASSETTI, 2003, p.45), em que todos são convocados a produzir, a participar, a inovar?

Não é a essa inovação que queremos nos engajar. Em um momento em que inovação e participação viram jargões, crivando sujeitos trabalhadores e empreendedores de si, o NUPRIN sustentou, por meio da experimentação de práticas de saúde, explodir outros sentidos para as mesmas, tateando modos de rasurar tais jargões pela afirmação das forças de corpos que não temem a vida como expansão. Interessa-nos, pois, fazer pensar inovações ali onde a inovação avizinha-se da “criação de novas ideias sobre o que é a ideia” (BADIOU, 2015, p.31), empreendendo esforços de invenção de novos sentidos, rupturas acerca das arbitrariedades da vida e do vivido. Por falar em vivido, apresentemos os retalhos-cenas que compõem esse texto.

Por falar em vivido, talvez seja preciso indicar a pista que deu caminho para a aposta metodológica desse texto: a de número 8, do livro “Pistas do Método da Cartografia”. Nela, Eduardo Passos e Regina Benevides (2009) definem como “política da narratividade” um problema metodológico fundamental: “no trabalho da pesquisa em saúde e da clínica, é sempre de narrativas que tratamos” (p. 150). Seguem afirmando que toda prática de saúde se dá pelo que se expressa no encontro entre sujeitos, nós diríamos, no encontro entre corpos, humanos ou não. Assim, a ideia é a de que o artigo se aporte em cenas que ocorreram por entre o desenrolar de dispositivos clínico-institucionais do NUPRIN, para que com elas tateemos essa expressão, a do (des)encontro entre corpos no cotidiano do cuidado em saúde (VASCONCELOS; SEFFNER, 2017). A ideia é dar ouvidos aos ruídos do cotidiano, fazendo ruir automatismos também da escrita e criar também com ela um espaço de encontro, território coletivo de análise e interferência. A seguir, apresentamos os retalhos-cenas que compõem esse texto.

Clandestinidade pode ser uma potência?!

*Dentro deste mundo há outro mundo
impermeável às palavras.
Nele, nem a vida teme a morte,
nem a primavera dá lugar ao outono.
Histórias e lendas surgem dos tetos e paredes,
até mesmo as rochas e árvores exalam poesia.*
(JALAL-UD-DIN RUMI, 2015).

Naquele dia, o NUPRIN contava com a participação de duas estagiárias de psicologia que, há pouco, haviam iniciado suas atividades no Núcleo. Após a apresentação dos projetos e das políticas encampadas por ele, elas estavam acompanhando a nossa dinâmica diária: intervenções, planejamentos, estudos, as limitações, as angústias, as alegrias.

Passamos aquela manhã planejando uma das ações que comporia uma Formação Introdutória para as Equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)²⁴ contratadas naquele ano de 2016. Criar grupalidade/coletivo e construir ferramentas para compreensão (e prática) de Clínica Ampliada²⁵ e Apoio Matricial²⁶ eram os objetivos das ações e oficinas. A aposta em tais temáticas dava-se a contrapelo da constatação de que elas não eram tidas como relevantes em alguns espaços de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, onde a lógica técnico-econômica se sobrepunha ao cuidado. Para nós, cuidado germina da participação e fortalecimento de sujeitos e coletivos. Neste sentido, modos de pensar disputavam espaço na impressão dos modos de fazer saúde que seriam produzidos pelas equipes NASF. Afirmar a lógica do saber especialista na Atenção Básica ou afirmar a potência do dispositivo Apoio Matricial para compor coletivamente modos de cuidar, que levem em conta a complexidade do fazer saúde?

24 Para saber mais sobre os NASF, ver: Caderno da Atenção Básica nº 39 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

25 Clínica ampliada pressupõe a superação da doença como foco do processo de cuidado e das intervenções dos profissionais de saúde, para focar nos sujeitos, suas vidas e modos de viver, seu entorno. Sujeitos com demandas singulares e necessidades diversas (CAMPOS et al., 2014).

26 Apoio matricial define-se tanto como arranjos organizacionais quanto como uma metodologia, fundamentando-se na concepção ampliada do processo saúde-doença-cuidado, na interdisciplinaridade, no diálogo e na interação entre profissionais que trabalham em equipes (de apoio e de referência) que produzem transversalidade e polifonia intra e entre equipes, na direção de produção coletiva e compartilhada do cuidado. Pode ser definido como uma forma de organizar, ampliar e otimizar a oferta de ações em saúde, por meio de saberes e práticas especializadas que complementem, apoiem e sustentem as ações dos apoiados (CAMPOS et al., 2014).

Pausa para o lanche. Retomamos com uma conversa sobre o contexto político vivenciado naquele momento, quando despropositadamente uma das estagiárias questiona a equipe: “*Velho, como o Nuprin consegue resistir e existir ao longo desses seis anos, com esse contexto político e institucional, trabalhando com um conceito diferente/ampliado de produzir saúde?*”

Entreolhamo-nos, tentamos argumentar, mas nada coerente servia como resposta: “*Ah! Nós não temos recursos, não gastamos quase nenhuma verba e ainda sim fazemos diversas ações que geram comentários e avaliações positivas de trabalhadores e usuários. Assim somos agenda positiva, com custo bem baixo*”. “*Eles acham que só fazemos musiquinha e filminho*”. Até que uma de nós solta: “*Eles não sabem o que a gente faz aqui!*” Sorrimos juntas e concordamos em coro: “*É isso mesmo!*” A estagiária então conclui: “*Não devem saber mesmo, se soubessem não deixariam vocês aqui*”.

E esse “aqui” ecoou em nossas mentes: aqui o NUPRIN se faz ilha, reduto de sonhos, aqui a racionalidade biomédica, centrada no modelo médico curativo perde sua hegemonia. Aqui consideramos que as diferentes racionalidades médicas possuem inúmeros pontos de concordância e complementaridade e também suas diferenças: no modelo centrado na ciência da doença (medicina ocidental contemporânea) e no modelo centrado na arte de curar, verbo entendido não como reestabelecimento de um estado anterior tido como normal, mas como expansão da saúde/vitalidade e dos modos de viver (medicina oriental/alternativa) (LUZ; BARROS, 2012).

Aqui, rompe-se a concepção de neutralidade e passa-se a compreender aspectos ideológicos, políticos e econômicos que perpassam o fazer em saúde. Entre profissional de saúde e pessoa cuidada, toda uma trama de relações de saber-poder (DONNANGELO, 1976) se estabelece no encontro com o outro e suas possibilidades. E, ao romper a ideia de neutralidade, fez-se ilha-arte na sustentação de um plano de composição, uma afirmação do entre, onde racionalidades médicas e seu ideário ‘inovador’ dialogam com as tradições seculares e populares.

“*Eles não sabem o que a gente faz aqui!*”. Carregando o germen dos movimentos que culminaram com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), a equipe do NUPRIN se inquietava com o tipo de projeto ético-estético e político que suas ações afirmavam, pois foi gestado por

essa matriz, mas estava sendo também forjado pelas forças de um momento onde as subjetividades são violentamente pasteurizadas, encaixotadas e consumidas freneticamente, nesse mercado da saúde e da vida.

Nesse campo de composição, o caminho estético pareceu mais permeável à vida e arte e cultura pediram passagem para atravessar o campo da saúde. Aqui, arte é compreendida como no latim *ars* que, em sentido literal, representa técnica, habilidade natural ou adquirida ou, ainda, capacidade de realizar algo ou alguma coisa (HOUAISS, 2009). Toda essa polissemia que foi usada como fundamento nos coloca nas mãos habilidades de ampliar possibilidades do cuidado em saúde: forjar um cuidado que se dá por meio do artista, incorporar uma habilidade relacionada à estética do viver. A arte possui uma condição infantil, de abertura sensível e de contato com a alteridade, com a diferença do mundo, com a diferença em nós (CECCIM; PALOMBINI, 2009).

A cultura, do latim *culturae*, significa ação de cultivar a mente e os conhecimentos (HOUAISS, 2009), campo de batalha que envolve apropriação e transformação de conhecimentos acumulados e produção de novos. Como não pensar em promoção da saúde sem cultivar a mente, os conhecimentos e ações de cuidado? Como não pensar em cuidados de saúde e produção de sujeitos sem arte e cultura?

Aqui o cuidado em saúde ganha ares de brincadeira, mas uma brincadeira compromissada com a felicidade. E esta passa a ser compreendida como dispositivo desencadeador de transformações pessoais e coletivas, capaz de mobilizar pequenas transformações/revoluções/afetações diárias. Talvez fosse melhor falar em pequenas alegrias diárias, pois não se trata da felicidade fabricada pelas caixinhas de remédio para administrar as peripécias do cotidiano (COUTO, 2009), trata-se de brincar de viver, invenção e significação de problemas, de si e do mundo.

Aqui a noção de humanização é pensada como aponta Ayres (2004): como conjunto de proposições éticas e políticas que visam pautar as tecnociências da saúde, seus meios e fins em busca de valores que interliguem a felicidade humana à democracia, voltadas para o bem comum, ou melhor, para na diferença produzir comum. O cuidado em saúde visa a construção de um projeto de vida brincante, vibrante, alegre. A saúde é traduzida enquanto estado de bem-estar, compreendido como priorização dos direitos sociais pelo Estado ante o avanço neoliberal

capitalista, um “pacto social” que busca satisfazer as necessidades básicas da população pautada pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade (LAURELL, 1998). Estado de bem-estar não no sentido de completude, mas da saúde como afirmação da vida em sua potência de diferir.

Aqui a saúde é pensada como algo a ser tateada com a leveza de um sorriso e a simplicidade de uma lágrima que conseguiu encontrar a saída. A saúde e seu sistema de cuidados ganham um contraponto à sua rotina de produtividade guiada pela mais-valia, de saber fragmentado que regula a capacidade de trabalho das forças produtivas (DONNANGELO, 1976). A produção de saúde é maquinaria, com outras formas de produzir saúde sendo sonhadas, gestadas e experimentadas, feitas de carne, cola, música e purpurina.

Aqui somos clandestinos, clandestinos em um sistema guiado pela lógica do capital, comprimido pelos números discrepantes entre receita e demanda, que segue o modelo fordiano de fragmentação. Clandestino, do latim *clandestinus*: escondido, secreto (HOUAISS, 2009). O NUPRIN segue ousando experimentar práticas afeitas à clandestinidade, driblando as amarras do modelo produtivista capitalista de fazer saúde, citado por Donnangelo (1976), buscando plasmar as diretrizes da RSB, práticas afeitas às miudezas de uma saúde frágil fabuladora de mundos que uma saúde robusta não visaria.

Aqui, bem aqui, “o melhor lugar do mundo é aqui e agora” (GIL, 1977). Desgarramo-nos do respeito “às engrenagens produtoras de luminosidade” (BAPTISTA, 2010, p. 105), do desejo de identificação travestido de reconhecimento. Aqui, a aposta é experimentar práticas em saúde que “habitam a escuridão do anonimato, morada na qual a diferença, afirmando a sua intensidade, escapa do encarceramento identitário” (BAPTISTA, 2010, p. 105), prescritivo, protocolar, do é assim e assim deve ser! O melhor lugar do mundo é aqui e agora, e agora convida ao movimento.

Música para colorir portas da alma

Calma, escuta esse samba com a tua alma,
Deixa a música entrar que a alegria se espalha
E faz dessa hora um momento melhor...

Olha, mas com uma mirada de quem me repara,
De quem vê lá no fundo o que trago de histórias
Que respeita e entende de fato o meu modo de amar (...)
(ANDRADE, 2015)

Dessa vez o projeto Sons no SUS²⁷ se apresenta. Com base na PNH, especialmente focando no dispositivo ambiência²⁸, a equipe do projeto iria à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Fernando Franco, situada na zona sul de Aracaju, onde embora não tivesse como objetivo nem tampouco estrutura adequada para realizar internações, recebia internações pediátricas. Partindo dessa condição concreta, levamos além do repertório infantil, a história “A menina e o pássaro encantado” de Rubem Alves (2005). Ensaio, estudo, preparação, essa era a rotina para cada intervenção, e assim foi...

Chegado o dia, os contratemplos rotineiros: o transporte agendado via memorando não chega... ‘Chêga minha gente!’, liga, fala com um e outro e, após um atraso agonizante, finalmente o transporte chega, garantindo que haveria intervenção conforme agendado. ‘Simbora!’

Na UPA, fomos recebidos pela coordenadora do serviço e por uma enfermeira, acertamos o percurso a ser feito no serviço, guardamos as capas dos instrumentos e iniciamos a intervenção pela ala pediátrica, onde haviam crianças internadas há algumas semanas, aguardando vaga para transferência. Na primeira enfermagem que entramos, cerca de cinco crianças estavam nos leitos, e todas, invariavelmente, acompanhadas por mulheres. Pode-se perceber a naturalização do papel social do cuidar e da educação familiar cristalizado como papel eminentemente feminino, ancorado no senso moral e em valores de altruísmo e atribuições de maternagem, que apesar de assumirem outros papéis e jornadas sociais e econômicas ainda lhe recaem o senso comum, imputando a responsabilidade no ato de cuidar (GUEDES; DAROS, 2009).

27 O projeto insere-se no NUPRIN, sendo composto por três estagiários do curso de música e um técnico de referência para o projeto. O objetivo é realizar intervenções musicais visando à melhoria da qualidade da ambiência a partir da linguagem e interações musicais, os instrumentos, os músicos interventores com os sujeitos presentes nos dispositivos de saúde dos territórios do SUS Aracaju/SE.

28 Ambiência é aqui compreendida para além dos espaços físicos e estruturais, contemplando as relações interpessoais e os componentes afetivos que atravessam os espaços físicos, sociais e profissionais (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Entramos tocando cantigas de roda e logo chamamos a atenção dos pequenos. Uma criança que chorava no colo da mãe logo acalma e se deixa prender a atenção pela música que invadia a enfermaria em que ela estava. Inicia a história e todos ficaram atentos, faces acinzentadas num ambiente inosso tornam-se multicores, encantadas com os sons, instrumentos e cores. A mãe, com o pequeno no colo, nos olhava fixamente, segurando com mais força seu filho, à medida que a história era contada, como se quisesse segurar o seu pássaro/filho, aninhando o pequeno em seu peito em um abraço crescente.

- Por favor não vá, fico tão triste, terei saudades e vou chorar.
- Dizia a menina.
- Eu também terei saudades, dizia o pássaro. Eu também vou chorar. Mas eu vou lhe contar um segredo: As plantas precisam da água, nós precisamos do ar, os peixes precisam dos rios... E o meu encanto precisa da saudade. É aquela tristeza, na espera da volta, que faz com que minhas penas fiquem bonitas (ALVES, 1995, p.9).

Ao final da história, essa mãe se permite entregar-se a um choro silencioso, sentido, sofrido, represado, mas que naquele momento encontrou passagem. Segue abraçando seu filho no colo, que a essa altura devia estar confuso em ver a mãe chorar ante aquelas músicas alegres e a história.

A equipe do Sons no SUS acolheu aquele choro, “Quando uma pessoa chora seu choro baixinho, de lágrima a correr pelo cantinho do olhar, não se pode duvidar, da razão daquela dor, (...), aí penso que é melhor, ajudar aquela dor, a encontrar o seu lugar” (GIL, 1978) e se deixou demorar ali. Tocaram várias músicas, cantigas de ninar, cantigas de roda, músicas populares. O semblante de todos da enfermaria era como que iluminado, inclusive trabalhadores cantarolavam as músicas, ofereciam nas faces sorrisos largos que acolhiam com o olhar.

Cuidar exige um demorar-se para olhar miudezas. Ao sairmos dessa enfermaria, percebi que uma trabalhadora se dirigiu àquela mãe que enxugava as lágrimas, antes contidas e agora livres do peso de estar represadas. O silenciamento desse sofrer, a contenção daquelas lágrimas parecia relacionar-se com a exigência de nos fazermos sujeitos adultos, racionais, que dominam seus corpos e emoções pelo disciplinamento da experiência de viver. Essa exigência e essas relações de

poder-saber-ser perpassam a instituição hospitalar que fragmenta os sujeitos, não lhes conferindo o direito de serem vistos com integralidade e singularidade. Segundo Amarante (2007, p.170), “é preciso saber desconstruir a clínica, saber olhar para o sujeito, olhar à experiência humana além da clínica, como uma outra forma de olhar para a experiência vivida que não se restringe ao olhar do sintoma”.

O modelo de cuidado em saúde contemporâneo determina que o sujeito deve lidar com experiências que geram sofrimento de maneira preestabelecida como satisfatória conforme a racionalidade biomédica e, caso não o faça dessa forma, passa a conceber essa experiência como algo eminentemente patológico, “destruindo as capacidades culturais e individuais de como lidar com elas, substituindo-as por tentativas desumanas de transformá-las em mercadorias” (FREITAS; AMARANTE, 2015, p.26).

O projeto Sons no SUS se propõe a produzir saúde a partir do trabalho vivo, sendo este entendido como algo que se dá no momento em que está sendo produzido. Conforme Merhy e Franco (2013), tal configuração do trabalho em saúde é denominada de tecnologia leve e se faz a partir do encontro, da escuta, do acolhimento e do vínculo. De acordo com Ayres (1994), o trabalho vivo possui condicionantes para subverter a objetificação dos sujeitos nas práticas de saúde, através da intersubjetividade viva no momento do cuidar, na efetivação da troca e da prática relacional, alicerçando-se na tecnologia e ao mesmo tempo subvertendo-a. Assim, abre-se caminho para pensar em outras formas de cuidado, para além de medicalizar a vida a partir de tecnologias duras tecnocentradas. Pensa-se, portanto, em mudança de lógicas que norteiam a clínica e o cuidado, estes passam a estar implicados com a construção e/ou potencialização de projetos de vida, de felicidade.

O paradigma biomédico hegemônico apresenta características basilares como a visão do corpo enquanto máquina, a compreensão da doença como algo concreto, passível de generalização, uniformização e replicação de sinais, sintomas e tratamento - em sua maioria com ênfase em medicamentos e procedimentos médico-cirúrgicos (TESSER et al., 2010). Assim como preconizado na Reforma Psiquiátrica Brasileira, e trazido por Amarante (2007), é preciso compreender os diversos níveis da experiência humana, não devendo o profissional de saúde, ou quem promove o cuidado, se prender à produção de

doenças, na clínica e na medicalização da vida, mas sim buscar a invenção da vida, de novas sociabilidades e subjetividades.

Antes de irmos embora, uma trabalhadora nos chama, agradece, pede que voltemos mais vezes. Pergunta se seria possível uma agenda fixa nesse serviço e, a título de agradecimento, oferece um suco à equipe. Enquanto tomávamos o suco, aquela outra trabalhadora que se dirigiu à mãe que chorava, vem conversar comigo, agradecer e contar que aquela mãe estava ali há semanas e a equipe de saúde não conseguia acesso e vínculo com ela. Sempre introspectiva, ainda não havia permitido uma aproximação maior, mas naquele momento que saímos a equipe conseguiu acessar aquela mãe, acolher suas angústias, orientar quanto às suas dúvidas, cuidar dessa mãe que, junto ao seu filho, estava naquele serviço há semanas.

A introspecção daquela mãe, na posição de sujeito de direitos e de cuidados, impossibilitava o diálogo e, por conseguinte, a criação de vínculos com a equipe de saúde e cuidados a esta em sua integralidade. Contudo, uma vez que a emoção, gerada a partir da música, abriu espaço à conversação pode-se acolher essa mãe em suas singularidades. De acordo com Pontes et al. (2005), no processo de desenvolvimento humano, filogenético e ontogenético, a emoção surge antes da racionalidade, sendo a primeira linguagem que interagimos. Nós humanos, que nascemos tão imperitos e indefesos, sobrevivemos pelo elo e comunicação que a emoção é capaz de gerar, nos compomos como seres biologicamente sociais a partir do que emociona.

O dispositivo acolhimento e a ideia de entrecruzamento entre produção de saúde e de vínculos, de certo modo, relaciona-se com essa ideia da emoção/afetividade/sensibilidade como aliança entre humanos. Segundo Tesser et al. (2010), o acolhimento orienta a postura dos atores atuantes nos espaços do SUS, que abrange um interesse, uma postura ética e de cuidado, uma abertura humana, empática e respeitosa ao sujeito. Concomitantemente, ao considerar e avaliar riscos e vulnerabilidades, necessidades biopsicossocioespirituais e eleição de prioridades no cuidado, de acordo com a singularidade, os saberes e os desejos de cada sujeito, se orienta assim questões de organização e práticas de trabalho com ênfase nas pessoas e não na doença.

MEOW

(...) Espera, não corre não foge não vá embora.
Fica mais um pouquinho e esquece a hora,
Que pode ser bom esse som escutar...

Sei, parece difícil então chegue mais perto,
Sorria meu bem que o futuro é incerto,
O Nuprin te convida a sonhar e cantar (...)
(ANDRADE, 2015)

O projeto CurtaSUS tinha como objetivo estreitar a articulação entre as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, utilizando filmes de curta metragem, seguidos de rodas de conversa. Idealizado pelo arte-educador e arteterapeuta Murilo Andrade de Brito, foi lançado em setembro de 2011, sendo desenvolvido e executado pela equipe que compunha o NUPRIN. Como alicerces: a PNH, a PNEPS e a PNPS. Como escopo principal, a aposta no potencial intercessor da arte em processos de subjetivação e na popularidade alcançada pelo cinema para promover reflexões e provocações acerca não só da produção de saúde de maneira restrita ao adoecimento e cura, mas acerca de produção de vida, de sujeitos e subjetividades (COUTINHO; DIAS, 2016).

O Curta SUS, no ano de 2014, completava 3 anos de existência e estava com a agenda lotada. Até aquele momento, meados de agosto, já contabilizava mais de cinco mil usuários do SUS participantes do projeto. Naquele mês, estávamos compondo a programação junto ao Programa Saúde na Escola²⁹ e Programa de Redução de Danos³⁰, na Semana da Saúde na Escola. Foram quinze (15) escolas visitadas naquele mês, utilizando um curta para discutir com professores e alunos da rede pública de ensino de Aracaju a temática do uso e abuso de substâncias psicoativas.

²⁹ Programa Saúde na Escola trata-se de uma estratégia intersetorial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, instituída em 2007. Busca integrar as equipes de saúde da família e das escolas da rede pública do seu território adscrito, ampliando, assim, ações e ofertas específicas de saúde para os alunos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

³⁰ O Programa de Redução de Danos foi preconizado pelo Ministério da Saúde em 2001, englobando um conjunto de estratégias dirigidas a pessoas que não conseguem ou não querem parar o consumo de droga. Estas estratégias visam reduzir as consequências negativas que o uso de drogas pode ocasionar (NIEL; SILVEIRA, 2008).

No planejamento dessas ações, usamos a sugestão de uma redutora de danos usar um dos filmes de nossa curadoria, usado geralmente para discutir alimentação saudável, como estímulo gerador da discussão sobre álcool e outras drogas. O curta escolhido foi uma animação chamada Meow (MAGALHÃES, 1981), com duração de 8 minutos, que mostra um gato faminto, que, a princípio, toma leite e, no decorrer, passa a tomar refrigerante.

Naquele dia, o destino era uma escola de uma zona periférica da capital. Tudo transcorria costumeiramente: chegar, arrumar o material, *datashow*, cabos, caixa de som, tela de projeção, aguardar o carro, aguardar o carro e partir para a escola. Chegando à escola, somos recebidos pela coordenadora do turno da manhã, que alega não saber da agenda, liga para outras pessoas e retorna. Conduz-me à sala, uma turma do 6º ano do ensino fundamental, com cerca de trinta e cinco (35) adolescentes e pré-adolescentes. Apresento-me e monto o material, enquanto explico a proposta do projeto CurtaSUS.

Curta sendo exibido, a professora sai da sala, desconsiderando a proposta do projeto de criar um ambiente de interação professores, alunos e profissionais de saúde para falar de saúde a partir das impressões vividas. Assumo essa aposta e, durante a exibição, escuto-os imitando o miar do gato do filme, solto o sorriso, eles retribuem e voltam à atenção para o filme. Ao final, pergunto as impressões, as sensações ao assistir o curta: os jovens parecem tímidos, se esquivam em falar, mas, aos poucos, as falas vão surgindo, circulando. Falas de jovens, expressões que pedem passagem parecendo transpor e se interpor ao mundo (adulto) do já dado e do tudo julgado.

A versatilidade do cinema, que permite utilizar o mesmo filme para discutir diversas temáticas a partir do olhar de outros espectadores, reforça a ideia de que a concretude da imagem se dilui no processo de subjetivação que frui da película, o que possibilita ao sujeito-espectador identificar-se, vivenciar e exprimir situações, problemas e conflitos histórico-sociais a partir das imagens, conferindo, desta forma, ao artista a função de porta-voz da coletividade (ALTMANN, 2008). Mais ainda, emancipando o espectador, no sentido de que ele mesmo participa do processo de produção de imagens e subjetividade, artistando com o cinema sua existência.

Vamos juntos discutindo sobre o que seriam drogas, lícitas e ilícitas, formas de uso, uso abusivo, dependência, redução de danos, direitos humanos e

direito à saúde. Partilhamos histórias e eu seguia costurando tudo às informações de promoção à saúde e redução de danos. Segundo Bergala (2008), a arte permite o encontro, por meio dela, se experimenta, se transmite, se analisa por outras vias além do discurso, produzindo-se um território de habitação coletiva.

Percebo um garoto que aparentava ter 13 anos em média (um pouco maior e mais velho que a média da turma), jeito ‘marrento’, sentado ao fundo com cara de desdém, de cabeça baixa e demonstrando que não queria falar sobre o tema. No decorrer da conversa, tento trazê-lo para roda, através do uso de linguagem mais coloquial, termos mais próximos daqueles utilizados pelos garotos da turma, de modo que eles pudessem se reconhecer nas minhas falas, nos risos compartilhados, nas histórias divididas. Uma mudança “simples” na ambiência da sala, uma modificação na sua espacialidade como procedimento metodológico que ressoa em pequenas mudanças subjetivas, produzindo a possibilidade de composição coletiva. Em vez de carteiras enfileiradas, a roda de conversa, o olho a olho, um olhar para o olho do furacão. O tema (e a prática instrucional do falar sobre) do uso de drogas por adolescentes se transforma numa conversa sobre usos de drogas com adolescentes. Um espaço-encontro transversal entre sujeitos, práticas e saberes lhes encoraja a ‘baixar a guarda’ e perguntar sobre os efeitos (negativos ou não) de determinadas substâncias, sobre formas de uso que podem reduzir possíveis danos e efeitos adversos, sobre a vida e relações com os papéis que desempenhamos seja no âmbito familiar, seja no âmbito escolar e/ou de trabalho.

Toca o sino do intervalo. Hora do lanche e todos se inquietam em suas carteiras. Faço o fechamento, agradeço e me despeço deles. A maioria sai em disparada para a fila do lanche, alguns vêm me abraçar, abraço-composição que engrandece o encontro de existências daquele momento, abraço-cuidado que enobrece a atividade de educação em saúde experienciada, transpondo-a para uma atividade de troca de afetos na vida, abraço-afetividade, com pistas para construção de um “projeto de felicidade” de cada um dos sujeitos presentes na roda.

O garoto outrora marrento me olha de longe. Vou desmontar o material e ele oferece ajuda, digo que não precisa, mas ele puxa conversa. Vai se demorando, permitindo-se ser curioso e pergunta: “Tia, e o crack? E isso? E aquilo? E a senhora é o que mesmo? Estudou muito?” O processo de aprender depende de certa dose

de curiosidade que faz mover uma postura epistemológica que apropria o sujeito do conhecimento acerca do objeto de curiosidade e, desta forma, torna-o criador de seus próprios conceitos (FREIRE, 1996).

Os amigos o chamam, mas ele segue a conversa comigo. Conta-me ter sido usuário de maconha quando morava com o pai e que viveu algumas das coisas que falamos (ansiedade, dificuldade de concentração, irritabilidade, afastamento dos familiares e alguns amigos, reprovação escolar e desinteresse pela escola) e que não relacionava ao uso abusivo de drogas, mas a partir da conversa, ele conseguia identificar algumas situações que articulavam uso abusivo a efeito nocivo. Segue contando que não sentiu mais desejo de usar quando foi morar com a avó e que está tranquilo com isso. Preocupava-se com o seu pai, que ainda fazia uso abusivo de algumas drogas. Pergunta como pode ajudar o pai, como fazer contato com o Programa de Redução de Danos e agendar visita de um redutor ao pai.

Foi assim que nos encontramos, contando-me sobre recortes de sua vida (escola, amigos, drogas, família, brincadeiras), sobre sua curiosidade, sobre seus desejos, sobre seus sonhos, e os “sonhos são uma terrível vontade de potência” (DELEUZE, 1987, p.8). E nessa potência trocamos, em alguns minutos, suspiros de vida permeados pela singeleza da sétima arte, e “a arte como a única coisa que resiste ao tempo e à morte” (MALRAUX, 1976 apud DELEUZE, 1987, p.5) nos permitiu em minutos criar vínculos que reverberam por tempo e espaços incontáveis.

Mais uma vez o sino do intervalo toca. Nessa ocasião, indicava o fim do intervalo. Seguimos conversando até a turma já estar entrando na sala acompanhada pela professora. Nosso tempo acabou. Ele ainda me acompanha até a porta da escola, carregando a caixa de som. Agradece, me abraça e corre para sala sem olhar para trás. Eu sigo para o carro, com o coração aquecido por ter tocado e trocado experiências de vida com aquele menino com seus talvez 13 anos...

No carro toca trilha musical “Se avexe não, toda caminhada começa no primeiro passo, a natureza não tem pressa, segue seu compasso, inexoravelmente chega lá [...]” (NETO, 2001) que vai transformando aquele dia em história, em sonhos da matéria: aquele sorriso, aquele garoto e sua partilha agora repassando em minha memória como cena de filme, sem controle no roteiro ou na iluminação, mas com direito à trilha sonora e a lágrimas no final.

Dentre os mais de sete mil participantes das ações do projeto que tivemos naquele ano, certamente esse menino foi um dos que mais me tocaram e se deixaram tocar. Com ele e tantos dele que estão por aí, seguimos na construção desse (im)possível outro modo de promover saúde.

Brincando de finalizar

*Eu apenas queria que você soubesse, que essa criança brinca nesta
roda, e não teme o corte das novas feridas, pois tem a saúde que
aprendeu com a vida*
(GONZAGUINHA, 1987).

*Quero te dizer que sorrir e chorar acontece,
Que nem sempre o caminho tão cedo floresce,
Que os afetos têm mesmo é que circular...*
Circular...
(ANDRADE, 2015)

No início apenas queríamos que você leitor(a) soubesse que há vida pulsante no SUS Aracaju, que há espaços nessa rede em que predominam o trabalho vivo, pautado no encontro com o outro em sua integralidade, pautado na produção de subjetivações inexoravelmente imbricadas na produção de saúde e saúde mental (de trabalhadores e usuários). Mas o processo da escrita conduziu a análise a outros cenários, jogando luz nos “cortes das feridas”, caminhos de (r) existência possíveis, trilhas de subversão do modelo hegemônico de produção de doença e de medicalização da vida, itinerários de produção de subjetividades, de felicidades clandestinas.

Ao lançar luz no modo de fazer saúde do NUPRIN, fomos levadas a refletir sobre a potência da clandestinidade de algumas práticas, relacionando-a aos processos instituintes e ao instituído³¹, o furo no muro (LOURAU, 1975), como modo de revolução passiva dentro de um sistema ainda centrado no modelo biomédico, com

³¹ Segundo Lourau (1975) a relação entre instituído (forma social estabelecida) e instituinte (processos pelos quais os grupos/sociedade se organizam e reorganizam) corresponde a uma disputa permanente de forças, que envolve aspectos de relações de poder e singularidades de resistência, além de produção de novos sentidos e subjetividades.

uso de tecnologias duras. Clandestinas parecem ser as pequenas alegrias e revoluções diárias, que acontecem em encontros cotidianos e triviais, pequenas revoluções que acontecem ao tocar e se deixar ser tocado pelo outro e por devires-outros, atravessando o trabalho no ato vivo, produzindo furos no muro das subjetividades capitalísticas. Insurgências, pequenas felicidades que se traduzem em cuidado em saúde e atenção psicossocial, tanto de trabalhadores quanto de usuários dos serviços.

O caráter clandestino desses afetos confere certa liberdade ao *modus operandi* do NUPRIN, liberdade ante ao modelo capitalista-produtivista-fragmentador. Todavia, essa liberdade reconhece “que nem sempre o caminho tão cedo floresce” e não nos priva de sermos atravessados por temores, uma vigilância obsessiva e uma sensação de que estamos contrários ao que se quer de uma saúde moderna operativa e de uma gestão eficiente.

Segundo Amarante (2007, p.174), “é importante refletir sobre qual o modelo assistencial e quais as propostas ético-políticas que o fundamentam”. Refletir para pensar que todo cuidado em saúde, ainda que tenha nascentes, deságua em um mar de possibilidades, pois pede encontro com o inusitado da vida. Nesse mar, o NUPRIN se fez porto, ancoradouro de vida para as trabalhadoras(es) dessas redes de atenção, que pautando suas práticas nos mesmos pressupostos ético-filosóficos (ou não), sentiam a potência daquele fazer que os reconheciam como corpos sensíveis, afetivos e capazes de operar mudanças. Talvez, mudanças sutis: pequenas pílulas de felicidade, alegria, sonhos, afetos e afecções, que aumentam a vontade de existir. E não será isso a vida? Seria essa a vida que é possível de ser afirmada por hora?

Por fim, situamos, você que chegou até aqui conosco nesta escrita - que também é feita por quem lê - que assim como tudo na vida, em sua efemeridade, tem seu tempo de semear, colher e morrer, o NUPRIN deixou de existir no organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/SE como núcleo instituído. A dissolução do núcleo se fez porto (ponto de chegadas e partidas), e, agora, a convocação parece ser a de plasmarmos novos modos de viver o trabalho em saúde em tempos de discursos vazios, de vidas apáticas e mortificadas, para deixar passar esses afetos clandestinos. Os afetos e sementes lançadas ao longo de sete anos de trajetória reverberam nos modos de operar, resistir, florir e produzir saúde em outros portos e espaços.

“Colocando um ponto final, pelo menos já é um sinal, de que tudo na vida tem fim (...) hoje tem um sol diferente no céu, gargalhando no seu carrossel,

gritando nada é tão triste assim. É tudo novo de novo, vamos nos jogar onde já cáimos” (MOSKA, 2004). Este escrito, tal e qual o NUPRIN, não se encerra neste parágrafo, ele seguirá sendo escrito por nós - pelas pessoas que compuseram a equipe do NUPRIN ao longo da sua existência, pelas pessoas que “pela lei natural dos encontros” deixaram e receberam um tanto (GALVÃO; MOREIRA, 1972) no decorrer das ações, intervenções, projetos do núcleo e, por fim, segue sendo escrito por cada pessoa que se deixa tocar por esta escrita em carne viva, em meio a conceitos, afetos e afetações transpostos nestas páginas.

Para vocês, para nós, o desejo é aquecer esses tempos sombrios e frios por meio de reverberações de labaredas de vida no SUS geradas a partir das dificuldades e do jogo entre instituinte e instuído que atravessa o trabalho vivo, tal e qual a menina em companhia de seu almejado livro e da mulher junto a seu amante, ambas e todas nós meninas brincantes com suas felicidades clandestinas (LISPECTOR, 1981). Seguimos brincando em outros portos e mares, metaforseando produção de saúde, cuidado e arte, levando no peito um sambacolhedor (ANDRADE, 2015):

Calma, escuta esse samba com a tua alma,
Deixa a música entrar que a alegria se espalha
E faz dessa hora um momento melhor...

Olha, mas com uma mirada de quem me repara,
De quem vê lá no fundo o que trago de histórias
Que respeita e entende de fato o meu modo de amar...

Espera, não corre não foge não vá embora.
Fica mais um pouquinho e esquece a hora,
Que pode ser bom esse som escutar...

Sei, parece difícil então chegue mais perto,
Sorria meu bem que o futuro é incerto,
O Nuprin te convida a sonhar e cantar...

Quero te dizer que sorrir e chorar acontece,
Que nem sempre o caminho tão cedo floresce,
Que os afetos têm mesmo é que circular...

Referências

- ALTMANN, E. Olhares da recepção, a crítica cinematográfica em dois tempos. **Caderno CRH**, 21(54): 611-622, set./dez. 2008.
- ALVES, R. **A menina e o pássaro encantado**. Ed. Loyola. 2005.
- _____, R. **O amor que acende a lua**. Ed. Papyrus. Campinas, 1999.
- AMARANTE, P. Medicalização da vida. **Direitos Humanos? O que temos a ver com isso?** Comissão de Direitos Humanos do CRP-RJ. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia – RJ, 2007.
- ASSIS, M. **O alienista**. São Paulo: FDT, 1994.
- AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**, 13(3): 16-29, set/dez 2004.
- BAPTISTA, L. A. Noturnos Urbanos. Interpelações da literatura para uma ética de pesquisa. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, n. 1, 1º sem. 2010, p. 103-117.
- BENEVIDES, R.B.; BARROS, M.E.B. Da dor ao prazer no trabalho. **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. SANTOS-FILHO, S. BARROS, M.E.B. (orgs.). Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.
- BERBEL, N.A.N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Rev. Interface Comunicação, Saúde, Educação**, 2(2): 139 -154, 1998.
- BERGALA, A. **A hipótese-cinema**: Pequeno tratado de transmissão do cinema dentro e fora da escola. Tradução: Mônica Costa Netto, Sílvia Pimenta. Rio de Janeiro: Booklink, 2008.
- BONDÍA, J.L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Rev. Bras. de Educação**, 19(1):20-28, 2002.
- BRANT, L.C. MINAYO, C.G. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1): 213-223, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. NIEL, M.; da SILVEIRA, D.X. **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2008.
- _____, Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: base para gestores e trabalhadores do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____, Ministério da Saúde. Saúde na Escola. Série B. Textos Básicos de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n 24**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____, Ministério da Saúde. **Cartilha HumanizaSUS**. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____, Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ferramentas para Gestão e para o Trabalho Cotidiano. **Cadernos de Atenção Básica, n° 39**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- CAMPOS, G.W.S., et al. A aplicação da metodologia de Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Rev. Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. 18(1): 986-995, 2014.
- CECCIM, R.B.; PALOMBINI, A.L. Imagens da infância, devir-criança e uma formulação à educação do cuidado. **Rev. Psicologia & Sociedade**; 21(3): 301-312, 2009.
- CORAZZA, S.M. **Artistagens** - Filosofia da diferença e educação. Ed. Autentica, 2006.
- COUTINHO, C.V.; DIAS, G.A. Curta SUS: avaliação sobre um projeto de cinema e educação popular na promoção da saúde pública. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. 18(4):46-54, out/dez, 2016.
- COUTO, E. S. Corpos dopados, medicalização e vida feliz. **Corpo, gênero e sexualidade**: composições e desafios para a formação docente. RIBEIRO, P. R.; SILVA, M. R.; GOELLNER, S. V. (org.). Rio Grande: Editora da FURG, 2009. p. 43-53.
- DELEUZE, G. O ato da criação. Palestra de 1987, Edição Brasileira: **Folha de São Paulo**, 27/06/199, tradução: José Marcos Macedo.
- DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. Ed. Duas Cidades, São Paulo, 1976.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015.
- HOUAISS, A.; **Dicionário da língua portuguesa**. Ed. Objetiva, 2009.
- KOHAN, W.O. Infância e Filosofia. In: SARMENTO, Manuel; GOUVEA, Maria Cristina Soares. **Estudos da infância: educação e práticas sociais**. Petrópolis: Vozes, 2009, p. 40-61.
- LAURELL, A.C. Para um novo estado de bem-estar na América Latina. **Lua Nova**, 45(1): 187-204, 1998.
- LEMLE, M.; IdeaSUS: Vamos trocar experiências? **Revista de Manguinhos**. Novembro 2013; 1(1): 22-23.
- LISPECTOR, C. **Felicidade Clandestina**: contos. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981, p. 07-10.
- LOURAU, R. A **Análise Institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975.
- LUZ, M.T.; BARROS, N.F. **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde** – Estudos teóricos e empíricos. Série Clássicos para Integralidade em Saúde. UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.
- MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In: MERHY, E.E. FRANCO, T.B. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde** – Textos reunidos. Hucitec, São Paulo, 2013.
- MERHY, E.E. **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. VER-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília, 2004.
- _____, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3º Ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2002.
- NEVES, C.A.B. Cartografando na saúde os “inconscientes que protestam”. **Cadernos de Saúde Pública**, 24(8):1953-1957, Ago., 2008.

NIETZSCHE, F. **Aurora**. São Paulo: Companhia das Letras, 1978.

PASSETI, E. Ecopolítica: procedências e emergência. In: BRANCO, G. C.; VEIGA-NETO, A. (org.). **Foucault: filosofia & política**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011. p. 127-142.

_____, E. **Anarquismos e sociedade de controle**. São Paulo: Cortez Editora, 2003.

PASSOS, R.; BARROS, R. Por uma política da narratividade. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 150-171.

PEIXOTO JUNIOR, C. A. Sobre a importância do corpo para a continuidade do ser. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. VIII, 2008.

PONTES, C.A.A et al. O processo criativo e a tessitura de projetos acadêmicos de pesquisa. **Rev. Interface**, 9(17):439-450, 2005.

TESSER, C.D. et al. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (Supl. 3): 3615-3624, 2010.

VASCONCELOS, M.F.F.; SEFFNER, F. Por uma político-ética da narratividade no mercado de carnes. **Athenea Digital**, 2017(3): 149-172.

Músicas e Filme

ANDRADE, M.B. **SambAcolhedor**; interpretado por Projeto Sons no SUS, 2015.

GIL, G. **Chororô**; interpretado por Gilberto Gil. Álbum: Gilberto Gil, ao vivo, 1978.

GIL, G. **Aqui e Agora**; interpretado por Gilberto Gil. Álbum: Refavela, 1977.

MAGALHÃES, M. **Meow**. Animação. Direção: Marcos Magalhães. 1981.

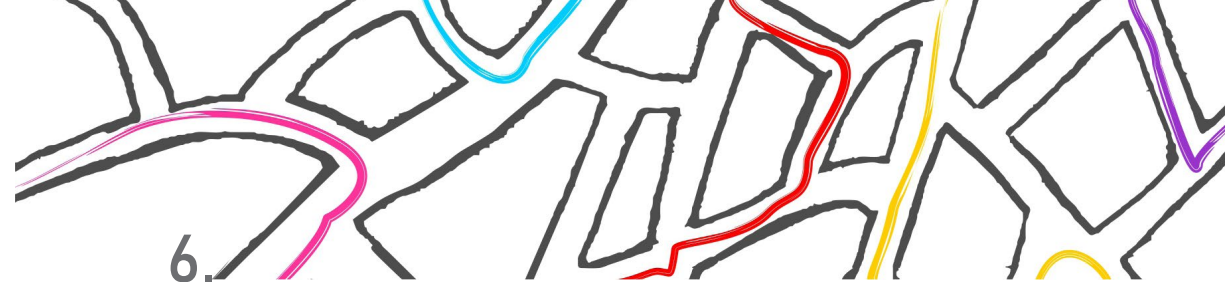
NASCIMENTO, L.G. **Eu queria apenas que você soubesse**; interpretado por Gonzaguinha, 1987.

NETO, A. **A natureza das coisas**; interpretado por Flávio José, 2001.

RUMI, JALAL-UD-DIN. **O mundo além das palavras**; interpretado por Marcus Viana e Leticia Sabatella. Álbum: poemas místicos do oriente. 2015.

MOSKA, P. **Tudo novo de novo**; interpretado por Paulinho Moska. Álbum: Tudo novo de novo. 2004.

GALVÃO, L.; MOREIRA, M. **O mistério do planeta**; interpretado por Novos Baianos. Álbum: Acabou chorare. 1972.



6. PANORAMA DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: Desafios do Cuidado Integral no SUS

Magda Dimenstein
João Paulo Macedo
Mayara Gomes Fontenele
Tatiane Meneses da Silva
Mariana Marinho de Abreu

Introdução

No campo das políticas públicas, em especial no Sistema Único de Saúde (SUS), são cada vez mais evidentes os impasses em termos da melhoria do seu desempenho enquanto sistema e da consolidação da Atenção Primária (AP) como coordenadora de uma resposta integrada frente aos desafios atuais do perfil de morbimortalidade no país.

Temos hoje o imperativo de construir uma ‘nova institucionalidade’ para o SUS por meio da articulação das forças interessadas em enfrentar o reducionismo e empobrecimento do seu “devir existencializante”, resgatar seu caráter público, universal, comprometido com a confrontação das desigualdades e injustiça social, com a implantação de lugares de vida capazes de abarcar a diversidade, a multiplicidade, a heterogênesse maquínica, como diz Guattari (1992), ou seja, processos contínuos de singularização e criação na relação do ser humano com o mundo.

Nesse capítulo, focaremos no processo de regionalização da saúde em curso no Brasil e da perspectiva de gestão e coordenação integral do cuidado nas Redes de Saúde, que é o cerne da modelagem necessária para uma atenção à saúde que seja pública, universal, equânime, integral e de qualidade em todo o território nacional. Partimos de duas situações como provocadoras dessa discussão:

Muitas das regiões de saúde do país são incapazes de atender 95% das necessidades de saúde de sua população. Os principais atributos da Atenção Básica como a criação de vínculo, acompanhamento longitudinal, coordenação

da atenção, integralidade, territorialidade e orientação comunitária, não são contemplados (LIMA et al., 2016);

Apesar da indicação pelo Ministério da Saúde de que atingimos 86% de cobertura no país em Saúde Mental com a oferta de serviços extra hospitalares, continuam existindo vazios assistenciais importantes, falta de integração entre os pontos de atenção em um mesmo município e região de saúde, bem como um descompasso entre a oferta de cuidados e as necessidades em saúde mental das populações, especialmente daquelas que vivem fora dos grandes centros urbanos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Pretendemos argumentar que os problemas vivenciados na efetivação das redes de saúde, dentre elas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o cumprimento dos atributos da AP em todo território nacional superam o âmbito das determinações macroestruturais relacionadas à fragmentação das políticas e sistemas de saúde, ao sub financiamento, à gestão pública, à politicagem, ao clientelismo, etc. Com base no antropólogo colombiano Arturo Escobar (2014), compreendemos que as situações acima destacadas estão articuladas às dinâmicas territoriais e comunitárias de muitos grupos sociais que vêm sofrendo erosão sistemática da sua base ontológica-territorial, particularmente daqueles que primam por concepções de mundo não dualistas, não baseadas nas separações humano/não humano, indivíduo/sociedade, natureza/cultura, mente/corpo, secular/sagrado, razão/emoção, nós/eles. Nesse sentido, esse trabalho visa problematizar duas situações: a regionalização em saúde e a gestão do cuidado integral no SUS e suas repercussões na saúde mental.

Regionalização da Saúde – do que se trata e quais os problemas nesse processo?

A Regionalização da Política de Saúde no Brasil é uma estratégia para garantir a organização e oferta dos serviços, acesso, eficiência, redução de custos, aumentar satisfação do usuário, diminuir desigualdades, produzir impactos positivos nas condições sanitárias e na vida das populações. Objetiva superar a fragmentação da oferta de serviços de saúde por meio da ação cooperativa entre municípios (SANTOS; CAMPOS, 2015).

As Regiões de Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços

de saúde de diferentes densidades tecnológicas e níveis de complexidade do sistema SUS, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O propósito das RAS é superar a fragmentação histórica da atenção e da gestão do SUS, aperfeiçoando o seu funcionamento político-institucional, de modo a respeitar a diversidade dos contextos regionais, suas diferenças socioeconômicas e necessidades de saúde da população (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Por serem pontos prioritários das RAS em todo o país foram estabelecidas cinco redes temáticas de atenção: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas; Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; e Rede de Atenção Psicossocial (com prioridade para o enfrentamento do álcool, crack, e outras drogas). Nesse trabalho vamos focar especificamente na RAPS.

Já as Regiões de Saúde foram definidas a partir de um recorte territorial ou espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, com características culturais, econômicas e sociais semelhantes e redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. Para cada região de saúde foi constituída uma Comissão Intergestora Regional (CIR). Cada CIR tem a finalidade de integrar entre os municípios a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde de forma solidária, articulando-os pelas cinco redes anteriormente referidas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Desde a aprovação das RAS, 438 CIR foram formalmente instituídas em todo o país. Para analisar a organização das regiões de saúde, Viana et al. (2015) propuseram um modelo de agrupamento (*cluster analysis*) para cada realidade territorial levando em conta o desenvolvimento socioeconômico, a oferta e a complexidade dos serviços de saúde no contexto regional. A partir dessa metodologia foram estabelecidos cinco grupos com configurações distintas, a saber:

- Grupo 1: baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços; conta com 175 RAS, 2.151 municípios e 22,5% da população, localizados predominantemente nos estados do Nordeste.
- Grupo 2: médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços; conta com 47 RAS, 482 municípios e 5,7% da população, localizados em sua maioria nos estados do Centro-Oeste, Sudeste e

Norte.

- Grupo 3: médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços; conta com 129 RAS, 1.891 municípios e 20,3% da população, localizados predominantemente nos estados do Sudeste e Sul.
- O Grupo 4: alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços; conta com 27 RAS, 300 municípios e 10,6% da população, localizados em sua grande maioria na região Sudeste.
- Grupo 5: alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços; conta com 60 RAS, 746 municípios e 40,9% da população, localizados predominantemente nos estados do Sudeste e Sul.

Esse recente processo de regionalização da saúde no país enfrenta inúmeros obstáculos e tem sido alvo de muita discussão (SILVA, 2011; LIMA, 2015; SANTOS; CAMPOS, 2015; RIBEIRO, 2015; ALMEIDA et al., 2016). Em debate promovido pela Fiocruz sobre os “Desafios da Regionalização e Conformação de Redes de Atenção em Contexto de Desigualdades Territoriais³²”, os pontos problemáticos apontados pelos pesquisadores dizem respeito à enorme desigualdade das condições socioeconômicas e à diversidade territorial nas diferentes regiões. Em função disso, observa-se algumas particularidades em relação aos arranjos populacionais, bem como em termos do perfil de morbimortalidade que não podem ser desconsiderados quando se planeja a cobertura em saúde de forma regionalizada e equitativa.

Essa desigualdade de condições das regiões não está descolada também das desigualdades observadas quanto à oferta de serviços, de infraestrutura física e de recursos humanos qualificados nas mesmas. Esses aspectos impactam, conseqüentemente, na quantidade e qualidade do acesso e utilização dos recursos de saúde, na capacidade resolutiva das equipes, no cuidado continuado e na atuação no território. Os pesquisadores chamam atenção que há igualmente uma grande variedade entre as regiões no que diz respeito às necessidades de saúde das populações, a qual está articulada ao perfil de morbimortalidade, ao dinamismo demográfico e às formas de ocupação dos territórios.

Sabendo-se que 89% dos municípios do país são de pequeno porte (IBGE,

2010), é possível considerar que os problemas se complexificam quando pensamos em disponibilidade de recursos físicos e humanos, em oferta de serviços, em ações intersetoriais, em comparação às metrópoles. Nesse sentido, a lógica de organização do sistema de saúde necessita de dinamismo e flexibilidade na oferta de cuidados múltiplos e simultâneos, articulados às características dos territórios e da população, aspectos que não vêm sendo contemplados.

Outro ponto problemático para a configuração de redes integradas e regionalizadas refere-se ao sub-financiamento do setor público, à forte dependência do setor privado, à dificuldade de colaboração entre os municípios que estão sempre em conflito e competição, à multiplicidade de instâncias responsáveis pela coordenação. Por fim, observa-se a predominância da racionalidade instrumental/técnica e a fragilidade dos mecanismos de regulação do trabalho em saúde, aspectos que são históricos desde a implantação do SUS.

Quanto ao processo de regionalização da RAPS, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), a ampla cobertura alcançada, com 86% de serviços extra hospitalares resultou em um maior número e diversidade de serviços implantados nas regiões do país, tendência à interiorização da assistência em saúde mental para municípios de médio e pequeno portes, crescente participação na atenção primária, descentralização dos leitos de atenção psicossocial e Serviços Residenciais Terapêuticos das grandes para cidades menores.

Porém, apesar desse incremento considerável na efetivação de uma rede integrada continuam existindo inúmeros vazios assistenciais em saúde mental em certas regiões do país que não contam com nenhum ponto da rede de atenção da RAPS, com exceção de alguns dispositivos da atenção primária, ou possuem uma estrutura não condizente com o padrão mínimo esperado em termos de cobertura nos territórios de saúde. Além disso, o problema não se restringe apenas à baixa cobertura em muitas áreas, mas, especialmente, à falta de integração dos pontos de atenção em um mesmo município e, principalmente, em uma mesma região de saúde. Para complicar o cenário, se não bastasse a baixa cobertura e falta de integração entre os serviços, há um inequívoco descompasso entre o que é ofertado e o que é demandado pela população, particularmente pelas que vivem fora dos grandes centros urbanos.

Ou seja, apesar da importância da regionalização para que as redes de

32 <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/41156>

atenção à saúde sejam sistêmicas e resolutivas, e que autores como Santos e Campos (2015) “concluem que o único caminho para o SUS ser nacional, é regionalizá-lo e dotar a região de saúde de todo o instrumental necessário à gestão compartilhada, interfederativa e responsável” (p.438), dificuldades de acesso, segmentação entre serviços assistenciais e fragmentação no cuidado ainda podem ser identificadas.

Assim, a regionalização da saúde é um ponto absolutamente desafiante na conjuntura atual do país. Apesar dos esforços, a integração em rede que se regionaliza é baixíssima no nosso país, além da baixa capacidade de resolubilidade frente às necessidades em saúde da população. Portanto, pensar de que forma a Atenção Primária e a Saúde Mental, especificamente a RAPS, se encontram nesse processo é o que pretendemos fazer a seguir. Para tanto, vamos procurar abordar as seguintes questões:

- ✓ Como está a distribuição das equipes de saúde (ACS, ESF, NASF) em relação aos grupos e porte dos municípios?
- ✓ Quais os problemas detectados em relação a essa distribuição e funcionamento das equipes a partir de alguns atributos da AP (primeiro contato, longitudinalidade, abrangência/integralidade, coordenação, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural (STARFIELD, 2002) avaliados pelo PMAQ?
- ✓ E quanto à RAPS, como está distribuída em relação aos grupos e porte dos municípios? Onde estão localizados os pontos mais problemáticos em termos de cobertura? Quais os atributos da AP avaliados pelo PMAQ que se destacaram como mais problemáticos em relação à saúde mental e ao cuidado psicossocial?

A RAPS e cenário da saúde mental

A RAPS fundamenta-se no paradigma da Atenção Psicossocial e nos princípios da autonomia, respeito aos direitos humanos e exercício da cidadania. Busca promover a equidade e reconhecer os determinantes sociais dos processos saúde-doença-sofrimento-cuidado, desfazendo estigmas e preconceitos. Sua meta é garantir acesso aos cuidados integrais com qualidade,

organizar os serviços em rede com o estabelecimento de ações intersetoriais e continuidade do cuidado, desenvolver ações com ênfase em serviços de base territorial e comunitária, além de desenvolver ações de educação permanente, monitoramento e avaliação da efetividade dos serviços (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

Em termos organizativos, o ordenamento da Atenção Psicossocial em cada RAS estrutura-se em diferentes pontos da rede SUS. Na Tabela abaixo é possível acompanhar o dimensionamento da RAPS em todo o Brasil em pelo menos cinco pontos de atenção.

Tabela 1

Quantitativo de Serviços que compõem a RAPS no Brasil.

Componentes da rede	Pontos de atenção	N
Atenção Primária em Saúde	ACS	332.289
	Equipes ESF	48.410
	Equipe NASF	5.067
	Equipe CR	135
Atenção Psicossocial Especializada	CAPS I	1.135
	CAPS II	488
	CAPS III	92
	CAPS AD	315
	CAPS AD III	88
	CAPS i	210

Atenção residencial de caráter transitório	Unidade de Acolhimento Adulto	38
	Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil	31
Atenção Hospitalar	Leitos em Hospital Geral	997
Estratégia de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico	362

Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Mental (Jan/2016). Elaboração própria.

O avanço em termos de implantação de serviços da RAPS no país é uma realidade. Um importante indicador de mudança é a ampliação dos pontos de acesso em Saúde Mental e a diversidade de serviços implantados nas regiões do país. Nota-se tendência à interiorização da assistência para municípios de médio e pequeno portes, com crescente participação da Atenção Primária e descentralização dos leitos de atenção psicossocial e Serviços Residenciais Terapêuticos (Tabelas 2, 3 e 4). Isso tem sido possível devido às mudanças na política de financiamento ao priorizar ações extra hospitalares e de base territorial e comunitária, além das pactuações nas três esferas de governo e níveis de governança regional (Comissões Intergestores Regionais/CIR), com vistas a estruturar uma ampla rede de serviços psicossociais no país.

Tabela 2

Atenção Primária por Localização e Porte Populacional dos Municípios.

ATENÇÃO PRIMÁRIA									
		ACS		ESF		NASF		ECR	
		N	%	N	%	N	%	N	%
CAPITAL		55.079	16,58	8.574	17,71	594	11,72	66	48,89
	PQ	153.347	46,15	22.864	47,23	3.430	67,69	1	0,74
	MPQ	43.899	13,21	5.753	11,88	418	8,25	4	2,96
INTERIOR	MP	49.521	14,90	6.940	0,14	396	7,82	31	22,96
	MGR	15.982	4,81	2.328	4,81	101	1,99	18	13,33
	GR	14.461	4,35	1.951	4,03	128	2,53	15	11,11

Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Mental (Jan/2016). Elaboração própria.

Tabela 3

Serviços da Atenção Psicossocial Especializada por Localização e Porte Populacional dos Municípios.

		ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA					
		CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS INE	CAPS AD	CAPS AD III
CAPITAL		10	95	33	55	61	31
	PQ	974	35	1	12	30	15
	MPQ	134	138	6	27	74	11
INTERIOR	MP	12	169	14	71	109	10
	MGR	4	32	18	25	24	13
	GR	1	19	20	20	17	8

Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Mental (Jan/2016). Elaboração própria.

Tabela 4

Serviços de Estratégia de Desinstitucionalização por Regiões, Localização e Porte.

ESTRATÉGIA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO		
	SRQ I	SRQ II
CAPITAL	73	39
INTERIOR	PQ	31
	MPQ	9
	MP	41
	MGR	16
	GR	27

Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Mental (Jan/2016). Elaboração própria.

Para responder ao novo quadro institucional proposto pelo Decreto nº 7.508/2011 no âmbito da RAPS foram criados Grupos Condutores em cada unidade federativa para elaborar seus respectivos Planos de Ação Regionais (PAR) com base na análise do contexto local, bem como das propostas de ação e serviços previstos para o desenvolvimento e consolidação da RAPS no conjunto das Regiões de Saúde em todo o país. Porém, entre 2012-2015 foram pactuados somente 169 (35%) Planos de Ação Regionais em todo Brasil (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Apesar de constituírem-se como importante instrumento de gestão, ainda há muito o que avançar considerando o número de Regiões de Saúde que não finalizaram o processo de pactuação da RAPS.

Outros desafios são referidos pela Coordenação Nacional de Saúde Mental ao reconhecer que ainda existem vazios assistenciais em certas regiões do país, ou seja, locais sem oferta de infraestrutura ou recursos humanos conforme padrões preconizados pelas políticas públicas de saúde. É a situação, por exemplo, dos serviços especializados. Apesar da ampliação da taxa de crescimento e cobertura em todo o país, em termos da distribuição de serviços do tipo CAPS, SRT, Unidades de Acolhimento (UA) e leitos de saúde mental em hospital geral, há diferenças regionais importantes.

Para CAPS e SRT, o Centro Oeste e Norte são as regiões que apresentam piores índices. Quando visualizamos a distribuição da atenção psicossocial especializada a partir do modelo de agrupamento das CIR (VIANA et al., 2015) é possível perceber iniquidades na oferta desses serviços (Tabela 5). Nas regiões de saúde dos Grupos 1, 2 e 3, há menor cobertura de CAPS III e AD III, inclusive nas localidades com porte populacional que justificam sua implantação. Situação mais delicada ainda é a do CAPS II, CAPS AD e CAPS Infantil, pois apesar de serem serviços que podem ser implantados em localidades com menor porte populacional (acima de 70 mil hab.) estão localizados em maior percentual nas regiões de saúde do Grupo 5.

Tabela 5

Serviços da Atenção Psicossocial Especializada por Grupos da CIR.

	SERVIÇOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA													
	CIR	MUNI- CÍPIOS	CAPS I		CAPS II		CAPS III		CAPS INF		CAPS AD		CAPS AD III	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GRUPO 1	175	2.151	540	47,5%	109	22,3%	7	7,6%	25	11,9%	58	18,4%	17	19,3%
GRUPO 2	47	482	81	7,1%	23	4,7%	2	2,1%	7	3,3%	9	2,8%	5	5,6%
GRUPO 3	129	1.891	301	26,5%	105	21,5%	16	17,3%	36	17,1%	67	21,2%	24	27,2%
GRUPO 4	27	300	84	7,4%	45	9,2%	16	17,3%	21	10%	28	8,9%	4	4,5%
GRUPO 5	60	746	129	11,3%	206	42,2%	51	55,4%	121	57,6%	153	48,5%	38	43,1%

Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Mental (Jan/2016). Elaboração própria.

No caso da atenção especial de caráter transitório, além do reduzido número, as Unidades de Acolhimento estão em maior concentração, tanto do tipo Adulto (n = 55,2%) quanto do tipo Infante-juvenil (n = 48,4%) em municípios das regiões de saúde do Grupo 5, tendo maior peso o estado de São Paulo. O mesmo acontece com as Residências Terapêuticas, também concentradas (n = 63,5%) nas regiões do Grupo 5. Já os leitos de atenção psicossocial, apesar de concentrados no Sul e Sudeste, estão em maior peso (n = 41%) nos municípios das regiões de

saúde do Grupo 3 (médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços).

Em relação à Atenção Primária, apesar da ampla cobertura no país, observamos situações de vazios assistenciais neste nível de atenção com muita preocupação.

Tabela 6

Serviços da Atenção Primária por Grupos da CIR.

ATENÇÃO PRIMÁRIA				
	CIR	Municípios sem ACS	Municípios sem ESF	Municípios sem NASF
GRUPO 1	175	-	-	411
GRUPO 2	47	-	-	161
GRUPO 3	129	2	8	745
GRUPO 4	27	3	4	111
GRUPO 5	60	12	19	370

Fonte: Departamento de Atenção Básica (Jan/2016). Elaboração própria.

Em relação ao NASF, pelo menos 1.798 municípios do país não contam com este equipamento, sendo o destaque para as localidades das regiões dos Grupos 3 e 1. No caso da ESF, são 31 municípios que não contam com equipes em suas localidades, com destaque para as regiões do Grupo 5. O mesmo ocorre com os ACS, que são 17 municípios que se encontram nesta mesma condição.

É evidente que a carência de serviços especializados, e principalmente de atenção primária nas regiões de saúde, configura-se como um ponto crítico e de parada no processo de expansão e regionalização da RAPS no país para responder de forma substitutiva às necessidades de internação em hospitais psiquiátricos, mas também aos casos de transtornos psiquiátricos menores, pacientes crônicos, gestão da crise no território, comportamento suicida, assistência ao público infantil (autismo e medicalização do sujeito escolar), necessidades decorrentes do uso do crack, do álcool e outras drogas, suporte

familiar, violência social, etc. (VASCONCELOS, 2010). Portanto, é preciso expandir a cobertura assistencial em saúde mental em todo o território nacional e superar os vazios assistenciais.

No caso da saúde mental, existem 13 Regiões de Saúde nesta situação crítica, o que corresponde a 104 municípios que têm apenas um ponto de atenção da RAPS (Tabela 7). Trata-se de um quadro que sinaliza fragilidade da Política Nacional de Saúde Mental e a dificuldade no acesso e qualidade da atenção psicossocial nestas localidades, resultando em peregrinações dos usuários e familiares oriundos de municípios com baixa oferta de serviços, em direção às capitais e grandes centros urbanos, em busca de atendimento especializado.

Tabela 7

Regiões de Saúde que contam com somente equipes da APS para o suporte à Saúde Mental em suas localidades.

REGIÃO	ESTADO	CIR	N	TOTAL DE MUNICÍPIOS
N	RO	Vale do Guaporé	3	3
	AM	Alto Solimões	9	14
		Regional Purus	5	
	AP	Área Norte	5	5
	MG	Itajubá	15	18
Nanuque		3		
SE		José Bonifácio	11	48
		Tupã	8	
	SP	Catanduva	19	
	Pontal do Paranapanema	4		
CO	GO	Alta Anhanguera	6	16
		Nordeste I	5	
		Nordeste II	11	
Total		13	104	

Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2016).

Essas 13 Regiões de Saúde se destacam pelo baixo nível de desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (n = 6) e, contraditoriamente, com médio nível de desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços (n = 5). É possível observar que a população residente nos municípios dessas Regiões de Saúde soma 1.677.550 habitantes, que contam somente com equipes da atenção primária para responder às necessidades em saúde mental. O quadro apresentado indica, portanto, o quanto ainda é preciso avançar em termos de cobertura e garantia de acesso à saúde mental para população, considerando o processo de regionalização da RAPS.

Além disso, o problema não se restringe apenas à baixa cobertura em muitas áreas, mas, especialmente, à falta de integração dos pontos de atenção em um mesmo município e, principalmente, em uma mesma Região de Saúde. Para complicar o cenário, se não bastasse a baixa cobertura, falta de integração entre os serviços, há um inequívoco descompasso entre o que é ofertado e o que é demandado pela população, particularmente pelas que vivem fora dos grandes centros urbanos. Ou seja, apesar da importância e benefícios das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde, dificuldades de acesso, segmentação entre serviços assistenciais e fragmentação no cuidado ainda podem ser identificadas. Isso se aplica mais fortemente às populações rurais, assentadas e quilombolas (LIMA et. al., 2016).

Enfim, o processo de regionalização da RAPS encontra-se ainda muito incipiente no país. Temos um quadro de distribuição desigual de equipes e serviços, dificuldades no processo de pactuação entre os municípios, barreiras de acesso e fraca articulação com a AP. Vivemos um cenário onde os agravos decorrentes de transtornos mentais severos estão cada vez mais evidentes, associados às doenças crônicas em geral, uso excessivo de álcool e outras drogas e condições precárias de vida. O fracasso das respostas na perspectiva psicossocial e a persistência do hospital psiquiátrico são evidentes. A aposta no modelo de atenção comunitária, interdisciplinar e continuada que caracteriza a proposta dos cuidados primários em saúde parece longe de estar consolidado enquanto paradigma de trabalho no SUS. A seguir, vamos destacar alguns atributos da AP avaliados pelo PMAQ que se destacaram como mais problemáticos em relação à saúde mental e ao cuidado psicossocial.

A saúde mental e o cuidado psicossocial na avaliação da Atenção Básica/PMAQ

Desde 2011, a Atenção Básica no Brasil conta com ações de aprimoramento para qualificar sua capacidade de resposta às necessidades de saúde da população. Tratam-se de ações estruturantes do Ministério da Saúde como aumento do repasse do financiamento federal para os municípios (mais de 100% entre o período de 2010-2014), o investimento na ampliação e qualificação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em 2011 com o “Requalifica UBS” e a criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) em 2011.

Não podemos esquecer do Programa Mais Médicos criado em 2013 com ações em três frentes: a) provimento emergencial de profissionais médicos, b) reestruturação na formação médica com expansão da graduação e residência médica e implementação de um novo currículo valorizando a atenção básica, c) ações de infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde. Todos estes aspectos, conforme apontam Magalhães Jr. e Pinto (2014), “mobilizaram os mais variados recursos para enfrentar os nós críticos que condicionavam a expansão e o desenvolvimento da Atenção Básica no país” (p.15).

Dentre esses pontos, a questão da qualidade da atenção e da gestão da Atenção Básica assumiu maior relevância. O PMAQ foi instituído como dispositivo de análise e ampliação da capacidade da gestão da Política Nacional de Atenção Básica, pelas três esferas de governo, mas também da gestão do cuidado ofertado pelas próprias equipes de saúde, no objetivo de garantir maior acesso e qualidade da assistência com foco nas necessidades e satisfação dos usuários (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

O primeiro ciclo ocorreu no período 2011-2013, obtendo a adesão de 17.202 equipes de saúde em 3.944 municípios, cujos resultados já foram tornados públicos pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Para efeito das reflexões aqui propostas, focamos nos resultados da Avaliação Externa do PMAQ desse 1º Ciclo, disponibilizada em domínio público no sítio do Departamento de Atenção Básica, no formato de microdados³³. O instrumento utilizado na avaliação do Programa neste ciclo foi dividido em módulos, sendo o

33 Consultar: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php

primeiro voltado para a estrutura e condições de funcionamento da UBS; o segundo para a Equipe de Saúde sobre o processo de trabalho da equipe, organização do serviço e das ações de cuidado ofertadas; e o terceiro sobre o acesso, utilização, participação e satisfação do usuário. Daremos destaque aos itens do instrumento relacionados direta ou indiretamente com ações de Saúde Mental na Atenção Básica realizadas pelas equipes investigadas e em relação aos usuários.

Na análise que segue caracterizamos inicialmente as equipes de AP por regiões e porte dos municípios, bem como os usuários. Em seguida trabalhamos com o conjunto das frequências de cada item pesquisado, estabelecendo relação com alguns dos atributos que caracterizam a Atenção Básica: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência/integralidade, coordenação, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural (STARFIELD, 2002) em relação à saúde mental e ao cuidado psicossocial. No entanto, vamos focar nas áreas consideradas vazios assistenciais, pois contam somente com equipes de ACS, ESF e NASF como único ponto de atenção psicossocial em seus territórios.

a) Caracterização das equipes investigadas no 1º Ciclo do PMAQ-AB

Tomando-se as Regiões de Saúde nos cinco grupos anteriormente referidos de acordo com o desenvolvimento socioeconômico, a oferta e a complexidade dos serviços de saúde existentes, observa-se que as 17.202 equipes pesquisadas no PMAQ-AB estão assim distribuídas: Sudeste (38,2%), Nordeste (32,3%), Sul (17%), Centro-oeste (6,4%) e Norte (6,1%). A maioria está localizada em municípios no interior do país (83%), principalmente de pequeno porte (52%).

Em relação à modalidade das equipes e profissionais que compõem a Atenção Básica de todo o Brasil, constatou-se que a maior parte é formada por equipes de Saúde da Família (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde) com a presença de profissionais de Saúde Bucal.

De acordo com o Departamento de Atenção Básica, em 2013, quando findou o 1º Ciclo Avaliativo do PMAQ, a Atenção Básica no Brasil contava com 323.270 Agentes Comunitários de Saúde e 44.253 Equipes de ESF, o que correspondia, respectivamente, a 64,74% e 56,37% de cobertura populacional. Para Malta et al. (2016), atualmente, o principal desafio, além da necessidade de

ampliar a cobertura, está na dificuldade de fixar profissionais, especialmente os médicos, devido à grande rotatividade, em especial em cidades do interior e nas periferias dos grandes centros urbanos. O Programa Mais Médicos, que referimos anteriormente, é uma tentativa de diminuir tais distorções.

As unidades de saúde investigadas no PMAQ nas áreas que não contam com outros equipamentos da RAPS em seu território (vazios assistenciais) totalizam 157 equipes que atuam em 70 municípios, pertencentes a 13 Regiões de Saúde. Estão situadas nos estados do Sudeste (75,2%), com destaque para SP (74 equipes) e MG (44 equipes), seguido do Centro-oeste (14%) e no Norte (10,8%). Essas 157 equipes estão localizadas, sem exceção, em municípios do interior e predominantemente de pequeno porte (79%), dado que sinaliza a dificuldade da interiorização e regionalização da assistência em saúde mental.

b) Primeiro Contato – Acolhimento e Organização da Agenda em Saúde Mental

Para autores como Starfield (2002), Giovanella e Mendonça (2012), o “primeiro contato” é um atributo definidor da Atenção Básica como porta de entrada preferencial do sistema de saúde. O requisito para tal é o serviço constituir-se como acessível à população, eliminando possíveis barreiras (geográficas, organizacionais e culturais), no sentido de garantir o acesso à própria unidade de saúde ou à atenção especializada, por meio de encaminhamentos e coordenação do cuidado.

Lima et al. (2016), ao relacionarem esse atributo com as dimensões investigadas pelo instrumento da avaliação externa do PMAQ, consideraram as seguintes variáveis que indicam ações de primeiro contato: “horários de funcionamento”, “acolhimento”, “agendamento às consultas na Atenção Básica” e “Atendimento de urgência e emergência”. Ao avaliarmos quais dessas variáveis consideraram itens relacionados à saúde mental, identificamos pelo menos duas: o acolhimento e a organização da agenda. É sobre eles que trataremos a seguir.

Com base na caracterização do funcionamento dos serviços no país são oferecidos dois ou mais turnos de atendimento à população, funcionam cinco ou mais dias na semana, com média de 8 horas/dia. Quanto ao acolhimento, que se trata de uma tecnologia relacional com o objetivo de rever necessidades e prioridades, realizar classificação por risco e evitar a espera desnecessária dos usuários, os

resultados foram animadores, considerando que 80,1% das equipes referiram tê-lo implantado e que 97,2% atendem os usuários que chegam espontaneamente nos serviços. Entretanto, 33,1% das equipes referiram não possuir profissionais capacitados para avaliação, classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários. Esse resultado recai no fato de que mesmo as equipes.

No que refere especificamente ao acolhimento à demanda espontânea envolvendo casos de saúde mental, somente 30% das equipes do país referiram fazê-lo, enquanto que 62% não sabem ou não responderam. Nas regiões que denominamos vazios assistenciais, que contam apenas com equipes da ESF e NASF, o percentual dos que realizam esse tipo de acolhimento caiu para 26,1%, enquanto 70,7% não sabem ou não responderam.

Quanto à organização da agenda, 81,2% das equipes do país referiram possuir uma agenda semanal de atividades pactuada pelo conjunto de profissionais que integram a equipe. Já 91% programam consultas e ações para usuários que fazem parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado. Entretanto, no caso da organização da agenda para grupos e situações específicas envolvendo demandas em saúde mental, somente 44,3% das equipes oferecem de forma programada ações direcionadas para esse público.

Nas regiões caracterizadas como vazios assistenciais esse índice caiu para 42%. Quanto ao agendamento de consultas para pessoas com transtorno mental, 56% das equipes realiza em qualquer dia da semana e em qualquer horário, e 10,8% em dias específicos fixos e em até três dias na semana. No geral, em 25,1% das equipes o tempo de espera para a primeira consulta de pessoas com transtorno mental é de pelo menos 1 (um) dia, sendo 7 (sete) a média de dias para a consulta ser realizada ($dp = 15,42$).

Essas regiões, apesar de contar com menor retaguarda de serviços especializados de diferentes redes temáticas, bem como de outros níveis de atenção, as repostas relacionadas ao agendamento de consultas são levemente melhores que as das equipes do resto do país, pois 58,6% o fazem em qualquer dia da semana e em qualquer horário, mantendo os mesmos 10,8% para as equipes que realizam em dias específicos fixos e em até três dias na semana. Sobre o tempo de espera para a primeira consulta, da mesma forma, houve melhor retaguarda por parte dessas equipes, já que 33,8% referiram realizar em pelo menos 1 (um) dia, sendo 7 (sete) a média de dias para a consulta ser realizada.

Apesar disso, são dados que preocupam e fragilizam a capacidade de resposta que a Atenção Básica dá para os casos de saúde mental, quer em regiões que comportam em sua rede diversos pontos de atenção da RAPS, quer em localidades com reduzida presença de serviços, a exemplo daqueles que contam apenas com equipes da ESF e NASF.

c) Abrangência ou Integralidade – Serviços realizados/Esopo das ações e Resolutividade da Atenção Básica

Abrangência ou integralidade refere-se ao reconhecimento do conjunto ampliado de necessidades, considerando os âmbitos orgânico, psíquico e social da saúde e suas determinações, por parte das equipes de saúde. Requer ofertar serviços diversificados na perspectiva da produção e continuidade do cuidado (preventivos e curativos). No caso da unidade de saúde não dispor de recursos para garantir a resolutividade do problema, deve assegurar o acesso a outros serviços de diferentes níveis de complexidade, caso seja necessário, por meio do encaminhamento e de maneira co-responsabilizada, garantindo a integralidade da atenção (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Lima et al. (2016) consideraram pelo menos duas variáveis investigadas no instrumento de avaliação externa do PMAQ que indicam ações de abrangência ou integralidade: “serviços realizados/esopo de ações” (consultas, medicamentos, exames, vacinação e procedimentos/pequenas cirurgias) e “resolutividade da AB” (disponibilidade de profissionais, suporte do NASF e outros serviços, ações de educação permanente, medicamentos e vacina).

Sobre os itens que abordam diretamente a saúde mental, em termos das ações ofertadas e estratégias específicas para cuidar desses casos, os dados não são muito animadores. Somente 40,5% das equipes do país referiram utilizar consultas específicas com tempo maior de realização, 42,7% das equipes utilizam o registro da história de vida e 26,4% ofertam algum tipo de atendimento em grupo. Contudo, em 66,2% das equipes não há preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental. Nas regiões com vazios assistenciais na RAPS os resultados foram ainda mais preocupantes, pois apenas 21,7% das equipes referiram utilizar consultas específicas com tempo maior de realização,

24,8% referiram utilizar o registro da história de vida, 11,5% ofertam algum tipo de atendimento em grupo, e 72,6% das equipes não tiveram preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental.

Tal cenário impacta sobremaneira na abrangência e resolutividade da Atenção Básica em relação aos casos de saúde mental. Os resultados relacionados a este componente expõem a fragilidade da assistência ofertada, pois a maior parte das equipes de Atenção Básica do país (58,4%) referiu não possuir registro do número dos casos mais graves de usuários com transtorno mental na sua área de abrangência. Dentre aqueles que possuem algum registro, somente 34,5% consegue comprovar. Além disso, 75,2% das equipes não possuem registro de usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, 56,4% não possuem registro de usuários em uso crônico de benzodiazepínicos. Quando questionadas se realizam algum tipo de ação para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e que necessitam de desmame (diminuição da dose), 54,9% das equipes responderam que não.

As respostas das equipes pertencente às 13 Regiões que contam apenas com ESF e NASF (vazios assistenciais) seguem o mesmo padrão. Em relação aos casos mais graves de transtorno mental, 59,2% das equipes não possuem registro. No caso de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e daqueles que fazem uso crônico de benzodiazepínicos, apresentou índices levemente melhores: 72,6% e 53,5%, respectivamente, se comparado com as equipes de todo o país. Também se observou resultados um pouco melhores em relação às equipes que não realizam ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e que necessitam de desmame (diminuição da dose), que foi de 40,1%.

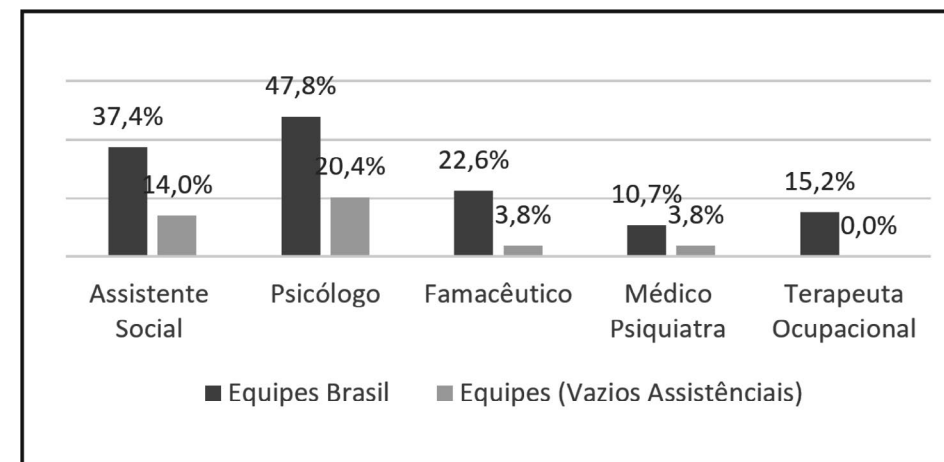
Sobre o suporte em relação aos casos considerados complexos por meio do Apoio Matricial, 88,5% das equipes do país referiram contar com ações de matriciamento. No entanto, mesmo sendo uma importante estratégia para guiar as ações de saúde mental na Atenção Básica, 51,2% das equipes pesquisadas referiram não contar com reuniões para qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, especialidades). Nas localidades consideradas vazios assistenciais, esse percentual foi de 67,5%. Trata-se, portanto, de um dado preocupante, especialmente pela pouca

penetrabilidade das ações de Saúde Mental desenvolvidas pelas equipes da Atenção Básica. Por outro lado, a fragilidade do suporte envolvendo toda a equipe pode indicar que as ações de matriciamento não têm avançado em termos de suporte técnico-pedagógico, vínculo interpessoal e apoio institucional, no sentido de constituir-se como dispositivo de educação permanente para construção coletiva de projetos terapêuticos voltados à população (CHIAVERINI, 2011).

Quando circunscrevemos o Apoio Matricial realizado por categoria profissional envolvendo os profissionais do NASF e do CAPS, temos os seguintes resultados considerando as equipes de todo o Brasil e nas localidades que contam apenas com ESF e NASF.

Figura 1.

Apoio Matricial realizado pelos profissionais do NASF

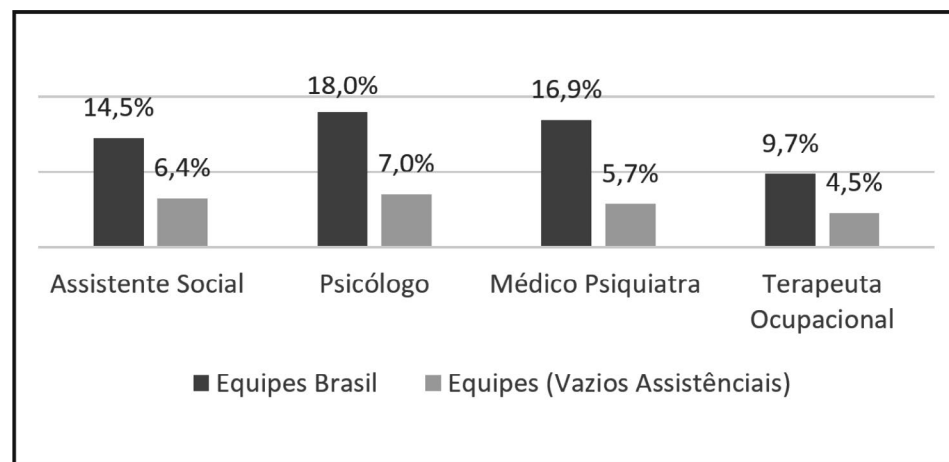


Fonte: Avaliação Externa PMAQ. Elaboração própria.

Se o percentual de equipes que contam com Apoio Matricial em todo o Brasil é baixo, em relação às equipes que atuam em localidades que contam apenas com ESF e NASF é menor ainda, como pode ser acompanhado abaixo.

Figura 2.

Apoio Matricial realizado pelos profissionais do CAPS



Fonte: Avaliação Externa PMAQ. Elaboração própria.

Quanto ao Apoio Matricial realizado pelos profissionais dos CAPS, os índices foram bem menores, se comparado ao NASF, certamente em função da pouca presença e capilaridade desse serviço nos territórios.

d) Coordenação do Cuidado – Ordenamento dos Fluxos Assistenciais

Os autores anteriormente mencionados (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA; 2012) reforçam que as ações de coordenação (atenção ininterrupta) são imprescindíveis para que a atenção integral seja garantida. Para tanto, envolve tecnologias de gestão clínica, mecanismos adequados de comunicação entre profissionais e registro adequado de informações. Deste modo, faz-se necessário dispor de informações do projeto terapêutico do caso atendido, do histórico dos problemas de saúde e do conjunto de necessidades do indivíduo e sua família.

Isso exige um prontuário de acompanhamento longitudinal (ao longo da vida) que oriente o encaminhamento para serviço ou nível mais especializado de atenção e que tais informações possam ser disponibilizadas. O caminho

inverso das informações (do nível especializado para equipe da Atenção Básica) é de suma importância, no objetivo do acompanhamento e fortalecimento do cuidado. A ação permanente de gestão dos processos de trabalho pelas equipes é fundamental para operar-se com a gestão da clínica, no sentido de coordenar o sistema de referências/fluxos dos casos entre os serviços.

Com base em Lima et al. (2016), consideramos a seguintes variáveis presentes no instrumento de avaliação externa do PMAQ que indicam ações de coordenação do cuidado: “continuidade informacional”, “ordenamento de fluxos assistenciais”, “acesso à consulta/exames especializados” e “comunicação direta entre serviços da Atenção Básica e Especializada”.

No tocante às equipes de saúde assumirem-se como coordenadora do cuidado na RAS, quando o usuário é atendido na unidade de saúde e necessita de encaminhamento para uma consulta especializada, se observou as seguintes respostas: somente 26,1% referiram que o paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada; enquanto 61% referiram que a consulta é marcada pela unidade de saúde, porém, a data é posteriormente informada ao paciente. Nas localidades que se contam apenas com equipes ESF e NASF (vazios assistenciais), as respostas foram, respectivamente, 20,4% e 64,3%, indicando o que problema se repete nessas áreas.

No caso do paciente sair da unidade com a consulta agendada, apenas em 34,6% das equipes pesquisadas de todo o país, o paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve dirigir-se a determinado serviço ou profissional especializado. Nas localidades em que há apenas ESF e NASF, este percentual aumenta para 45,9%. Possivelmente, esse aumento deve-se à carência de serviços de retaguarda, o que faz com que os serviços de Atenção Básica tenham que recorrer à rede especializada de outras localidades, por meio da regulação, fazendo com que usuário já saia do serviço de referência com a consulta agendada. Quando o usuário não sai com a consulta agendada, 33,2% das equipes de todo o país indicaram que é o próprio paciente que o faz junto à central de marcação de consultas especializadas. No caso das equipes que atuam em localidades que contam apenas com ESF e NASF, este percentual caiu para 32,5%.

Sobre a existência de protocolo com definição de diretrizes terapêuticas, 43,3% referiram possuir diretrizes voltadas para a saúde mental, mas somente

31,8% têm alguma diretriz para os casos de álcool e drogas. Nas localidades com vazios assistenciais em saúde mental, apenas 28% das equipes referiram possuir diretrizes para saúde mental e 21,7% para casos de álcool e drogas.

São dados que novamente apontam os problemas em relação ao ordenamento dos fluxos e continuidade dos cuidados e o quanto a atenção em saúde mental se apresenta frágil no cotidiano das equipes de Atenção Básica, apesar de todos os avanços na consolidação da Política de Saúde Mental ao longo desses 15 anos da Lei 10.216/2001. Tais lacunas resultam em graves obstáculos quanto à interiorização e regionalização da assistência, bem como à integração da saúde mental ao SUS.

e) Sobre o nível de satisfação dos usuários

O 1º Ciclo avaliativo do PMAQ entrevistou 65.391 pessoas, com 38,9% concentrando-se na região Sudeste, 33% no Nordeste, 15,8 % no Sul, 6,6% no Centro-Oeste e 5,7 % no Norte. 82,8% dos entrevistados encontram-se no interior, nos municípios de pequeno porte populacional (53%) e 17,2 % nas capitais. Do total dos 19 itens pesquisados pelo instrumento da avaliação externa do PMAQ que tratou sobre o acesso, a utilização, a participação e a satisfação do usuário, selecionamos dois itens relacionados, cada um, com um atributo específico: “orientação para a comunidade” e “longitudinalidade/vínculo”.

O atributo orientação para a comunidade trata sobre o amplo conhecimento das necessidades da população residente em cada território que as equipes devem ter, envolvendo ainda o contexto socioeconômico e cultural da mesma, o mapa da situação de saúde do território, os equipamentos/serviços disponíveis e participação da comunidade (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Sobre este atributo, focamos em uma variável específica do processo de territorialização, que tratou da adequação das soluções propostas pelas equipes à realidade dos usuários. As respostas foram: sempre (48,9%), nunca (22,4%), na maioria das vezes (18%), quase nunca (7,2 %) e não sabe/não respondeu (3,4%). Supreendentemente, nas localidades reconhecidas como vazios assistenciais em relação à RAPS, por contarem apenas com equipes ESF e NASF, os índices de respostas foram: sempre (61,9%), nunca (21,8%), na maioria das vezes (9,5%), quase nunca (4,4%) e não sabe/não respondeu (2,4%).

O atributo longitudinalidade/vínculo, que trata sobre a responsabilidade da equipe com o usuário (STARFIELD, 2002), trata basicamente da relação profissional-paciente e da qualidade do vínculo. Sobre este atributo, focamos na variável vínculo. Ou seja, o usuário se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais familiares ou outras questões? Os resultados nas equipes do país foram: sempre (54,7 %), nunca (23,9 %), na maioria das vezes (13,3%), quase nunca (6,5 %), e não sabe / não respondeu (1,5 %).

Do mesmo modo, nas localidades que contam apenas com equipes ESF e NASF, os índices de respostas foram: sempre (58,2%), nunca (28,7%), na maioria das vezes (7,6%), quase nunca (5%) e não sabe/não respondeu (0,5%). Ou seja, em localidades com menor retaguarda de serviços da RAPS, mesmo com todas as fragilidades apresentadas em relação à realização de ações de saúde mental na Atenção Básica, os usuários apresentam melhores índices de satisfação com a assistência recebida.

Que conclusões tiramos dessa avaliação?

Apresentamos anteriormente alguns condicionantes e problemas em relação à regionalização da saúde, em particular da RAPS, seja em termos de serviços especializados, seja aqueles no âmbito da AP. A complexidade dos problemas em relação à saúde mental requer o aprimoramento de estratégias para a efetivação do funcionamento dos serviços em rede, porém adequados à diversidade territorial e suas peculiaridades populacionais. Detectamos que a parceria entre saúde mental e atenção primária, mais forte aposta no sentido da garantia da integralidade, é frágil e pouco resolutiva. Tal perspectiva está ancorada nos resultados obtidos na avaliação da atenção básica pelo PMAQ que revelou alguns pontos importantes para fazer avançar a Política Nacional de Saúde Mental.

Há equipes instaladas predominantemente em cidades do interior e de pequeno porte, com pouca oferta de serviços e insuficiência de profissionais qualificados. Em relação ao acolhimento em saúde mental a tônica é a falta de capacitação para avaliar os casos; menos da metade das equipes organiza suas agendas incorporando atividades em saúde mental e as consultas não são planejadas de acordo com as necessidades dos usuários. Estes, por sua

vez, revelam a falta de conhecimento dos profissionais da suas realidades e problemas e, conseqüentemente, a não adequação das respostas ofertadas e fragilidade dos vínculos.

A maior parte das equipes desconhece os usuários com transtornos mentais, com problemas associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e consumo excessivo de benzodiazepínicos na sua área de abrangência. Isso revela equipes pouco conhecedoras e atuantes nos territórios. O matriciamento, apesar de referido, não é operacionalizado em mais de 50% das equipes, seja nas UBS, NASF, seja partindo dos CAPS. A participação das diversas categorias profissionais nesse processo é baixa. O agendamento e acompanhamento desses casos de saúde mental não acontecem, indicando a falta de um cuidado regular e continuado. Esse quadro se agrava nas áreas consideradas como vazios assistenciais.

Retomando a proposta inicial desse texto que é pensar uma gestão integrada da saúde no SUS, consideramos que esses resultados mostram que vários atributos tais como vínculo, longitudinalidade, abrangência, coordenação do cuidado, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural, que formam a base de um modelo assistencial que tem em seu centro os sujeitos, não estão garantidos. Mas, por quê?

A razão encontra-se no fato que a gestão integral do cuidado implica em considerar os espaços de vida, conhecer as dinâmicas comunitárias, estabelecer vínculos, fazer um mergulho no território e na cotidianidade. Porque competência cultural dos profissionais implica em ser capaz de reconhecer as diferentes necessidades dos grupos populacionais em função de suas características étnicas, culturais e as diferentes concepções do processo saúde-doença-cuidado. Diz respeito à sensibilidade à diversidade e capacidade de reconhecer a inadequação e os limites das suas práticas e modelos interpretativos quando têm diante de si pessoas em sofrimento com outros códigos culturais e linguísticos.

A avaliação do PMAQ revelou muitos problemas nesse sentido, que os usuários não se sentem respeitados em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião, evidenciando desconhecimento e desqualificação das comunidades e territórios. Em razão disso, consideramos que os problemas relacionados à regionalização da saúde têm várias dimensões: política (relações de poder); econômica (financiamento e recursos), técnica (produção de conhecimentos e de

tecnologias – saber fazer) e ontológica (visão de mundo e da existência humana). Em outras palavras, são efeitos da produção do saber, do poder e do ser.

Sabemos que a produção do conhecimento científico está fundamentada em uma ontologia dualista e universalista e em uma racionalidade instrumental que desconsidera a multiplicidade de formas de vida, a existência de diferentes mundos, a heterogeneidade espacial, social e simbólica que caracteriza os territórios, enfim, a ampla determinação dos processos de saúde, adoecimento, sofrimento e cuidado. As políticas públicas e as formações profissionais, por sua vez, estão geralmente ancoradas em uma ontologia orientada pelos valores da ciência: neutralidade, universalidade, hierarquia de conhecimentos, universo único, desenvolvimento e progresso. Narrativas universalistas e racionalidades instrumentais são produzidas com efeitos limitadores para os trabalhadores em saúde orientar suas ações profissionais com base na perspectiva da determinação social da saúde e do cuidado territorial, bem como para realizar ações interprofissionais sob a lógica do trabalho em equipe e em rede, visando à continuidade e longitudinalidade do cuidado.

Chamamos atenção que desde o prisma das ontologias políticas relacionais, que prezam pela desnaturalização das concepções universalistas de mundo, jamais seremos bem-sucedidos na construção de redes e de uma gestão integrada de saúde se nos mantivermos ancorados na desvalorização, estigmatização e subordinação do conhecimento local, na hierarquização dos saberes, na separação do conhecer e do fazer.

A desqualificação das diferentes cosmovisões, o desconhecimento das relações e dinâmicas comunitárias, os essencialismos que não levam em consideração questões de gênero, étnico-raciais, intergeracionais, rurais e urbanas, todos esses aspectos constituem a base de sustentação dos saberes científicos e das maneiras de reproduzir o poder. O “devir existencializante” do SUS pressupõe, por sua vez, a inter-relação entre diferentes epistemes e rechaça a violência do colonialismo, do ocidentalismo, do eurocentrismo que oculta a persistente submissão e exploração das pessoas e da natureza.

Acreditamos que os problemas vivenciados na efetivação das redes de saúde, dentre elas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o cumprimento dos atributos da Atenção Básica em todo território nacional superam o âmbito das

determinações macroestruturais. Ou seja, a formação de vínculo, o acolhimento, a continuidade de cuidados, a competência cultural dos profissionais, requerem operações nos domínios moleculares de sensibilidade, de inteligência e de desejo, tal como traz Guattari (1990) nas Três Ecologias, de maneira que precisa haver investimento de máquinas desejantes e criação de uma textura ontológica heterogênea que nos tire das incessantes re-territorializações conservadoras da subjetividade. Hoje, busca-se epistemologias alternativas. A expressão Epistemologias do Sul³⁴ é uma

[...] metáfora do sofrimento, da exclusão e do silenciamento de povos e culturas que ao longo da história foram dominados pelo capitalismo e colonialismo. Colonialismo que imprimiu uma dinâmica histórica de dominação política e cultural submetendo à sua visão etnocêntrica o conhecimento do mundo, o sentido da vida e das práticas sociais. Afirmção, afinal, de uma única ontologia, de uma epistemologia, de uma ética, de um modelo antropológico, de um pensamento único e sua imposição universal (TAVARES, 2009, p.183).

O colonialismo em suas formas contemporâneas de supressão e homogeneização dos saberes não está apenas nas relações globais norte-sul, ocidente-orientes, está no cotidiano, nas relações locais e particulares de saber e poder. É uma mentalidade e forma de sociabilidade autoritária e discriminatória. A imposição, o autoritarismo e não reconhecimento do saber do outro marcam as relações entre técnicos e usuários, professores e alunos, entre pais e filhos, homens e mulheres, entre ricos e pobres, urbano e rural, ou seja, é um colonialismo desterritorializado que produz exclusão social, patologização do cotidiano e medicalização da vida.

A descolonização é, portanto, um domínio crucial de luta, transformação do mundo e criação de outros modelos civilizatórios. Visa desmontar/desativar os dispositivos de poder, mitos, imaginários que estão na base dessa epistemologia dualista (mente/corpo; natureza/cultura; ocidente/resto) que defende o universo único. Os esforços de superação dessas formas colonialistas demandam novos quadros conceituais, novas concepções de subjetividade e suscita metodologias participativas, interventivas e emancipatórias.

³⁴ Expressão cunhada pelo sociólogo Boaventura de Sousa Santos.

Busca-se produzir uma ontologia política que defende a vida em toda sua multiplicidade de formas e práticas, ancorada no relacional e comunitário, na diversidade e mutabilidade, incorporando diferentes cosmovisões, práticas culturais, etnias, gêneros, etc. Nesse paradigma, o mundo é um incessante e sempre cambiante fluxo de formas e de práticas. É uma multiplicidade. Mundo que comporta vários mundos. E alguns mundos não podem se impor sobre outros impossibilitando a sua existência (ESCOBAR, 2014).

Tais aspectos impactam diretamente no modo como os profissionais procedem com as ações de acolhimento e organização da agenda para os casos de saúde mental, com desdobramento para a resolutividade das ações e serviços ofertados, levando em conta a realidade territorial e o contexto socioeconômico e cultural da população atendida. Por isso Guattari (1990) nos fala da exigência de considerar a articulação ético-política entre meio ambiente, relações sociais e subjetividade. Questiona por meio da Ecosofia, as maneiras de viver, as perspectivas tecnocráticas, as hegemonias de saber-poder, as serialidades, os racismos, o falocentrismo, indicando que as transformações deverão concernir não só às relações de forças visíveis, mas também aos domínios moleculares de sensibilidade, inteligência e desejo.

Este deve ser um princípio de primeira ordem na condução das relações e ações interprofissionais nas equipes e entre os serviços. O apoio matricial, que se revelou como uma ferramenta pouco utilizada na qualificação clínica e suporte técnico-pedagógico, poderia constituir-se como um dispositivo potente para que as equipes se desintoxicassem do discurso sedativo e saíssem da passividade fatalista, do dogmatismo insuportável, do empobrecimento das intervenções, e dos estereótipos que tornam os profissionais impermeáveis à alteridade singular tão recorrente nos serviços de saúde. Mas, para tanto, como nos lembra Guattari (1990), é necessário aderir à lógica das intensidades.

Parafrazeando Basaglia, diríamos que “é preciso colocar a razão científica e tecnológica entre parênteses”, que tem por base a negação da subjetividade e a serialização, produzindo uma objetivação extrema da pessoa como objeto do saber. Pessoas diferentes, com histórias, culturas, sofrimentos diferentes, entram na lógica universalizante dos vários campos de saber e vão passando por um processo de homogeneização, perdendo a originalidade de suas histórias, a

espessura de seus sofrimentos. O resultado da avaliação do PMAQ, sob o recorte das questões que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde mental, chama atenção para isso. Ou seja, que é preciso reverter essa operação e colocar os sujeitos em evidência, com suas diversidades, formas e projetos de vida.

À luz da ontologia política do território, de base relacional, a gestão integral do cuidado em saúde deve ocorrer a partir do conhecimento intenso das situações cotidianas, do território e das coletividades. É preciso potencializar o projeto de vida das comunidades baseado em suas práticas e cosmovisões, sair em defesa do território como espaço que sustenta esse projeto de vida desde a perspectiva étnico-territorial. E oferecer possibilidades diversificadas de recompor outra corporeidade existencial, sair dos impasses repetitivos e da reterritorialização conservadora das subjetividades que empobrecem de modo contínuo nossa relação com o mundo (GUATTARI, 1990).

Assim, a questão colocada no início de como produzir uma ‘nova institucionalidade’ para o SUS e como articular as forças interessadas em enfrentar o reducionismo e empobrecimento do seu “devir existencializante”, para nós tem uma direção: desmontando o colonialismo dos saberes, dos poderes e das subjetividades, criando uma textura ontológica heterogênea, nos ocupando dos sujeitos em suas experiências cotidianas, nos responsabilizando pela vida.

Referências

- ALMEIDA, P. F. et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 2, p.320-335. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.654 de 19 de julho 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília: Diário Oficial da União, 2011c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2011b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- CHIAVERNI, D. H. (Org.). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
- ESCOBAR, A. Sentipensar con la tierra: nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia. Medellín: Unaula, 2014.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. (2008) Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.575-625.
- GUATTARI, F. As Três Ecologias. Campinas: Papirus, 1990.
- GUATTARI. Caosmose: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). Censo Demográfico 2010: Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- LIMA, J. G. et al. Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde. *Novos Caminhos*, N.12. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2016. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2016/07/NovosCaminho12.pdf>> Acessado em: 04 de maio de 2018.
- LIMA, L. D. Condicionantes da regionalização da saúde no Brasil: desafios e recomendações para o planejamento e a gestão territorial do SUS no horizonte dos próximos 20 Anos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. Disponível em: <http://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/15-PJSSaudeAmanha_Texto0015_A4_21-12-2015.pdf> Acessado em: 15/03/2018.
- MAGALHÃES, H. M. J; PINTO, H. A. (2014) Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 51, p.14-29. 2014.
- MALTA, D. C. et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p.327-338. 2016.
- RIBEIRO, P. T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p.403-412. 2015.
- SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p.438-446. 2015.

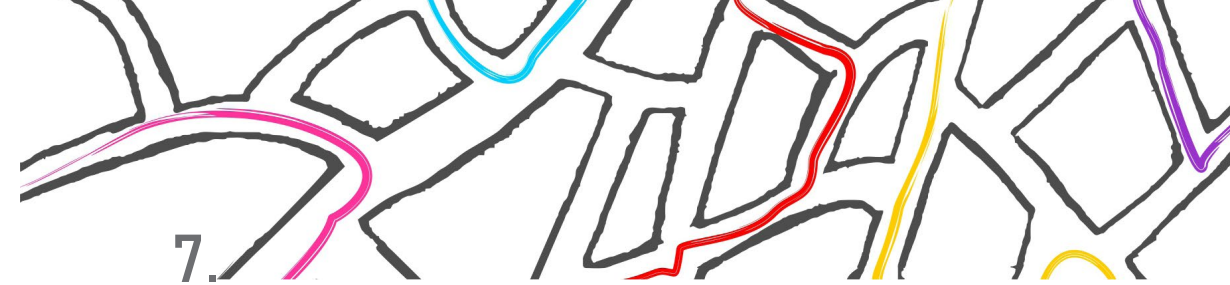
SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p.2753-2762. 2011.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAVARES, M. Epistemologias do Sul. *Revista Lusófona de Educação*, n. 13, p.183-189. 2009.

VASCONCELOS, E. M. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. _____ (Org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010. p.17-74.

VIANA, A. L. D. et al. Tipologia das Regiões de Saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p.413-422. 2015.



7. A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL INFANTIL: das Potencialidades da Atenção Básica³⁵

Dafni de Melo
Rosemarie Gartner Tschiedel

A saúde mental da criança e do adolescente ainda é um tema relativamente recente para as políticas públicas de saúde no Brasil, pois existe o reconhecimento de uma lacuna no que se refere ao cuidado à população infanto-juvenil em sofrimento psíquico (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; COUTO; DELGADO, 2015). Historicamente, em nosso país, adotamos uma direção de cuidado para as crianças e adolescentes pautada por uma lógica predominantemente punitiva e não efetivamente de cuidado. A institucionalização, com medidas de internação como principal instrumento, consistia na principal diretriz de uma assistência a essa população, apresentando vocação reparadora, adaptativa e punitiva. Tal institucionalização direcionava-se, principalmente, para crianças e adolescentes pobres, partindo de ações de criminalização e patologização da pobreza, como resultados de processos históricos de segregação racial e social (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; COUTO, 2004; COUTO; DELGADO, 2015).

Embora não haja uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil consolidada, as bases para tanto já estão estabelecidas por meio de princípios e diretrizes gerais (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) que apontam as estratégias nas quais devemos investir. A constituição de uma rede intersetorial e integrada de serviços é um passo essencial para a constituição dessa Política (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; COUTO; DELGADO, 2016). A Atenção Básica, por sua vez, consiste em um privilegiado ponto dessa rede, em parte devido à sua função de porta de entrada do Sistema Único de Saúde e sua inserção no território, mas igualmente em função

³⁵ Este capítulo se origina da pesquisa de dissertação intitulada “O cuidado à saúde mental da criança em uma Estratégia de Saúde da Família”, defendida no Programa de Pós-Graduação de Psicologia Social e Institucional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

do potencial de efetivação da integralidade do cuidado ao usuário (LANCETTI; AMARANTE, 2012; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Nesse capítulo, visamos a apresentar a pesquisa de mestrado que buscou analisar o cuidado que pode ser construído para a saúde mental da criança, no espaço da Atenção Básica, mais especificamente, em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A mencionada investigação se deu por meio da metodologia da pesquisa-intervenção, orientada pelas ferramentas conceituais da Análise Institucional, com a produção de encontros de grupo focal com os trabalhadores de uma ESF. Inicialmente, deparamo-nos com um não lugar para a criança nas ações de saúde mental desse serviço, essa não se constituía como um sujeito usuário da atenção básica, no que concerne à saúde mental. O foco estava colocado apenas na possibilidade de atender à criança, que necessitasse de um cuidado em saúde mental, na atenção especializada, não cabendo isso a uma ESF. Entretanto, criaram-se condições para que emergisse outro discurso acerca de um cuidado em saúde mental voltado para a criança, com o resgate de ações - já implementadas no passado dessa equipe de Estratégia de Saúde da Família - que se estabeleceram igualmente enquanto práticas de promoção de saúde. Desse modo, ressaltamos o potencial da Atenção Básica na promoção do cuidado à saúde mental da criança a partir das peculiaridades desse âmbito da saúde, como a longitudinalidade, o vínculo, a atenção às necessidades de saúde da população e o trabalho em território dos agentes comunitários de saúde (ACS).

Política de Saúde Mental Infante-Juvenil: traçado histórico

Couto e Delgado (2015) expõem o panorama brasileiro acerca da agenda política construída para assistir as crianças com sofrimentos psíquicos severos e persistentes. Os referidos autores apresentam a constatação de que constituímos em nosso país, durante o período do século XX, uma agenda política para dar conta dos problemas da pobreza e do abandono, em suas sobreposições com a carência e a “delinquência”, por meio da institucionalização destas crianças. Assim como nos processos de institucionalização dos adultos que, sob a marca da loucura, foram enclausurados em hospitais psiquiátricos, as crianças são também institucionalizadas e enclausuradas, no entanto, sob a marca da pobreza.

Tal configuração mirava a figura do menor – a infância em perigo e perigosa se constitui como alvo destas políticas públicas (COUTO; DELGADO, 2015).

Antes de se constituir como o menor perigoso, a criança ocupou, no cenário da sociedade brasileira, um lugar de instrumento do poder patriarcal – considerando as diferentes posições das crianças brancas livres, com a possibilidade de se tornarem aquelas a perpetuar o poder patriarcal, e das crianças negras escravizadas, com a função de sustentarem o poder patriarcal com seu trabalho. As primeiras foram educadas sob a moral cristã, para que se tornassem adultos responsáveis, ainda que fossem meros objetos a serviço do desejo e da vontade paterna, durante suas infâncias (COSTA, 2004; DEL PRIORE, 2010). Diferentemente, as segundas eram educadas tendo o trabalho como um fim, sendo isso também estabelecido pelas relações que as crianças brancas estabeleciam com as crianças negras, reproduzindo a lógica escravocrata por meio de humilhações e de violência física (GOÉS; FLORENTINO, 2010).

A introdução da medicina higienista no Brasil, no contexto da transformação do país em Estado autônomo, provocou mudanças na configuração do lugar ocupado pela criança. Assim, ela passa a ser objeto não somente do poder paterno patriarcal, mas também do saber médico o qual intervém diretamente no modo dos pais cuidarem e educarem seus filhos. Costa (2004) aponta que se constitui uma espécie de troca de favores entre a medicina e o Estado, de maneira que as famílias de elite apoiassem o Estado recém constituído, como resultado das intervenções higienistas no espaço da intimidade da família. Essa nova posição da criança, investida do saber médico que visa a prolongar sua vida e sua saúde, incorpora os sentimentos de esperança e de promessa de futuro à semelhança da recente nação que havíamos acabado de nos tornar. Esse papel da criança saudável e feliz e a promessa de um adulto análogo (CORAZZA, 2004), é reservado apenas para as crianças brancas e da elite. Ainda assim, olha-se para o sujeito adulto que essa irá se tornar e não para o sujeito criança do momento. Para as demais crianças, é construída uma nova figura, a do menor.

A criança como menor surge como parte do incremento dos processos de urbanização e industrialização, concomitante à intensificação da pobreza. Segundo Couto e Delgado (2015), os Códigos de Menores consolidaram o binômio carência/delinquência, sobrepondo-se o ato infracional ao abandono, sendo esta

a marca do Modelo Tutelar de Justiça Juvenil. Com o Código de Menores de 1927, “o Estado escolhe educar pelo medo” (PASSETI, 2010, p.309) ao eleger as políticas de internação como o caminho para o ‘cuidado’ e ‘proteção’ das crianças abandonadas e infratoras. Já a Política Nacional de Bem-Estar do Menor e o Código de Menores de 1979, adotou uma metodologia baseada no conhecimento biopsicossocial que considerasse todas as condições que englobassem a vida das crianças e adolescentes (PASSETI, 2010). Conforme refere o autor, pretendia-se modificar o comportamento destes sujeitos pela educação em reclusão, como objetivo último de formar um indivíduo para a vida em sociedade. Paseti (2010) pontua, entretanto, que o projeto trazido pelo paradigma biopsicossocial do Código de Menores de 1979 não foi efetivo em diminuir a cultura de violência, como se pretendia, mas foi efetivo apenas em estigmatizar crianças e jovens moradores das periferias como “menores perigosos”. Por conseguinte, incrementam-se os processos de segregação social e racial sem a construção de uma política social que se ocupasse de cuidar dos sofrimentos psíquicos das crianças e de modificar a permanente condição socioeconômica desigual. Tem-se como resultado a criminalização da pobreza.

Mirando especificamente no que poderiam ser consideradas políticas de cuidado para a saúde mental infantil, temos a constituição de um saber psiquiátrico sobre a infância que se deu a partir da personagem da “criança imbecil” e não da “criança louca” (LOBO, 2015). A partir da análise de estudos e pesquisas realizadas no Brasil, em meados do século XIX e início do século XX, Lobo (2015) percebe nesses um empenho em confirmar a não existência da loucura na infância. A autora compreende que, considerando esse empenho, foram construídas as ideias da “idiotia” como uma fase inicial da vida ou ainda de uma propensão das crianças em desenvolver tal condição. Sendo assim, a psiquiatrização da infância passou primeiramente pela educação, pois indicavam-se os especialistas da educação para as crianças que eram consideradas “idiotas”. Lobo (2015) ressalta a ideia de que as figuras das anormalidades infantis emergiram pela justificativa da “prevenção e controle do fardo e perigo social” (p. 201), de maneira que podemos perceber uma conexão entre os processos de criminalização da pobreza mencionados anteriormente.

Descortina-se, nas últimas décadas, a possibilidade de construirmos um novo cenário para o cuidado da saúde mental da criança que se baseie na concepção

da criança como um sujeito e não mero objeto. Avaliamos inclusive, que isso se constitui como um desafio para a atuação nas políticas públicas: operar práticas de cuidado que considerem a criança um sujeito. As condições que possibilitaram tal mudança do lugar da criança se devem à inauguração de outro modelo da matriz de leitura de nosso Estado. Perante os problemas da criança (COUTO; DELGADO, 2015), a partir da promulgação da Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, adotando a Doutrina da Proteção Integral (BRASIL, CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2010a).

Panorama Atual: o que temos consolidado e os desafios atuais

Os processos da Reforma Psiquiátrica apresentam uma acentuada defasagem no que diz respeito à criança e ao adolescente, pois, como Couto e Delgado (2015) nos situam, tais processos significaram a superação da ausência total de projetos de cuidado e da desassistência. Foi apenas com a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 2001, que a saúde mental da criança e do adolescente emergiu como uma questão relevante. Em seu relatório final, indica-se com contundência a necessidade da criação e fortalecimento de uma rede de atenção integral à criança e ao adolescente, assim como se enfatiza a urgência da criação de uma Política Nacional de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente, sendo este eleito como um foco prioritário das discussões daquele ano (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

A Portaria GM Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, define e estabelece as diretrizes para a implantação e funcionamento do CAPS, criando o Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPSi). Pela primeira vez, se estabelece um serviço de atenção psicossocial voltada para o público infanto-juvenil. Já a Portaria Nº 3.088, 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), apresentando todos os serviços que a compõe: Atenção Básica em saúde (Unidade Básica de Saúde, equipes de atenção básica para populações específicas, Estratégia de Saúde da Família), Atenção Psicossocial Especializada (Centro de Atenção Psicossocial, em suas diferentes modalidades), atenção de urgência e emergência, atenção hospitalar e atenção residencial de caráter temporário (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Essa mesma Portaria que estabelece a

RAPS enfatiza a promoção de cuidados em saúde para os grupos mais vulneráveis, inclusive nessas as crianças e os adolescentes (BRASIL, MINISTÉRIOS DA SAÚDE, 2011). Desse modo, a rede de saúde que deve atender ao público infanto-juvenil já se encontra definida nas legislações brasileiras, em seus parâmetros populacionais de implantação e orientações gerais de funcionamento.

A publicação “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) estabelece as diretrizes e princípios para conduzir uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil ainda a ser construída. Sendo este o desafio na assistência à saúde mental da criança e do adolescente brasileiros: a própria construção dessa política (BRASIL, MINISTÉRIOS DA SAÚDE, 2005). Como um princípio primeiro e essencial para a efetivação desse cuidado, é preciso considerar a criança e o adolescente como sujeitos, o que implica na compreensão desses como sujeitos de direito, possuidores do direito ao cuidado, e igualmente implica em reconhecer seu sofrimento em sua singularidade, próprio àquele sujeito e à condição em que se encontra. O acolhimento universal e o encaminhamento implicado são dois princípios que estão imbricados, uma vez que visam a garantir a responsabilização do cuidado, independentemente do local no qual este ocorra, assim como busca a legitimação, por parte do profissional, da demanda daquele que buscou ajuda, escutando sua demanda e acompanhando, posteriormente, o encaminhamento realizado. O território como lugar psicossocial do sujeito se configura como um princípio, posto que o cuidado deve ser situado no contexto de vida da criança ou do adolescente (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Como fundamentais princípios para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil, a construção permanente da rede e a intersetorialidade do cuidado (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) estão estreitamente interligados, ao considerarmos a complexidade inerente à infância e à adolescência. A intersetorialidade é ponto essencial e nevrálgico para esta política. Nevrálgico pelo intrincado de sua constituição ao envolver diversos setores e atores, ainda assim, se configura essencial, uma vez que a vida das crianças e adolescentes percorre serviços de diferentes setores que podem se constituir como importantes espaços de atenção e cuidado, independentemente da natureza de seu objetivo. Couto e Delgado (2016) ressaltam que o processo de implantação de uma Política de

Atenção à Saúde Mental Infanto-Juvenil tem passado por duas ações consideradas estratégicas: a primeira consiste na oferta dos CAPSi e a segunda consiste na “construção de estratégias para articulação da saúde mental com os setores historicamente envolvidos na assistência à infância” (p.164).

As “diretrizes operacionais para os serviços de saúde para crianças e adolescentes têm por objetivo apresentar alguns pontos norteadores para todo e qualquer serviço de saúde que se proponha a prestar atenção a crianças e a adolescentes” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.15). Dessas diretrizes, destacamos o reconhecimento da legitimidade da demanda daquele que busca o cuidado, o que nos remete à importância da Lei Nº 8.069 com a introdução da Doutrina de Proteção Integral, considerando a criança e o adolescente como sujeito de direitos (BRASIL, CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2010). A afirmação de que a criança e o adolescente devem ser considerados como sujeitos não é leviana, é justamente isso que poderá possibilitar a efetiva construção de um cuidado que possa diferir radicalmente do que viemos oferecendo ao público infanto-juvenil nos últimos séculos. Lobo (2015) aponta o esforço dos médicos psiquiatras dos séculos passados em estabelecer que a criança não estaria passível à loucura, mostrando como tem sido construído nosso imaginário social e cultural apartando a criança deste enigma da loucura. De maneira que, como pontua Couto (2004), precisamos operar a desconstrução deste “mal-entendido da saúde mental”, de que a criança não sofre ou adocece. Considerar a criança como sujeito implica que ela possa se responsabilizar como tal, inclusive se responsabilizar por seu sofrimento e sua demanda de saúde mental (COUTO, 2004; BRASIL, 2005). Outra diretriz interessante de ser ressaltada é a chamada ao comprometimento dos responsáveis pela criança ou adolescentes no processo do cuidado a ser realizado pelos serviços, o que exemplifica a complexidade da atenção à infância e adolescência, mencionada anteriormente.

A III CNSM também instituiu a criação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil, com a promulgação da Portaria MS/GM Nº 1.608, de 03 de agosto de 2004, considerando a necessidade de ampliação da rede assistencial e a alta prevalência dos transtornos psicossociais entre crianças e adolescentes (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). As recomendações e relatórios oriundos das reuniões deste Fórum focalizaram algumas das questões mais

problemáticas deste campo, como a institucionalização de crianças e adolescentes em abrigos, em medidas socioeducativas e em instituições psiquiátricas.

O panorama atual do cuidado à saúde mental da criança assim está configurado, no que concerne ao registro legislativo e de orientações do Ministério da Saúde, sem uma política organizada e estruturada, mas com as bases para tanto e com a composição da rede de serviços definida. Entretanto, enfrentamos sérios desafios no que tange à construção dessa rede, seja com a implantação e expansão dos serviços em si, seja com a efetivação do cuidado à saúde mental da criança nos serviços já existentes.

Contam-se mais de quinze anos da publicação da Portaria GM Nº 336 e ainda assim a quantidade de CAPSi implantados é muito aquém da necessidade e até mesmo do que é indicado, considerando os critérios populacionais estabelecidos pela republicação da Portaria 3.088 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; MACEDO; FONTENELE; DIMENSTEIN, 2018). De acordo com dados recentes, 65% dos municípios que se enquadram como aptos para dispor de Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil não contam com esse. Do mesmo modo, os demais serviços que compõem a RAPS e que devem atender a essa população, encontram-se distribuídos de forma desigual pelo território nacional, existindo em número insuficiente (MACEDO; FONTENELE; DIMENSTEIN, 2018).

Avaliando a implantação dos quatro pontos da RAPS (Atenção Primária em Saúde, APS, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção Residencial de Caráter Transitório e Atenção Hospitalar) voltados para o público infanto-juvenil, apenas três municípios no país contam com essa estrutura (Teresina, no Piauí, Janaúba, em Minas Gerais e Sorocaba, em São Paulo), enquanto que 144 municípios, pelos critérios, poderiam possuir essa rede (MACEDO; FONTENELE; DIMENSTEIN, 2018). Quanto à presença de equipamentos da APS, Atenção Psicossocial Especializada e Atenção Hospitalar simultaneamente, somente 34 municípios são cobertos com esses e 45,2% se encontram na Região Sul (MACEDO; FONTENELE; DIMENSTEIN, 2018). Couto, Duarte e Delgado (2008) afirmam que foi realizado um maior investimento na expansão da cobertura de CAPSi nos centros urbanos, ao compararmos com décadas passadas, no entanto, analisando dados atualizados, Macedo, Fontenele e Dimenstein (2018) demonstram que são poucas as cidades que

contam com mais de um serviço dessa natureza – Fortaleza, Recife, Salvador, Rio de Janeiro, Campinas, Sorocaba, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre.

Previamente ao acesso às informações da pesquisa de Macedo, Fontenele e Dimenstein (2018), ao ponderarmos sobre a rede de saúde mental voltada para o público infanto-juvenil presente na cidade de Porto Alegre, apontávamos o quão aquém essa se constituía com apenas três CAPSi em uma capital estadual com população estimada de 1.484.941 pessoas, no ano de 2017 (IBGE, 2017). Com esses dados atualizados, é possível colocar em perspectiva a situação de Porto Alegre, nesse quesito, ficando evidente que, apesar da rede ainda incipiente e também insuficiente, a cidade se encontra com ‘boa’ cobertura, em um contexto nacional de distribuição díspare da rede de atenção psicossocial, sendo uma das nove cidades no país que possui mais de um CAPSi, conforme já informado (MACEDO; FONTENELE; DIMENSTEIN, 2018). De acordo com a análise desses autores acerca da expansão da RAPS, sob a perspectiva da regionalização do SUS, a região Sul encontra-se em situação privilegiada ao compor os grupos caracterizados como de “médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços” e “alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços” (idem).

O cuidado à Saúde Mental e a Atenção Básica

A Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, se configura como uma das principais referências para a construção de nosso Sistema de Saúde, em suas primeiras experiências de serviços municipais de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012), definindo algumas das bases sobre as quais se assentam a Atenção Básica no Brasil. Nessa, é colocada ênfase sobre a responsabilização dos governos acerca da saúde dos povos por meio de ações que incidam nas questões sociais que influenciam a saúde, reiterando-a como um direito humano (idem). Difunde-se a noção de que, como função da Atenção Primária à Saúde, se encontra a promoção da integralidade e a acessibilidade (ibidem). Pontua-se a participação da comunidade como precípua fator da APS, configurando uma composição de saberes que são valorizados para além dos saberes biomédicos, como um contraponto ao elitismo médico (ibidem). Starfield (2002) ressalta algumas características principais que percebemos como concretizadas em nosso Sistema de Saúde, sejam elas: espaço de primeiro contato,

longitudinalidade do cuidado, integralidade, coordenação da atenção, orientação para a comunidade e centralidade na família.

A Atenção Básica construída com o Sistema Único de Saúde assenta-se nos princípios acima citados, e se configura como tal especialmente pela implantação dos programas Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo estes essenciais para a consolidação do SUS e para a ampliação da capacidade de agência sobre os determinantes gerais do processo de saúde-doença da população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Considera-se a AB como a estratégia central de organização do SUS (SILVA, et al, 2017; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Essa organiza-se a partir de seu território adstrito, sobre o qual deve planejar e programar ações a fim de atuar sobre os condicionantes e determinantes de saúde, construindo relações de vínculo e responsabilização para com a comunidade, de modo a se promover a participação desta (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). De acordo com alguns dos princípios estabelecidos em Alma-Ata, as funções da Atenção Básica no SUS são a ordenação de redes e a coordenação do cuidado, assim como se constituir como base, sendo resolutiva (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O espaço da AB é privilegiado para o cuidado em saúde mental seja para aqueles sujeitos que já se encontram em acompanhamento nos serviços especializados de saúde mental ou para aqueles que não o são (LANCETTI; AMARANTE, 2012; DELFINI; REIS, 2012). A proximidade dessas equipes com a população e com os demais serviços do território, a tendência a gerar menos estigma, um vínculo maior e mais intenso e a fácil acessibilidade são alguns dos motivos pelos quais o espaço da Atenção Básica se configura como importante espaço de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; DELFINI; REIS, 2012; LANCETTI; AMARANTE, 2012; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; TSZENIOSKI et al, 2015).

No que concerne à criança, em específico, a Estratégia de Saúde da Família, junto com a escola, configuram-se como os serviços de maior presença em todas as regiões do país, considerando a rede de serviços que atende à população infanto-juvenil (COUTO, DUARTE; DELGADO, 2008). A cobertura de ESF no Brasil chega a 58% dos municípios (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). O Relatório da Pré-Conferência Infância e Adolescência (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE;

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002), realizada previamente à III CNSM, ao tratar das políticas intersetoriais, refere a prioridade da construção de uma política intersetorial, “evitando-se o discurso onipotente que pressupõe a resolução de todos os problemas da infância e adolescência através de uma rede exclusiva de saúde mental”. Da mesma forma, Couto e Delgado (2016), ao explicitarem as duas ações estratégicas do processo de implantação de uma política de saúde mental para a população infanto-juvenil, enfatizam que a organização da rede não deve ficar restrita à oferta de serviços de saúde mental.

No entanto, necessitamos de atenção com a republicação da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) e as mudanças efetivadas. Estabeleceu-se uma flexibilização do número de ACS para a composição das equipes de ESF e da cobertura populacional dessa. Compromete-se, assim, o cumprimento do princípio da universalidade e da acessibilidade, uma vez que os critérios para a flexibilização da cobertura da ESF, apesar da justificativa de acolher as especificidades locais, acabarão à cargo da decisão final da gestão (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Percurso metodológico

Conforme mencionado, essa investigação se deu por meio da pesquisa-intervenção como método, sendo um modo de fazer pesquisa que pretende constituir-se como um dispositivo de transformação da realidade e, do mesmo modo, de transformação das próprias práticas de se fazer pesquisa e de produzir conhecimento (ROCHA; AGUIAR, 2007; BARROS; CÉSAR, 2015). As ferramentas conceituais da Análise Institucional balizam nossa intervenção e produção de dados, uma vez que o movimento institucionalista, em seus pressupostos, possibilita as referidas transformações ao desenvolver um conjunto de ferramentas e conceitos não apenas para a análise das instituições, mas para a intervenção nessas (LABBATE, 2003). Igualmente, ao não efetuar uma separação entre o momento da construção do conhecimento da pesquisa e a prática da pesquisa em si (LOURAU, 1993). A proposição de uma pesquisa-intervenção no cenário dos serviços e políticas públicas de saúde se alinha ao nosso compromisso como pesquisadoras que apostam e investem na

consolidação do Sistema Único de Saúde, buscando contribuir para a construção de diretrizes para tanto (JESUS, 2013).

A intervenção compôs-se com a realização de cinco encontros de grupo focal com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família da cidade de Porto Alegre, nos momentos de reunião de equipe dessa. Participaram da pesquisa os seguintes profissionais: enfermeira, agente comunitária de saúde, técnica de enfermagem, dentista e estagiária de odontologia - com treze participantes ao total. O grupo focal operou enquanto dispositivo de restituição à equipe, a cada encontro propúnhamos um debate a partir da discussão do encontro anterior. Assim, foi possível aos participantes construir reflexões oriundas dos próprios discursos, deslocando-os nos momentos propícios ao ponderarem sobre suas práticas de cuidado da saúde mental da criança.

A questão de qual o cuidado que pode ser construído para a saúde mental da criança na AB guiou todos os encontros. As discussões produzidas focaram nas práticas dos profissionais de saúde na atenção voltada para as crianças moradoras do seu território. O que inicialmente se constituía como um espaço que parecia árido de possibilidades para o cuidado à criança, foi se enriquecendo a partir do resgate de ações já realizadas, promovendo o reconhecimento das capacidades e conhecimentos dos profissionais da Atenção Básica. Destacamos nesse capítulo uma ação discutida pelo grupo de participantes que ilustra as criativas possibilidades da ESF no cuidado à saúde mental da criança.

Agente Comunitário Mirim – promoção de saúde mental infantil

Como já assinalado, durante os primeiros grupos, ao serem questionados sobre quais práticas de cuidado poderiam ser implementadas para a saúde mental das crianças, os participantes se mostravam reticentes. Referiam-se majoritariamente ao encaminhamento, via matriciamento, para a rede especializada e percebiam-se não qualificados para operar esse cuidado. A discussão acerca de práticas de cuidado em saúde mental, inicialmente, tinha como elementos principais o diagnóstico e a medicação, justificando a percepção da equipe, de si mesmo, como não possuindo a especialização necessária. Curiosamente, ao deslocarmos o acento da saúde mental apenas para a criança, a equipe foi capaz de resgatar ações

implementadas anteriormente, as quais não eram percebidas como voltadas para a saúde mental. Em conjunto com a equipe da ESF, operamos o deslocamento desse entendimento, trazendo à tona o potencial de uma ação de promoção de saúde para a saúde mental.

O projeto Agente Comunitário Mirim visava a instruir as crianças sobre a profissão de agente comunitário de saúde, promovendo a possibilidade de elas vivenciarem o agir do ACS, tendo a duração de dois anos. As crianças participantes tinham entre oito e dez anos de idade, sendo relatado pela equipe que elas participavam da ação demonstrando um compromisso para com o projeto, comparecendo com assiduidade. A atividade se iniciava no espaço da ESF, no qual as ACS promoviam um momento educativo instruindo as crianças quanto às atividades e atribuições do ACS. Em seguida, as crianças acompanhavam as ACS em suas ações no território, experimentando *in loco* aquilo que haviam estudado previamente.

As atividades dos Agentes Comunitários Mirins também se estendiam para além das tarefas habituais das ACS. Propunham-se também atividades educativas acerca de determinados temas como, por exemplo, o uso responsável da água. Efetivava-se um debate sobre a temática, para em seguida ser realizada uma visita à Estação de Tratamento de Água e Esgoto da região, acompanhados de alunos da creche do território. Apesar de a creche não compor o projeto Agente Comunitário Mirim, seus alunos participavam dessas atividades educativas que ocorriam fora do espaço da ESF e não focadas nas ações de saúde comumente promovidas por essa equipe. Para viabilizar tais atividades de campo, a equipe da ESF firmou parceria com uma empresa local de ônibus.

E ficou uns dois anos e ninguém faltava e aí a gente conseguia ônibus da empresa [...] pra ir levar as crianças pra ver o espaço que a gente não tinha aqui [...] Então era tudo educação continuada, 'ah, tu não pode desperdiçar água', 'por que não pode desperdiçar água?', aí ia lá no DMAE pra ver onde surgia o, têm projetos do DMAE³⁶ pras crianças, a gente fazia, junto com o Agente Mirim ia a creche, as crianças da creche também participavam de algumas atividades fora do posto.

Acerca da proposta desse projeto, contamos com o relato da equipe, pois a profissional que o propôs não se encontra mais na ESF. O Agente Comunitário

³⁶ Departamento Municipal de Águas e Esgoto de Porto Alegre.

Mirim foi proposto a partir do olhar atendo dessa ACS para as crianças do território. Relata-se que essa possuía um vínculo com os pequenos a partir de sua atuação na sala de acolhimento e de vacinação. Observando as crianças na circulação e em seu habitar o território, preocupou-se com o contexto da ociosidade e do uso de substâncias psicoativas, devido à presença do tráfico dessas substâncias na região. Tal observação não ocorria apenas nas situações de trabalho, mas, igualmente, no cotidiano da vida em território, uma vez que é moradora desse.

Desmembraremos essa ação a partir de três linhas de análise. A primeira linha diz respeito à própria constituição do projeto Agente Comunitário Mirim e suas implicações para a produção de cuidado na atenção básica, especificamente partindo da Estratégia de Saúde da Família. De acordo com o relato da equipe participante da pesquisa, a agente comunitária de saúde que deu o “pontapé inicial” para essa atividade havia construído com as crianças do território uma relação afetiva, a partir de sua atuação na sala de acolhimento e de vacinação. Desse modo, foi possível acompanhar o crescimento e desenvolvimento de vários pequenos usuários da ESF. Contribuiu para tanto, o fato de ser moradora do território, convivendo também com essas mesmas crianças em sua vivência cotidiana. Assim, criaram-se condições para que essa ACS estivesse atenta às demandas da comunidade e suas possíveis necessidades de saúde.

Destacamos o lugar que o afeto ocupa na relação entre profissionais de saúde e usuários como potência para o cuidado em saúde mental a ser produzido na atenção básica. Franco e outros (2009) afirmam que são os afetos que possibilitam a construção de significados para o cuidado em saúde e para a relação entre trabalhadores e usuários, considerando que o processo de trabalho em saúde é sempre relacional. Ao tratar da falsa polarização entre vigilância e clínica, Franco e outros (2009) discorrem sobre a produção de uma subjetividade – advinda dos processos de formação do SUS – que opera produzindo serviços e sujeitos implicados com “a promoção e prevenção de saúde, e por outro lado, pouco comprometidos com uma prática clínica cuidadora” (FRANCO et al, 2009 p. 30). Compreendemos, no entanto, que essa prática de cuidado constituiu um espaço entre trabalhadores de saúde e usuários que abrangia tanto a promoção de saúde quanto o estabelecimento de um espaço relacional de cuidado marcado pelos afetos. Essa relação na qual está colocado o afeto como meio de se constituir o vínculo possibilitou que se propusesse a ação em questão.

Imbricado com esse lugar que o afeto pode ocupar nessas relações, temos a noção de território, ambos operando nas práticas de cuidado em saúde instauradas, ao possibilitar uma disponibilidade afetiva da equipe, permitindo que essa (na figura específica da ACS) pudesse identificar uma demanda da população e se responsabilizar por essa, criando uma intervenção inédita para dar conta do problema percebido. A inserção no território é potente para o estabelecimento de vínculo com os usuários, ao permitir o exercício de práticas de cuidado que se fundamentem no uso de tecnologia leve. A tecnologia leve se dá no espaço relacional entre o usuário e o trabalhador de saúde e é no encontro entre esses sujeitos que se desenrolarão os processos produtivos de saúde (MERHY, 2013). Nesse espaço relacional construído, abre-se o espaço para a escuta das demandas não formalmente endereçadas aos profissionais de saúde e para a emergência da produção de soluções que não seriam enquadradas como sendo da clínica biomédica tradicional. Morosini, Fonseca e Lima (2018) apontam para as implicações das particularidades do ACS enquanto simultaneamente profissional de saúde e morador do território no qual trabalha. Sublinham uma aguçada possibilidade de identificar as necessidades de saúde da população, assim como da percepção dos potenciais meios de intervenção. Retomando a questão da responsabilização da demanda, amarrando-a com a noção de território, Souza (2015) refere tal conexão, avaliando que essa deve acontecer nos espaços de vida dos sujeitos usuários da rede de saúde.

Nossa segunda linha de análise configura-se pela mirada nessa ação de saúde compreendendo-a como um dispositivo de promoção de saúde que opera igualmente como uma prática de cuidado de saúde mental. Retira-se, assim, o foco do que poderia ser considerado um cuidado medicalizado e baseado na lógica biomédica que teria o diagnóstico e a medicação como elementos essenciais. Especificamente a respeito das práticas de profissionais da pediatria e medicina geral que atuam na ESF, Tanaka e Ribeiro (2009) sublinham que as práticas que esses referem utilizar centram-se no encaminhamento para serviços de saúde mental e na orientação. Já Gomes e outros (2015) relatam que os mesmos profissionais (pediatras e clínicos gerais), apesar de não concordarem com a forma instituída do encaminhamento que tem como principal desfecho a prescrição medicamentosa, não propõem outra forma de intervenção e não se envolvem na discussão com o especialista a respeito dessa conduta prescrita. Assim, seguem realizando a manutenção da medicação por meio da mera renovação de receitas (GOMES et al, 2015).

Depreendemos, a partir dos estudos trazidos acima que, em geral, os profissionais da atenção básica apresentam uma visão limitada de sua atuação como agentes de cuidado em saúde mental, corroborando os dados produzidos nessa pesquisa. Ambas pesquisas citadas (TANAKA; RIBEIRO, 2009; GOMES et al, 2015) focaram apenas os profissionais da medicina, enquanto nossa pesquisa contou com a participação de profissionais da enfermagem, da odontologia, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (a profissional da medicina que compunha a equipe não teve a disponibilidade para participar dos grupos, da mesma forma como não participava das reuniões de equipe). Com isso, temos postas algumas diferenças, considerando o atravessamento das profissões dos trabalhadores referidos e, ainda assim, foram produzidos resultados similares. No entanto, as semelhanças não se sustentam por completo.

Em nossos grupos, inicialmente, os participantes sustentavam tal visão limitada de sua ação como operadores de um cuidado em saúde mental – apresentando como foco desse o encaminhamento, o diagnóstico e a medicação. A partir do resgate da história daquela equipe de Estratégia de Saúde da Família, foi possível a construção coletiva do entendimento de que a saúde mental também pode ser produzida por meio de ações não medicalizadas, as quais podem se configurar como promotoras de saúde. Compreendemos o cuidado em saúde mental a partir da formulação de Rotelli, Leonardis e Mauri (1990), no qual se foca a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social” (p.30) e não a doença mental em si, em seus aspectos diagnósticos e sintomáticos apenas. Já a promoção de saúde tem como enfoque intervir nos “aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso País [...] e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O projeto Agente Comunitário Mirim operou como uma ação de saúde mental, bem como de promoção de saúde, posto que visava a atenuar uma situação de risco das crianças da comunidade. Mesmo que não tenha sido expressa uma demanda formal, para que a equipe da ESF interviesse no contexto de vida das crianças desse território, a escuta dessa necessidade de saúde foi realizada, constituindo-se uma prática de cuidado ampliada. Cabe ressaltar as indicações das publicações ministeriais, nas quais se aponta a inseparabilidade da saúde geral e saúde mental, destacando-se que as ações de saúde mental podem ser incorporadas no cotidiano da atenção básica

sem que isso exija um trabalho além do que já é realizado (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Demonstramos, assim, que para a constituição de um cuidado à saúde mental da criança na atenção básica, em situações de sofrimento psíquico que não se caracterizam como graves, não necessitamos acessar apenas conhecimentos específicos ou especializados.

A terceira e última linha de análise que desfiaremos nesse capítulo diz respeito à noção de rede. Tem-se instaurada a ampla concordância de que, para a construção e efetivação de uma Política de Saúde Mental Infante-Juvenil, faz-se imprescindível a construção de rede intersetorial e intrasetorial articulada, na qual a noção de rede se constitui como orientadora para o cuidado (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE 2005; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; PAULA et al, 2012; BRASIL, 2014; COUTO; DELGADO, 2015; COUTO; DELGADO, 2016). A ação Agente Comunitário Mirim não seria possível sem a existência de uma rede que foi montada entre a saúde, o setor da educação (com a participação eventual dos alunos da creche, ampliando os efeitos da ação) e o setor do transporte local, através da parceria com uma empresa de ônibus da região. A montagem dessa rede, com a interlocução de diferentes atores, parece-nos cumprir a exigência que a saúde mental da criança implica, uma vez que essa necessariamente traz à cena diversos setores.

Considerações Finais

A saúde mental da criança é um âmbito do setor da saúde que carece ainda de política e rede consolidadas, em face ao descompasso diante do já materializado em termos de saúde mental voltada para a população adulta, a partir dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Especificamente com relação ao cuidado nesse âmbito, na Atenção Básica, esta é um *locus* a ser mais explorado e investido pelos profissionais de saúde em geral, considerando seu potencial para a produção de saúde, a concretização da integralidade e a ampla acessibilidade da população.

Observamos a potencialidade da Estratégia de Saúde da Família como produtora de práticas de cuidado para a saúde mental da criança em nossa pesquisa, apesar da descrença inicial da própria equipe que não se reconhecia com tal capacidade. A ação Agente Comunitário Mirim, de iniciativa de uma ACS, mantida posteriormente por toda a equipe da ESF, exemplifica a prerrogativa de que a atenção

à saúde mental, inserida na Atenção Básica, não implica necessariamente na criação e inserção de práticas tão diversas das presentemente executadas e previstas em suas atribuições. A pesquisa mostrou, no processo de restituição, que algumas das intervenções realizadas em seu cotidiano significam promover um cuidado à saúde mental (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Constitui-se como uma possibilidade concreta a construção de um cuidado em saúde mental da criança, no âmbito da Atenção Básica, que não seja pautado pela clássica divisão biomédica em especialidades, podendo assim ser implementado por profissionais de saúde componentes de uma ESF. Desse modo, essas práticas de atenção não necessitam estar centralizadas no uso da medicação ou do exercício do estabelecimento do diagnóstico, mas podem sim compor um cuidado de promoção da saúde mental infantil. A ação Agente Comunitário Mirim criou um espaço de cuidado que proporcionou a aprendizagem a respeito dos processos de saúde, bem como a construção de um lugar inédito para as crianças participantes, possibilitando que assumissem um papel ativo na produção de saúde voltada, não apenas para si mesmas, mas abrangendo os moradores de sua região.

Isso foi proporcionado principalmente a partir do trabalho das ACS que, por sua proximidade com a comunidade e sua inserção no território, conseguem se manter disponíveis e sensíveis às necessidades de saúde da população, investindo, portanto, de afeto o seu trabalho. A via de construção do projeto Agente Comunitário Mirim se deu pela sensibilidade voltada para as crianças que frequentavam a ESF. Ressaltamos que o contato com essas não se deu no contexto de atendimento voltado para a saúde mental ou de alguma demanda que partisse disso. O que, por sua vez, fortalece a noção de que o cuidado para a saúde mental da criança, nesse equipamento de saúde, não implica na centralidade em um recorte especializado.

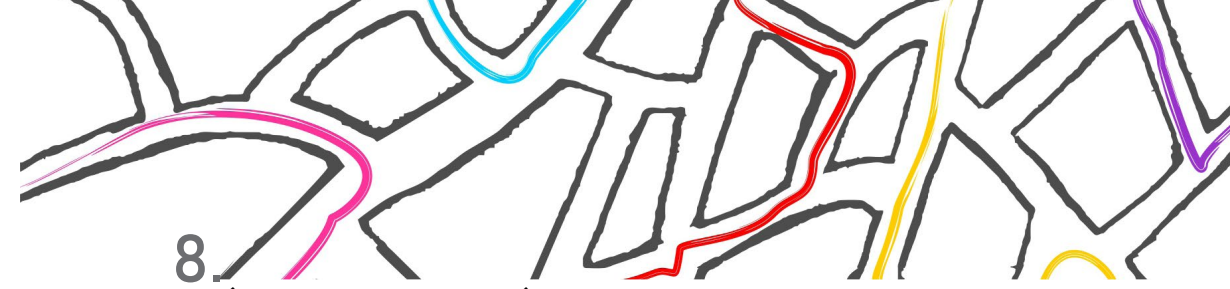
Destaca-se o quão essencial se configurou o fazer do Agente Comunitário de Saúde, no contexto dessa pesquisa, tanto em sua atuação direta com a população de crianças, quanto na iniciativa de propor a atividade destacada no escopo desse capítulo. Compreendemos ser imprescindível fazer tal pontuação frente às mudanças estabelecidas pela recente publicação da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), as quais poderão resultar na diminuição de ACS contratados, simultaneamente ao aumento de suas atribuições – incluindo nessas dos Agentes de Combate a Endemias. Com o acúmulo de funções e diminuição de

profissionais, a prática realizada atualmente pelos ACS ficará prejudicada, possivelmente inviabilizando a construção de trabalhos semelhantes ao do Agente Comunitário Mirim. Urge colocarmos em discussão as mudanças propostas pela atual gestão do Ministério da Saúde, uma vez que comprometerão o cumprimento das premissas e princípios do Sistema Único de Saúde, colocando em risco a existência de iniciativas impregnadas de potência de produção de saúde e de promoção de saúde mental tal qual a estudada.

Referências

- BARROS, Maria Elizabeth Barros de; CÉSAR, Janaína Mariano. Pesquisa-intervenção em dispositivos participativos: ensejando outras relações entre produção de conhecimento e educação. *Revista Polis e Psique*. v. 5 n. 2. 2015.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamentos de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- _____. **Estatuto da criança e do adolescente: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata**. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.
- _____. Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro, de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2011.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica**, v.34. 2013.
- _____. **Republicação da Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011**. Diário Oficial da União: Brasília. 2013b.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Fórum nacional de saúde mental infanto-juvenil: recomendações: de 2005 a 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
- COUTO, Maria Cristina Ventura. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, Tania (org.). **A criança e a saúde mental: enlacs entre a clínica e a política**. BH: Autêntica/FHC-FUMEC, 2004.
- COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30 n. 4. 2008
- COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política de saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, v. 27 n. 1. 2015.

- COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; & LYKOUROPOULOS, Cristiana Beatrice (orgs). **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: HUCITEC. 2016.
- CORAZZA, Sandra Maria. **História da infância sem fim**. Ijuí: Editora Unijuí, 2004.
- DEL PRIORE, Mary. O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império. In: DEL PRIORE, Mary (org). **História da criança no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2010.
- DELFINI, Patricia Santos de Souza; REIS, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 2. 2012.
- FRANCO, Túlio Batista et al. A produção subjetiva da Estratégia de Saúde da Família. In: FRANCO, Túlio Batista; ANDRADE, Cristina Setenta; FERREIRA, Vitória Solange Coelho (orgs.). **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia de saúde da família**. São Paulo: Hucitec. 2009.
- GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES. 2012.
- GOÊS, José Roberto de; FLORENTINO, Manolo. Crianças escravas, crianças dos escravos. In: DEL PRIORE, Mary (org). **História da criança no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2010.
- IBGE. Porto Alegre. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/porto-alegre/panorama>>. Acesso em 20 jun 2018.
- JESUS, Aideivaldo Fernandes. A institucionalização de um serviço de saúde mental em um município de pequeno porte. In: LABBATE, Solange (org). **Análise institucional e saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec. 2013.
- LABBATE, Solange. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**, v. 8, n. 1. 2012.
- LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPO, Gastão Wagner de Souza (org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2012.
- LOBO, Lília Ferreira. O nascimento da criança anormal e a expansão da psiquiatria no Brasil. In: RESENDE, Haroldo (org). **Foucault: o governo da infância**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015. P. 199-217.
- LOURAU, Rene. **René Lourau na UERJ: análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1993.
- MACEDO, João Paulo; FONTENELE, Mayara Gomes; DIMENSTEIN, Magda. Saúde mental infantojuvenil: desafios da regionalização da assistência no Brasil. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n.1, 2018.
- MERHY, Emerson Elias. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias (orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: HUCITEC, 2013.
- MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o sistema único de saúde. **Saúde debate**. v. 42, n. 116. 2018.
- PASSETI, Edson. Crianças carentes e políticas públicas. In: DEL PRIORE, Mary (org). **História da criança no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2010.
- ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Katia Faria. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 27 n.4. 2007.
- SILVA, Gilza da et al. Práticas de cuidado integral às pessoas em sofrimento mental na Atenção Básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v.37, n.2. 2017.
- SOUZA, Andrea Cardoso. **Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica: um movimento das marés**. São Paulo: Hucitec. 2015.
- STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002.
- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.
- TSZESNIOSKI, Luise de Cássia et al.. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2. 2015.



8

SAÚDE MENTAL E PRÁTICAS INTERSETORIAIS: os Desafios da Transversalidade

Roberta Carvalho Romagnoli
Tulíola Almeida de Souza Lima
Diego Henrique Pastana

Este texto se propõe a discutir a inserção da saúde mental na prática intersetorial, a partir de uma pesquisa-intervenção realizada em Belo Horizonte, Minas Gerais. Prática que ainda possui impasses, apesar da discussão acerca da intersectorialidade na saúde mental ter se fortalecido, sobretudo depois de 2010, ano em que ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersectorial. Nesse encontro, pela primeira vez, houve a convocação oficial dos parceiros intersectoriais (Assistência Social, Direitos Humanos, Cultura, Segurança Pública, Justiça, Economia, dentre outros) para o debate, abrindo a discussão para fora do setor. Essa interseção buscou o desenvolvimento de ações intersectoriais para a melhoria do cuidado em saúde mental no território, visando a promoção de direitos humanos e a conquista de direitos sociais amplos para as pessoas em situação de sofrimento psíquico. O relatório final da conferência indica a necessidade de “[...] estabelecer pactos de compromisso intersectorial entre gestores, profissionais e trabalhadores do SUS” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde, 2010, p.145), além de outras medidas de integração entre atores sociais diversos, como orientadores para consolidação das práticas intersectoriais nas redes assistenciais do território nacional.

Monnerat e Souza (2011), como o relatório citado acima, também defendem a necessidade de um enfrentamento intersectorial no cotidiano das políticas públicas, através da conformação de uma rede de proteção social com a construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais), especialmente em uma sociedade como a nossa, com grandes limites estruturais e imensa desigualdade social. Essa rede tem como propósito enfrentar os complexos

problemas sociais, que ultrapassam a alçada de um só setor de governo ou área de política pública, tornando quase uma imposição a integração entre as políticas.

Nesse contexto, a intersetorialidade é “a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas” (INOJOSA, 2001, p.105). Para de fato se efetivar, essa articulação pressupõe muito mais que agregação de setores pretendendo a integralidade como estratégia de intervenção para a superação das questões em pauta. A intersetorialidade convoca um conjunto de inovações no âmbito da gestão pública, exigindo novas respostas organizativas, a superação das estruturas hierarquizadas e verticais e a criação de novos arranjos institucionais com estruturas horizontalizadas de trabalho, como assinala Bronzo (2010). A autora ressalta ainda que a ação intersetorial envolve alterações tanto nas dinâmicas e nos processos institucionais, quanto no desenho e nos conteúdos das políticas setoriais, não correspondendo somente à junção dos setores das diferentes políticas públicas. Assim, além dessas mudanças institucionais, a intersetorialidade também deve atuar no cotidiano dos serviços como um

[...] dispositivo para propiciar encontros, escuta e alteridade, além de ajudar a explicitar interesses divergentes, tensões e buscar (ou reafirmar a impossibilidade) convergências possíveis. E, que também possa evitar duplicidade de ações e buscar integrações orçamentárias para projetos prioritários, articular recursos, ideias e talentos (AKERMAN ET AL., 2014, p.4293).

Com certeza, as ações intersetoriais burlam a endogenia dos setores envolvidos e não somente convocam a iniciativa dos mesmos, mas exigem, sobretudo, receptividade entre as políticas setoriais, propriedades nem sempre fáceis de serem alcançadas. Conforme Andrade (2006), a ação intersetorial se sustenta na construção de objetos de intervenção comuns entre diferentes setores, para um planejamento integrado no enfrentamento dos problemas identificados. Todavia, como acompanhamos na pesquisa que realizamos, cujos resultados parciais apresentamos nesse texto, o que se observa na prática são muitos conflitos e disputas políticas entre as diferentes áreas e atores envolvidos no processo. Esse quadro pode ser efeito de vários problemas: de um lado a fragmentação

entre diferentes disciplinas, saberes e práticas que se reflete diretamente sobre a assistência; de outro a cultura clientelista, modelos de gestão verticalizados e mesmo, em alguns contextos, a interferência político-partidária no âmbito da gestão e da atenção, que reduz políticas públicas a programas de governo.

Portadora de todos esses problemas, a intersetorialidade pressupõe transversalizar ações no campo social, em sua articulação de vários setores, segundo Monnerat e Souza (2011). Assim, operar em rede nos convoca a sustentação da transversalidade, conceito cunhado por Félix Guattari em 1964, a partir de suas intervenções institucionais, sobretudo na clínica La Borde, com o intuito de evitar leituras e conexões estruturantes, hierarquizadas e tradicionais de submissão vertical e também funcionamentos de conjunção horizontal sem interação, que conduzem a assujeitamentos³⁷. A transversalidade é, portanto, “[...] uma dimensão que pretende superar os impasses, da pura verticalidade e da pura horizontalidade; tende a ser realizada quando a maior comunicação é efetuada entre diferentes variáveis, tamanhos e, sobretudo, nossas diferentes formas” (GUATTARI, 1987, p.96). Desse modo, na transversalidade, vários elementos, conceitos e campos distintos se conectam na tentativa de manter a complexidade da realidade. A transversalidade, necessária para a prática intersetorial, permite deslocamentos, movimentos necessários para que o grupo seja um dispositivo para produzir novas realidades, apoiando novos processos e abrindo-se a outras composições. Desta forma, o grupo se torna um grupo que suporta sua própria criação.

No nosso entender, a transversalidade se conecta com o conceito de rizoma, entendido pela Esquizoanálise como uma rede (ROMAGNOLI, 2017). De acordo com Deleuze e Guattari (1995), essa rede se autoengendra por agenciamentos com os mais variados elementos da realidade, aos quais se conecta e reconecta a todo instante, não se reportando a uma unidade. Essa dinâmica de autoprodução é incessante, remetendo a forças/fluxos que não têm forma e nem limites pré-determinados. Tal concepção permite deslocamentos inventivos que se libertam das estruturas cristalizadas calcadas em normas e

37 A clínica de La Borde, fundada por Jean Oury em 1953, é considerada um marco no tratamento institucional da saúde mental. A partir de 1955 Guattari iniciou seus trabalhos nessa clínica, onde trabalhou até sua morte, em 1992. Situado em um castelo perto de Blois, França, essa clínica constitui um campo experimental para uma série de proposições psiquiátricas alternativas e revolucionárias, partindo da ideia de que é necessário alterar a instituição e suas relações, para não produzir doença mental.

padrões reprodutivos e que impedem a criação; nesse caso, que impedem a sustentação da ação intersetorial.

O rizoma é composto por linhas que se dividem em linhas duras ou molares, linhas flexíveis ou moleculares e linhas de fuga. As linhas duras detêm a divisão binária de setor, profissão, classe social, entre outros, e organizam nossa vida dentro de um tempo historiado e visível. E no caso dessa pesquisa delimitam a atuação de cada política setorial, de cada profissional em sua formação. Essas linhas atuam por classificação e sobrecodificação dos fluxos da realidade, efetuando grandes cortes segmentários e assegurando a homogeneização do rizoma, que é em si heterogêneo. Ao dar determinada ordem à realidade, essas linhas compõem o plano de organização, também chamado de estrato ou segmento, no qual certo consenso relacional foi conquistado, para que a diferença inerente à vida se iguale ou se torne similar. Por outro lado, as linhas flexíveis são responsáveis pelos afetamentos que ocorrem nas relações, criando condições para o estabelecimento de zonas de indeterminação e de agenciamentos. Nas linhas flexíveis, os estratos se encontram mais diluídos, constituindo-se em uma conjugação de fluxos diversos e heterogêneos que outrora se encontravam homogeneizados consensualmente nos segmentos, no caso dessa pesquisa, nos setores que integram as políticas públicas. Desse modo, linhas de outro teor são traçadas nas linhas duras, no plano de organização, realizando fissuras nesses segmentos e contribuindo para a formação de linhas de fuga. As linhas de fuga criam zonas de indeterminação entre os setores e entre as subjetividades, compõem processos de subjetivação que produzem agenciamentos, permitindo aflorar o coletivo e convergindo em processos que arrastam o rizoma para o novo (DELEUZE; GUATTARI, 1995). Conjugam movimentos de desestratificação, afirmam a diferença sustentando processos inventivos e compõem o plano de consistência. Movimento necessário, no nosso entender, para que a intersetorialidade se exerça e deslocamentos institucionais e subjetivos se façam.

Tendo a transversalidade e o rizoma como articuladores teóricos, as discussões que apresentamos a seguir, acerca da relação prática intersetorial e saúde mental são produzidas a partir de experiência de produção de conhecimento/intervenção realizada em uma das regionais de Belo Horizonte e financiada pelo CNPq e pela Fapemig.

Acerca da produção dos dados

Este estudo se insere na linha de pesquisa-intervenção, que se contrapõe às pesquisas científicas tradicionais, objetivando romper com as dicotomias teoria-prática/sujeito-objeto, articulando pesquisador e campo de pesquisa. Em um estudo que é realizado em um trabalho conjunto com a população pesquisada, “[...] a intervenção sempre se realiza por um mergulho na experiência que agencia sujeito e objeto” (PASSOS; BARROS, 2012, p.17), colocando no mesmo plano teoria e prática. Ao examinar a pesquisa-intervenção, Kastrup (2008) enfatiza que seu campo de investigação também constitui o espaço concreto de intervenção, em uma produção coletiva de conhecimento na qual não há um conjunto de regras prontas, mas sim a exigência de uma construção que necessita da habitação do campo de pesquisa e da implicação do pesquisador. Dessa maneira, esse tipo de pesquisa utiliza uma metodologia participativa, cuja transformação é processual e se dá por intervenções de ordem micropolítica nas situações cotidianas, que são em si complexas e determinadas por uma heterogeneidade de fatores e de relações.

A pesquisa-intervenção atua como um dispositivo que persegue a complexidade, a processualidade, colocando problemas, buscando o coletivo de forças em cada situação, alterando o modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo. Nessa perspectiva, o conhecimento emerge do plano de forças que compõe a realidade, ora operando em prol do que já é estabelecido, ora operando a favor de agenciamentos produtivos, de acontecimentos que trazem o novo, de maneira processual e singular. Mas sempre tentando desarticular as práticas e os discursos instituídos, elucidar os processos complexos, as relações despotencializadoras que impedem a invenção, sendo que é nesse jogo que se dá a construção do conhecimento. Desse modo, ao mesmo tempo em que se pesquisa também se realizam intervenções, e o pesquisador contribui efetivamente com os problemas do coletivo pesquisado. A partir dos encontros, das observações, dos afetamentos, da análise da implicação, dentre outros, busca-se micropoliticamente colocar em análise os efeitos das práticas no cotidiano institucional, desconstruindo territórios cristalizados e facilitando a criação de novas práticas, como aponta Paulon (2005) e Romagnoli (2014).

Usando a metodologia da pesquisa-intervenção com o intuito de favorecer a invenção entre as políticas setoriais, trabalhamos em conjunto com a equipe

do Núcleo Intersetorial Regional – NIR Técnico, de uma Regional da Prefeitura de Belo Horizonte. Os resultados apresentados a seguir foram produzidos de forma processual em conjunto com a população pesquisada através da restituição, elemento metodológico essencial para se conhecer os grupos que estudamos. Para Monceau (2012) esse dispositivo nos permite repensar nossas interpretações, além de assegurar que o pacto do trabalho continue ativo entre todos os participantes. A restituição possibilita que os sujeitos expressem o que foi percebido no processo da pesquisa e que essa representação seja usada como um suporte para a reflexão coletiva. Essa produção é inerente ao questionamento de pressupostos e intervenções através do coletivo, o que, no nosso entender, possibilita colocar em análise as instituições e os processos de subjetivação que constroem seu cotidiano - nesse caso, o cotidiano da intersectorialidade. Apresentamos a seguir os resultados parciais de nosso estudo, no que se refere à relação com a saúde mental.

Sobre o território e a prática intersectorial

Belo Horizonte é dividida em 09 regionais administrativas – Barreiro, Centro-Sul, Leste, Oeste, Norte, Nordeste, Noroeste, Venda Nova e Pampulha. A regional estudada faz parte da região sudoeste de Belo Horizonte e é formada por cerca de 30 bairros, com aproximadamente 70 mil domicílios, que abrigam 283.544 habitantes (IBGE, 2010). É composta por 20 Centros de Saúde, 07 Unidades Secundárias de atendimento à Saúde, 03 Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), 01 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), 03 equipes técnicas da proteção social básica regional que atuam em territórios que não tem ainda o equipamento do CRAS e 28 Escolas Municipais, além de equipamentos da área do esporte e cultura.

Atenta às questões do território, à matricialidade familiar e à complexidade dos casos atendidos pelas políticas setoriais em seus equipamentos, a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte instituiu os Núcleos Intersetoriais Regionais (NIRs), vinculados às Secretarias de Administração Regional Municipal, através do Decreto no. 13.660, de 03 de agosto de 2009, com o intuito de promover a intersectorialidade e a descentralização das ações de inclusão social (BELO HORIZONTE. Diário oficial do município, 2009). Na regional pesquisada, foi instituído o NIR Técnico,

em 2013, com o intuito de criar um espaço intersectorial para discussão dos casos graves de violação de direitos afins às políticas setoriais regionais, de modo a agilizar e qualificar a entrega de serviços públicos à população demandante. Há uma equipe permanente, composta por profissionais representantes de cada uma das políticas: educação, saúde e assistência social, e uma equipe volante, composta por profissionais das mesmas políticas que demandam a discussão de casos complexos nesse núcleo, por estarem relacionados ao caso, direta (intervenções específicas com aquela família, na política setorial na qual atuam) ou indiretamente (profissionais que se envolvem nos encaminhamentos que serão acordados na reunião).

O NIR Técnico encontra alguns impasses em seu cotidiano, colocados pelos profissionais, que dificultam a sustentação efetiva das suas ações. São eles: dificuldade com a inserção da ação intersectorial nos planejamentos institucionais; atravessamento de uma mentalidade ainda setorializada e personificada que circula nos equipamentos; desconhecimento dos técnicos da ação intersectorial, que muitas vezes, ao contrário do que esta propõe, é vista como uma sobrecarga de trabalho; ineficiência nos encaminhamentos e acolhimentos; dentre outros.

O modo de funcionamento proposto pelo NIR Técnico convoca, portanto, uma postura profissional receptiva ao conhecimento de outras políticas setoriais e práticas para além das de domínio pessoal, bem como às trocas de saberes entre diferentes categorias profissionais e setores de atuação. Nas discussões de casos é comum observarmos quadros de sofrimento mental associados a diversas vulnerabilidades sociais, o que leva a duas consequências imediatas: de fato, percebemos com frequência sinais de sofrimento psíquico relacionados a situações de violência, privações materiais, dificuldade de acesso a direitos básicos - no caso de famílias pertencentes a camadas sociais muito baixas - dentre outras; e ocorre também demanda de diferentes agentes para avaliações de saúde mental quase de modo indiscriminado, com evidente viés de psicologização e patologização das populações atendidas.

Durante muito tempo o modo-indivíduo de subjetivação, como denomina Benevides de Barros (2009), atravessou as práticas em saúde mental, correspondendo a uma centralização no indivíduo com grande valorização da sua dimensão privada. Essa lógica individual, embora necessária, não é suficiente para as intervenções que acompanhamos no NIR Técnico, pois muitas vezes ela sustenta a cisão com a multiplicidade de composições que fazem interferências

nos casos atendidos. Psicologizar, restringir a questões subjetivas e neutralizar os atravessamentos da vulnerabilidade conduz a endurecimentos, à manutenção das linhas duras do rizoma, impedindo conexões. É necessário estarmos atentos a esses riscos e a estas multideterminações nas discussões sobre prática intersetorial, considerando a legitimação social e cultural que atribui poder aos saberes “psi”, mas evitando que isso conduza a encaminhamentos estereotipados por parte de profissionais que representam o setor mesmo da saúde mental.

Por outro lado, podemos observar a contribuição que as discussões intersetoriais representam para a política de saúde mental, uma vez que o acompanhamento de casos graves requer sempre uma articulação que vá além dos serviços de saúde, associando a política de assistência social e a política de educação, dentre outras, como domínios que também têm o que dizer e o que propor para a sustentação de uma ação conjunta. Associar leituras, diálogos e atuações favorece que o coletivo se exerça de forma transversal e rizomática. Por vezes o vínculo preferencial que um determinado usuário da rede de saúde mental faz se dá com outros pontos da rede, sendo possível que o manejo planejado para o acompanhamento seja feito conforme essas condições, que certamente escapam aos protocolos prévios das políticas. Estabelece-se assim uma lógica de integração baseada nas necessidades dos usuários, com a possibilidade de uma composição mais fluida entre os diferentes atores assistenciais envolvidos. Lógica relacional e não lógica individual, que se sustenta entre setores, profissionais e usuários e acolhe imprevistos e desestabilizações.

Entre setores, profissionais e usuários

Além dos impasses apresentados acima, no que se refere aos usuários, a equipe percebe que um dos riscos é o sentimento de invasão por parte das famílias acerca das ações intersetoriais, uma vez que são muitos técnicos e serviços trabalhando com esses grupos. Embora o NIR convoque uma discussão intersetorial dos “casos problema” - como as equipes designam os casos em que os serviços vêm encontrando graves vulnerabilidades das mais variadas ordens e muitas vezes sem conseguir dar um encaminhamento -, essa discussão em si não garante a construção de saídas inventivas para os usuários.

Nesses encontros, geralmente o encaminhamento dado ao caso se dá pelo serviço no qual o usuário ou a família tenha maior afinidade ou se sinta menos ameaçado, para em seguida associar os outros serviços envolvidos. Com frequência, o serviço no qual isso ocorre é o Centro de Saúde, equipamento da atenção básica em saúde. Nas discussões percebemos que há uma grande demanda para a saúde mental e, no entanto, observamos em nosso estudo uma articulação precária entre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a rede de atenção básica, com pouco diálogo e com dificuldades de comunicação, mesmo havendo um espaço institucional para que essa troca se viabilize. Nesse sentido, observamos um funcionamento horizontal sem interação, como pontuado por Guattari (1987) que impede movimentos conectivos. Desse modo, até mesmo dentro do setor da saúde é necessária uma aproximação entre os níveis de atenção em saúde mental, para que se caminhe para a transversalidade.

Por vezes as demandas feitas a partir de um serviço não são correspondidas pelo outro serviço, o que pode gerar discussões que envolvem aspectos assistenciais e também processos de trabalho e de gestão. Observamos, porém, que quando as gerências entre os diferentes serviços se articulam previamente às discussões de casos específicos no NIR Técnico, isso facilita a orientação de trabalho dos técnicos que efetivamente participam da discussão intersetorial. Estabelece-se assim um referencial que pode facilitar os encaminhamentos em uma mesma lógica, convergindo as ações e favorecendo a sustentação das práticas com responsabilidade compartilhada e ações transversais.

Em relação à participação do CAPS nos espaços intersetoriais, para além do NIR Técnico, concordamos com Amarante e Lancetti (2012) que se trata de algo importante para ampliação e qualificação das ações em saúde mental. Contudo, percebemos que geralmente os CAPS não têm participado ativamente desses espaços, ou por não serem convocados, ou por seus profissionais desconhecerem a devida importância para essas reuniões. Essa ausência impede uma maior qualificação das discussões dos casos de saúde mental e contribui para que os outros setores desconheçam a especificidade dos casos que devem ser acompanhados pelo CAPS.

Entendemos que esses pontos se associam na construção e manutenção de linhas duras, do que está arraigado de cada setor e que formam segmentos rígidos

que se expressam na identidade de cada equipamento e de cada política, ignorando ou desqualificando a saúde mental. Esses embates atuam impedindo que a transversalidade se exerça, a partir da falta de investimento e do desconhecimento dessas outras possibilidades de articulação.

A demanda da saúde mental na atenção básica, nos equipamentos da política de assistência social e da educação são altas, e muitos profissionais não se sentem em condições de lidar com os usuários em sofrimento mental, e por isso solicitam com frequência avaliação na atenção secundária e no NASF. Acreditamos que seja necessário refletir se o encaminhamento excessivo para os profissionais especialistas, justificado pelo despreparo dos técnicos dos outros setores e da atenção básica à saúde, também não ocorre por uma desresponsabilização desses profissionais em relação ao cuidado dos usuários em sofrimento mental. Embora o núcleo estudado tenha nos convocado essa reflexão, com certeza essas questões extrapolam a sua alçada e emergem nas discussões de matriciamento e com outras políticas, fora do espaço do NIR Técnico

Dimenstein e Liberato (2009) discutem que a falta da rede de equipamentos sociais promove a reprodução da lógica setorial, de relações homogeneizantes, a burocratização das práticas dos profissionais e a sobrecarga dos profissionais da saúde. Atestam ainda que a articulação precária entre o CAPS e a rede de atenção básica está vinculada, entre outros fatores, à resistência da equipe do CAPS, por compreender como aumento do serviço, que já é excessivo, e não como uma possibilidade de troca e trabalho conjunto. Nessa direção, a intersetorialidade é vivenciada como um incômodo, em um cotidiano já pleno de tarefas. Essa mesma realidade é denunciada por Cavalcanti e Lucena (2016) que apontam que é comum esses profissionais já contarem com uma sobrecarga de obrigações dentro de seus próprios setores, o que contribuiu para a manutenção do conservadorismo das ações desenvolvidas. Nesse sentido, o rizoma se endurece, formata as práticas, sustentando-se no cansaço.

Os casos que vão para o NIR, quase sempre, se não há confirmação diagnóstica, possuem suspeitas por parte dos profissionais envolvidos de terem relação com saúde mental (transtornos mentais), seja da pessoa referência da família, seja de outros membros da família. Essa questão desvela ainda "(...) a necessidade de um técnico mais próximo da rede de saúde mental estar acompanhando para ajudar a delimitar as condutas e encaminhamentos", como

coloca uma técnica do NIR. O que nem sempre acontece, seja devido à sobrecarga do trabalho ou às dificuldades em manter o atendimento do serviço com o quadro de recursos humanos muitas vezes insuficientes. Esses fatores dificultam a "liberação" do profissional para estar presente nas reuniões com a rede, pois corre-se o risco de prejudicar o funcionamento de rotina da sua unidade.

Por outro lado, a sobrecarga também aparece na questão "Tudo é saúde mental" gerando uma psicologização dos casos que são em si complexos, com atravessamentos das mais variadas ordens: sociais, econômicos, culturais, dentre outros. Entendemos que essa demanda insiste em que os casos sejam tratados de forma individual, no modo indivíduo, como vimos acima, estabelecendo uma composição esvaziada politicamente; e tornam invisíveis as formas de dominação e exploração que perpassam as questões dos usuários em forte vulnerabilidade social. Corre-se o risco de que conflitos e assujeitamentos sejam entendidos como patologia, atuando para a despolitização das relações sociais, privatizando os problemas sociais e políticos. Quando isso ocorre os casos são particularizados em demasia, como se o grupo familiar fosse o único causador dos problemas apresentados. Processos de reprodução de formas dominantes de se pensar a saúde mental, de forma vertical, assujeitando e não potencializando os usuários e os técnicos.

Em relação à atenção ao usuário em sofrimento mental nos diversos equipamentos da rede, é frequente a percepção de que o diagnóstico de sofrimento mental antecede o sujeito, ou seja, quando esse usuário demanda a atenção em algum serviço fora da saúde mental (como as políticas públicas de assistência ou educação), os profissionais dessas áreas interpretam suas demandas e comportamentos como oriundos do diagnóstico de saúde. Essa interpretação configura-se como linhas duras, que se associam para formar lógicas identitárias que impedem processos inventivos. Assim, dificulta-se a percepção de que os outros setores contribuem para aumentar o nível de autonomia dos usuários, favorecendo a construção de cidadania dos usuários em sofrimento mental.

Outro ponto que emerge nos contatos com os profissionais e no acompanhamento das reuniões do NIR Técnico é a falta de uma rede que tenha integração e articulação dos serviços, o que contribui para que os modelos de cada setor vigorem e impeçam ações conjuntas e a aproximação entre cidadania e subjetividade. Essa ausência aumenta os riscos da psicologização da questão

social no acompanhamento das famílias e dos usuários, ao enfatizar o que estes deveriam mudar em sua dinâmica interna, em detrimento de se construírem leituras distintas acerca da multideterminação da sua problemática. Contribui também para a ideia de que “Tudo é saúde mental”, discutida acima, impedindo que a transversalidade se faça, para tentar evitar o risco dos serviços, na prática, continuarem centralizados e distantes das necessidades reais da população brasileira, operando por rupturas e não por agenciamentos, que poderiam viabilizar uma rede rizomática, conectando os mais variados elementos da realidade e dos setores, não se reportando a uma única combinação.

Na execução das políticas públicas, cotidianamente o que prevalece ainda são ações setoriais, que fragmentam a atenção aos usuários dos serviços. Nesse sentido, ter um espaço instituído para o encontro entre os profissionais de diversos setores, inclusive saúde mental, é necessário e fecundo. Acreditamos que esse espaço possui uma potência instituinte, capaz de produzir zonas de indeterminação, de indagação, que podem vir a criar linhas de fuga, concretizando ações coletivas. No entanto, parece-nos que disseminar essa produção no dia-a-dia das práticas e para todos profissionais ainda é um grande desafio.

É necessário fazermos um destaque sobre os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, extremamente frequentes nos casos discutidos no NIR Técnico. Algo que contribui para a insegurança dos profissionais em relação a esse público é o fato de a política sobre drogas ter sido implementada mais recentemente, em relação aos demais equipamentos de atenção em saúde mental, e a coexistência de modelos de atenção distintos, que priorizam a abstinência do uso como principal medida de intervenção ou não (Alves, 2009). Assim, o Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras drogas (CAPS-AD), quando existente, enfrenta dificuldades para inserção na rede, sendo necessários momentos de discussão para pactuação da lógica de atendimento deste serviço com os demais pontos. Em relação aos outros equipamentos, de outros setores, esta dificuldade de integração é ainda maior. Observamos que os participantes do NIR Técnico geralmente pretendem encaminhar os usuários de drogas para atendimento especializado, com poucos critérios clínicos e minimizando os problemas sociais associados ao uso. Assim, a situação de acesso a direitos sociais e cidadania para tais usuários fica comprometida, pois as discussões patologizam, geralmente, todo

tipo de uso de drogas e comprometem o acompanhamento necessário para além da necessidade sanitária que tais usuários porventura tenham.

Nalógica relacional que é tecida entre setores, profissionais e usuários, no espaço do NIR Técnico e até mesmo fora dele, movimentos e capturas se fazem, enfrentando a lógica setorial, a privatização das questões sociais e uma despolitização da saúde mental. Azevedo et al. (2012) apostam, nesse sentido, em processos participativos na defesa de dinâmicas coletivas. Dias et al. (2014) também pontuam a necessidade de superação do modelo reducionista por parte dos gestores e profissionais de saúde, na micropolítica do cotidiano, para o avanço da intersectorialidade. Todavia, não é fácil sustentar desassossegos, dialogar na diferença, ter ações conjuntas e buscar saídas coletivas, linhas de fuga traçadas no encontro com modelos e forças, NIR Técnico e profissionais que por lá circulam com seus complexos casos.

Considerações Finais

Essas experiências abordadas indicam a necessidade de mudanças nos trabalhos realizados entre as diferentes políticas públicas setoriais. Criar lógicas de trabalho rizomáticas, menos voltadas para o centro de cada equipamento ou setor, estimulando atuações mais democráticas e de responsabilidade compartilhada na rede, nos parece uma necessidade premente, ainda que desafiadora. Para tanto é necessário certo reposicionamento dos atores envolvidos, de modo a criar respostas eficientes para os públicos atendidos. Apesar das inúmeras dificuldades relatadas no cotidiano dos trabalhadores das políticas, apostamos na possibilidade de um comprometimento com tarefas micropolíticas que possam ser sustentadas nos coletivos existentes.

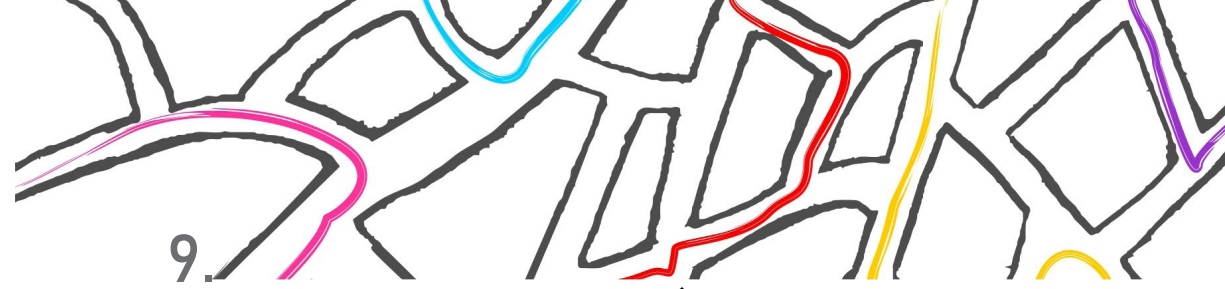
Os trabalhadores da saúde mental, com as inúmeras dificuldades de gestão atual e escassez de financiamento nos diferentes níveis de organização dos serviços, precisam se conectar com o coletivo, seja entre os setores, seja com profissionais ou usuários, na tentativa de criar estratégias de resistências locais, associando grupos, conectando diferenças.

Tratar-se-ia de rearticular os limites entre as práticas assistenciais e as reivindicações políticas, buscando condições de sustentação para uma transversalidade na integração entre os diferentes setores? Diante de tantos impasses, como poderão ser inventadas respostas que indiquem novas formas de

sociabilidade, de modo que a intersectorialidade contribua para uma expansão do campo da saúde mental para outros espaços, além das redes sanitárias, no sentido indicado por Dimenstein e Liberato (2009)? Essas questões apontam para a necessidade de invenção de novos modos de organização das políticas públicas que favoreçam certo reposicionamento subjetivo dos atores envolvidos. Desse modo, os profissionais, compreendendo que as diversas demandas dos portadores de sofrimento mental transcendem os limites de cada setor, terão melhores condições de inserir em seu cotidiano práticas inventivas que incluam os demais setores e os convoque para compor a atenção desses usuários, produzindo ações transversais.

Referências

- ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(11):2309-2319, nov, 2009.
- AMARANTE, Paulo; LANCETTI, Antônio. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In Campos, G. W. et al. (orgs) *Tratado de Saúde Coletiva*. (2 ed. rev. aumentada). (pp. 661-680). São Paulo: Hucitec, 2012.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. A saúde e o dilema da intersectorialidade. São Paulo: Hucitec, 2006.
- AKERMAN, Marco et al. Intersectorialidade? IntersectorialidadeS! *Ciência, saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.11, nov. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104291&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 20 jan. 2015.
- AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi; WESTPHAL, Marcia Faria. Práticas intersectoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1333-1356, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400005&lng=en&nrm=iso> Acesso em 20 jan 2016.
- BELO HORIZONTE. Decreto no 13.660 de 03 de agosto de 2009. Institui os Núcleos Intersectoriais Regionais - NIR, e dá outras providências. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, 03 de agosto de 2009.
- BENEVIDES, B.R. Grupo: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina/Ed. Da UFRGS, 2009.
- BRONZO, Carla. Intersectorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de Belo Horizonte e São Paulo. *Planejamento e Políticas Públicas*. n.35, p.120-159, jul-dez. 2010.
- CAVALCANTI, Patricia Barreto, & LUCENA, Carla Mousinho Ferreira. O uso da promoção da saúde e a intersectorialidade: Tentativas históricas de integrar as políticas de saúde e educação. *Polêmica*, v. 16, n. 1, p. 24-41, 2016.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_final_ivcnsmi_cns.pdf> Acesso em 12 de maio de 2018.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Introdução: rizoma. In *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995, v. 1, cap. 1, p. 11-37.
- DIAS, Maria Socorro de Araújo et al. Intersectorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4371-4382, Nov. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104371&lng=en&nrm=iso> Acesso em 21 abril 2016.
- DIMENSTEIN, Magda; LIBERATO, Mariana T. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: O desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2009.
- GUATTARI, Félix. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE (2010). Belo Horizonte. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310620>> Acesso em 23 out. 2015.
- INOJOSA, Rose Marie. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. *Cadernos FUNDAÇÃO*, São Paulo: Fundação, n.22, p.102-110, 2001.
- KASTRUP, Virgínia. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção In: CASTRO, Lucia Rabello de; BESSET, Vera Lopes (Orgs.). *Pesquisa-intervenção na infância e juventude*. Rio de Janeiro: Trarepa/FAPERJ, 2008, p. 465-489.
- MONCEAU, Gilles. Tecnicas socio-cliniques pour l'analyse institutionnelle des pratiques. In : G. Monceau. (Org.). *Lanalyse institutionnelle des pratiques : une socio-clinique des tourments institutionnels*. Paris: L'Harmattan, 2012, p. 15-35.
- MONNERAT, Giselle Lavinas; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v.14, n.1, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802011000100005&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 20 jan. 2017.
- PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012.
- PAULON, Simone Mainieri. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia e Sociedade*, v. 17, n.3, p. 16-23, set./dez. 2005.
- ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicologia e Sociedade*, v. 26, n. 1, 2014.
- ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Transversalizando as políticas públicas: quando a intersectorialidade torna-se rizomática. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 22, n. 3, 2017, p. 421-432.



9. PESQUISA QUE SE CONSTRÓI NA TRAVESSIA: notas reflexivas e práticas sobre a pesquisa participante

Silvio Yasui
Bruno Ferrari Emerich

O real não está na saída nem na chegada, ele se dispõe pra gente é no meio da travessia. (ROSA, 1994, p.85)

A epígrafe do capítulo é uma frase de Guimarães Rosa, em “Grande Sertão: Veredas”, que sintetiza de modo poético a proposta das reflexões que se pretende estimular no presente texto sobre pesquisa participante.

São algumas notas introdutórias que buscam articular a pesquisa participante à mudança de paradigma na ciência. A partir de um olhar crítico sobre os fundamentos e dicotomias que compõem o modelo científico da modernidade, vislumbra-se a sua insuficiência para contemplar a complexidade da vida, as singularidades e as diferenças que a compõem. Nessa perspectiva de mudança paradigmática, a pesquisa participante surge como uma importante ferramenta. Para dar concretude a essas notas, apresentamos algumas reflexões sobre uma pesquisa participante desenvolvida por um dos autores.

Introdução: sobre paradigmas de produção de conhecimento

Nas últimas décadas, como resultado de um processo histórico construído a muitas mãos, o Brasil vem implementando uma importante mudança da política de saúde, caracterizada por sua amplitude e complexidade: ampliou-se o acesso à saúde, tornando-a um direito fundamental; ampliou-se e complexificou-se a oferta de bens e serviços; implementaram-se incontáveis programas que contemplam ações macro e micropolíticas; e colocou-se o desafio de mudar o modo como se compreende e se produz saúde.

Esse desafio emerge com intensidade no campo da Saúde Mental. No

processo social complexo da Reforma Psiquiátrica, que produziu significativas mudanças na política de saúde mental, há uma dimensão epistemológica que se caracteriza pelo conjunto de questões que se situam na produção dos saberes e demandam a desconstrução dos conceitos fundantes da psiquiatria, tais como doença mental, alienação, isolamento, terapêutica, cura, saúde mental, normalidade, anormalidade (YASUI, 2010; AMARANTE, 2007). Trata-se aqui da reconstrução/invenção de um novo marco teórico e de novos operadores conceituais, não apenas de um novo olhar para o mesmo objeto. Ruptura epistemológica que descortina um campo complexo de dimensões do real e nos instiga a produzir conhecimento sobre as relações possíveis de serem feitas, construídas, tecidas. Produção de novos conceitos para novos problemas e objetos.

Na produção científica e acadêmica, esse desafio, tanto no campo mais ampliado da saúde quanto no campo específico da saúde mental, se apresenta mais complexo, pois trata de enfrentar um modelo de racionalidade que predomina hegemonicamente.

Nascida no século XVII, a racionalidade científica foi moldada na observação sistemática dos fenômenos da natureza, buscando uma regularidade de frequências para o estabelecimento de leis que explicariam essas regularidades, passíveis de se submeterem a testes matemáticos que atestam a sua verdade científica. Touraine (2002) afirma que a racionalidade científica da modernidade não surgiu de uma evolução ou de um acúmulo de saberes, mas da ruptura de uma organização de mundo orientada por um saber contemplativo, teocêntrico, formal e finalista. Essa ruptura criou uma cisão entre o divino, o humano e a natureza. Somente a razão permite operar com os fenômenos naturais para submetê-los ao poder do homem e à sua dominação. O progresso do conhecimento é o progresso do domínio, e o Iluminismo é a passagem do mito à razão esclarecida. O homem afirmou-se como senhor da natureza.

No raiar do século XX, surge um profundo questionamento das bases da racionalidade moderna e, desde então, muito se tem produzido sobre uma crítica ao paradigma científico moderno e à crise que afeta e modifica a produção de saberes em distintos campos (MORIN, 2002; BACHELARD, 2000; PRIGOGINE e STENGER, 1997; SANTOS, 1987; FEYRABEND, 1977).

Um exemplo é a crítica que a Escola de Frankfurt faz especialmente sobre a relação entre o sujeito do conhecimento e o seu objeto, norteadas pela necessidade de dominar e controlar, cujos autores nomearam como Razão Instrumental ou Razão

Iluminista (ADORNO e HORKHEIMER, 1985). Domínio e controle se exercem sobre a Natureza, por meio de uma formalização metódica, matemática, retirando sua força, sua vida: reificando-a. E se exercem também sobre a sociedade, sobre os homens. Os fenômenos da ordem humana submetem-se a essa Razão Instrumental, tornando-se objetos manipuláveis. A reificação do sujeito é a única possibilidade de conhecê-lo.

Já Foucault (1979) nos falava dos ritos e critérios da ciência moderna, afirmando que a Verdade tem instantes propícios, lugares privilegiados, não só para sair da sombra, como também para realmente se produzir. Há uma “tecnologia” dessa verdade: levantamento de suas localizações, calendário de suas ocasiões, saber dos rituais. A racionalidade científica, com seu rigor e critério, constitui um modo de produzir verdades. O laboratório é o *locus* privilegiado dessa produção, onde se executam, sobre o objeto extraído da Natureza, operações de isolamento, esquadrinhamento, controlando circunstâncias e momentos.

É entre quatro paredes que a verdade sobre o objeto deverá ser submetida ao ritual de sua prova final. O rigor científico é garantido pela exatidão e pela frieza dos cálculos e das medições. Da matemática, como lógica de investigação e instrumento privilegiado de análise, têm-se duas principais consequências: a primeira é que conhecer significa quantificar. As qualidades do objeto serão menos importantes do que as características que possam ser quantificadas e mensuradas. A segunda é que conhecer significa simplificar. Ou seja, o método científico assenta-se na redução da complexidade. Para conhecer, é necessário dividir, classificar e, depois, estabelecer as relações entre as partes.

Assim temos modelo, método e linguagem, que caracterizam um regime de verdade, no qual as regras de sua produção são mais importantes do que os objetos investigados. A partir do século XVIII, a racionalidade científica se impôs como modelo global e totalitário. Apenas uma certeza: o da ciência como caminho único para obtenção da verdade, para o processo de sua produção que ignora as formas de conhecimento que não se pautam pelos seus princípios epistemológicos e por suas regras metodológicas.

Esse regime de verdades marca a produção da racionalidade científica médica. Para Madel Luz (2004) a grande contribuição da medicina para a racionalidade moderna é a disciplina das doenças. A doença e o corpo constituem positivities, em objetos do discurso científico moderno, por meio de categorias como: entidade mórbida, corpo doente, organismo, fato patológico, lesão, sintoma etc... Por outro

lado, excluíram-se como questões positivamente tematizáveis a vida, a saúde, a cura. Saúde passará a ser vista como ausência de uma patologia. Os sintomas remitidos, cessados, são o sinal de que a doença foi debelada e o indivíduo está curado. Para a medicina moderna, a saúde nasce da eliminação da doença no corpo dos indivíduos.

Na construção de um outro modo de se pensar a ciência e, por consequência, de transformar o modo de se olhar para o campo da saúde, coloca-se aqui uma crítica radical à sua concepção do objeto, focado exclusivamente na doença, com uma decorrente prática centrada quase que exclusivamente na figura do médico, para uma concepção que busca superar as dicotomias saúde/doença, individual/social, entendendo a saúde como um campo complexo, composto por uma rede de fatores sociais, psicológicos, culturais e biológicos. Nessa concepção, não se busca a preponderância de um determinado fator sobre outro; ao contrário, trata-se de tomar o drama do existir humano em sua complexidade.

Isso significa afirmar que a criação das ferramentas teóricas e conceituais devem estar à altura do desafio proposto por essa complexidade. Prigogine, em um texto com o sugestivo nome de “O fim das certezas”, afirma que:

Assistimos ao surgimento de uma ciência que não mais se limita a situações simplificadas, idealizadas, mas nos põe diante da complexidade do mundo real, uma ciência que permite que se viva a criatividade humana como a expressão singular de um traço fundamental comum a todos os níveis da natureza (PRIGOGINE, 1996, p.14).

Colocar em cena a criatividade nos remete a pensar na arte, que potencializa a capacidade de inventar, de nos oferecer perspectivas ainda não pensadas, pois a criação nasce de um incessante ir e vir entre a ordem, o caos e a complexidade. Guattari (1992) nomeia essa concepção de Caosmose, para marcar uma relação de osmose ou de imanência entre o caos e a complexidade.

Para se pensar essa potencialidade criadora, propõe também um novo paradigma estético, alertando que:

O novo paradigma estético tem implicações ético-políticas porque quem fala em criação, fala em responsabilidade da instância criadora em relação à coisa criada, em inflexão de estado de coisas, em bifurcação para além de esquemas pré-estabelecidos[...] Mas essa escolha ética não mais emana de

uma enunciação transcendente [...] A própria gênese da enunciação encontra-se tomada pelo movimento de criação processual. Isto é bem nítido no caso da enunciação científica, que tem sempre uma cabeça múltipla: a cabeça individual, é claro, mas também cabeça coletiva, cabeça institucional, cabeça maquínica com os dispositivos experimentais, a informática com os bancos de dados e a inteligência artificial (GUATTARI, 1992, p.137).

De outra parte, Boaventura Souza Santos afirma que o paradigma de uma ciência emergente deve apresentar algumas características, dentre essas a de que todo conhecimento é autoconhecimento. Para este autor,

[...] a ciência moderna consagrou o homem enquanto sujeito epistêmico, mas expulsou-o, tal como a Deus, enquanto sujeito empírico. Um conhecimento objetivo, factual e rigoroso não tolerava a interferência dos valores humanos e religiosos. Foi nesta base que se construiu a distinção dicotômica sujeito/objeto (SANTOS, 1987, p. 48).

Especialmente para as ciências humanas, essa distinção nunca foi pacífica, pois seus objetos de estudos eram homens e mulheres, tais como os pesquisadores que se propunham a estudá-los. Para contemplar a distância epistemológica entre sujeito e objeto criou-se uma distância empírica entre ambos.

Há algo mais do que uma suposta e insustentável neutralidade na separação entre sujeito-objeto. Vaistman (1995) argumenta que a racionalidade da ciência moderna se restringiu à racionalidade das categorias e grupos sociais dominantes no mundo ocidental, ou seja, discursos derivados da concepção iluminista de uma razão universal revelam, na verdade, a dominação empírica de uma razão branca, masculina, burguesa e ocidental. A partir de um determinado momento no século XX, os movimentos de afirmação de identidades raciais, étnicas, sexuais, locais, etc... colocaram em questão os discursos universalizantes, produzindo uma ciência a partir de seus olhares, seus lugares, suas histórias.

A produção acadêmica a partir desse olhar das identidades caminha na perspectiva do que Boaventura Souza Santos nomeia como autoconhecimento do paradigma emergente. Assume-se a implicação do sujeito no processo de produção de conhecimento, tendo um caráter autobiográfico. Caracteriza-se como um conhecimento compreensivo e íntimo que nos une pessoalmente

ao que estudamos. O que aproxima a criação científica da criação literária ou artística. Temos assim uma ciência autoral que cria um conhecimento para outros modos de fazer andar a vida e que se traduz em um saber prático (SANTOS, 2001).

A produção do conhecimento a partir das experiências singulares de grupos e indivíduos busca superar a necessidade imperiosa do estabelecimento de universais que revelam a busca pelo domínio de modos únicos de compreensão do mundo e da vida. Assim, busca-se a coexistência e a mistura de códigos e de mundos em diferentes campos, reconhece-se a heterogeneidade. A pluralidade, o particular e o local contrapõem-se a ideias de unidade, de geral e de universal, que constituíam o eixo do pós-modernismo (VAISTMAN, 1995).

O paradigma científico da modernidade com seu modelo explicativo (mecanicista), seu método (experimentalista e dedutivista) e sua linguagem (matematizante) é limitado e insuficiente para contemplar as exigências epistêmicas colocadas por esse desafio de contemplar a complexidade e incluir a subjetividade e as diferenças.

Construir uma política de saúde a partir da desconstrução de um modelo dominante implica também em desconstruir certo modo hegemônico de produzir o conhecimento, superando as dicotomias sujeito-objeto, pensar-fazer, colocando em questão a neutralidade do pesquisar. Trata-se aqui de um esforço de se olhar para o campo do real como um olhar que busca apreender a sua complexidade e o fluxo contínuo do que se está a ver, afetando e sendo afetado. A produção do conhecimento implica em fazeres no momento mesmo no qual ele é construído. Não há a verdade última e não há um momento privilegiado (FOUCAULT, 1979). Ao contrário, o que existe é processo, acontecendo no cotidiano do trabalho, no plano imanente da vida. Há, portanto, uma indissociabilidade entre o pesquisar e o transformar a realidade e o pesquisador.

Propomo-nos a, partindo da vivência dos autores com pesquisas participante, refletir sobre esse modo de pesquisar que aproxima a produção do conhecimento daquilo que lhe é mais caro no campo da saúde: a produção da vida.

Pesquisa Participativa: a aposta na construção de conhecimento

A pesquisa participativa é “uma proposta metodológica inserida em uma estratégia de ação definida, que envolve seus beneficiários na produção de conhecimento” (GABARRÓN E LANDA, 2006, p.113), a partir da qual os pesquisadores trabalham com e para diferentes grupos de interesse, ao invés de atuarem sobre eles (MEYER, 2005).

Trata-se de um paradigma de pesquisa que surge como crítica à insuficiência dos modelos clínicos de pesquisa para investigar fenômenos sociais e realidades complexas e historicamente construídas. Configura-se como uma mudança de modos de pensar e de construir os caminhos para a produção de conhecimento, que faz da pesquisa participante uma importante ferramenta metodológica para a mudança do paradigma científico que apontamos anteriormente.

Alguns autores apontam a polissemia de nomes e sentidos que o termo “pesquisa participativa” pode ter, considerando seu desenvolvimento no contexto latino-americano a partir da década de 60: pesquisa participante, pesquisa-ação, etc... (FURTADO e ONOCKO-CAMPOS, 2008; BRANDÃO, 2006). Mesmo considerando as especificidades e a pluralidade de interpretações dessas terminologias, interessa-nos apontar alguns aspectos gerais a elas.

Como eixo estruturante das pesquisas participativas encontra-se a ênfase na transformação da realidade social das pessoas que nela estão imersas, em uma perspectiva que procura promover os sujeitos participantes a sujeitos de fato, retirando-lhes o estatuto de objeto de pesquisa, a ser investigado e interpretado (GABARRÓN E LANDA, 2006).

Brandão (2006) aponta que a emancipação dos sujeitos que compõem a pesquisa deve ser a maior aposta dessa estratégia: questionar e propor intervenções frente às vivências e realidades vividas, e não unicamente resolver ou encontrar soluções em relação a um problema ou questão específica. De outra forma, abrir a possibilidade de construção de maiores graus de autonomia para os participantes (ONOCKO CAMPOS E CAMPOS, 2006), no sentido de ampliarem as possibilidades de análise e intervenção em suas realidades, de forma compartilhada e corresponsável (EMERICH, 2017).

Falamos, então, de um investimento na perspectiva da construção do conhecimento, que se coloca como crítica ao modelo tradicional de extração

de informações e interpretação ao largo dos objetos de pesquisa e passa para a negociação e proposição de modos de lidar com os problemas, tendo no conhecimento dos pesquisadores uma oferta (a mais) a ser negociada com a práxis e os saberes dos sujeitos que habitam os territórios, que são cotidianamente atravessados pelas problemáticas em questão.

Para Romagnoli e Paulon, trata-se de uma crítica à neutralidade de intelectuais que analisam as instituições de “fora”, como se não fossem atravessados todo o tempo por elas (a universidade, a ciência, a política de ciência, a educação, o Estado):

Interrogando-nos, de outro prisma, sempre acerca dos instituídos cristalizados nos campos de investigação, podemos agregar conhecimentos à realidade que é sempre mais múltipla e plural do que nossas mais diversas e acuradas metodologias possam supor, acrescentando a elas o equipamento sensorial do observador que investiga e sabe que suas posições éticas, políticas, morais, libidinais, fazem parte da realidade investigada (ROMAGNOLI E PAULON, 2014, p.4).

No caso de pesquisas em Saúde Mental, esse desafio se torna mais sensível, uma vez que historicamente os usuários foram e são objetualizados pelos saberes profissionais e pela construção social que deslegitima diferentes formas de sociabilidade e de inscrição social.

A participação de grupos de interesse (ou *stakeholders*) em pesquisas no campo da Saúde Mental tem sido discutida por alguns autores (ONOCKO-CAMPOS et al, 2013; FURTADO et al, 2013).

Para Furtado e Onocko-Campos (2008),

Se a participação popular é elemento vital e constituinte das políticas públicas - sobretudo se quisermos que estas superem seus riscos de degradação e manipulação e efetivamente cumpram sua missão de assistir e empoderar - podemos afirmar então que a participação da comunidade e de grupos de interesse na produção de conhecimentos em torno destas políticas públicas seria igualmente desejável (p.2672).

Para lidar com os riscos constantes de captura, os autores propõem a criação e fortalecimento de espaços participativos de decisão; plasticidade no processo da gestão (desenho, metodologia); atenção para o compartilhamento,

em algum grau, das decisões técnicas; apreço pela diversidade de participantes e pelo cuidado à relação de poder que se estabelece entre eles (diferentes classes profissionais, diferentes funções nos equipamentos).

Tendo em vista o paradigma participativo em pesquisas, apresentaremos na sequência uma experiência em que alguns dos desafios acima discutidos emergiram e convocaram os pesquisadores a se posicionarem frente às mudanças do campo e à aposta na efetiva participação dos sujeitos.

Percursos formativos em Desinstitucionalização: participação e plasticidade metodológica a partir de um campo em movimento

O Projeto “Percursos Formativos na RAPS”, linha de Desinstitucionalização, financiado pelo do Ministério da Saúde e executado pela UNICAMP no município de Sorocaba/SP, foi um processo de formação ofertado a 168 trabalhadores, gestores, usuários e familiares de 6 municípios do Brasil (Rio Verde/GO, Juiz de Fora/MG, Ubá/MG, São Sebastião do Paraíso/MG, Rio Branco/AC e Sorocaba/SP), tendo como proposta a discussão e construção de estratégias de atuação consoantes à perspectiva da Desinstitucionalização.

Naquele momento, em 2014, a região de Sorocaba constituía-se no principal polo manicomial do país, com recorrentes denúncias de violações de direitos humanos (GARCIA, 2012), tendo sido assinado em 2012 um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) que previa o fechamento de sete hospitais psiquiátricos e a adequação da assistência às pessoas com transtornos mentais, com a implantação de uma rede territorial de serviços (EMERICH, 2017).

Atrelado à essa oferta formativa foi realizada a pesquisa “Desinstitucionalização em Saúde Mental: processo de formação profissional e de produção de conhecimento a partir da experiência”, de cunho qualitativo e participativo, que teve por objetivo descrever e compreender tal percurso e construir parâmetros que pudessem subsidiar outros processos de educação permanente ou de formação profissional (EMERICH, 2017).

A formação foi composta por imersão em campo, atividades de dispersão, leituras e aulas teóricas, e construções grupais, tendo como referência experiências anteriores de pesquisa (ONOCKO-CAMPOS et al, 2017).

Interessa-nos aqui dar destaque a duas questões que apontam para a transformação do desenho de pesquisa e do próprio pesquisador no caminho vivo que se delineou a partir do encontro com a multiplicidade de envolvidos, interesses e trajetórias pessoais, tendo como trilha compartilhada o compromisso de atuação segundo os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do SUS.

A primeira questão refere-se ao desenho metodológico da pesquisa, que se baseou prioritariamente nas experiências práticas em diferentes campos, como o Hospital Psiquiátrico Vera Cruz (que se constituía em um Polo de Desinstitucionalização, com prazo de fechamento e a partir do qual eram construídas as saídas dos internos) e outros pontos da RAPS (CAPS Ad, CAPS III, leitos de Saúde Mental em Hospital Geral).

As conversas e pactuações acerca de quais serviços se comporiam como campo prático eram constantes entre Secretaria de Saúde de Sorocaba, Ministério da Saúde (proponente) e Unicamp (executora), assim como também o eram processos avaliativos com os participantes ao final de cada turma. Em cada mês, participavam do processo 20 pessoas.

Durante a realização do Percursos muitos atravessamentos aconteceram no município e, conseqüentemente, na Desinstitucionalização: várias trocas de secretários de saúde e de coordenação de saúde mental, demissão de gestores e trabalhadores das unidades, resistências de diferentes ordens dos setores conservadores da cidade.

Considerando a interface entre clínica e gestão, essas mudanças impactaram diretamente o funcionamento das unidades de saúde e o tratamento dos usuários. Conseqüentemente, também interferiram na imersão dos participantes nos campos: seja na entrada, na participação nas ofertas terapêuticas dos serviços; seja no que o próprio serviço, desestabilizado por esse contexto, poderia compor enquanto campo formativo.

A partir das avaliações e críticas dos participantes, começou-se a pensar em como tornar o desenho metodológico sensível a essas transformações, não previstas no início da pesquisa, sem perder de vista os objetivos que o norteavam.

Assim, a partir do paradigma da avaliação formativa e indutora de práticas (ONOCKO-CAMPOS et al, 2017), foi construído um momento de roda de conversa e avaliação ao final de cada semana, antes da mudança de campo (em cada semana os participantes ficavam em serviços diferentes). A partir do que

ali era discutido, pensava-se em como a continuidade das imersões de cada um poderia atentar às questões suscitadas durante a semana corrente, como (e se) os campos de imersão seriam ofertados às próximas turmas, como construir modos de devolutiva aos campos, a partir do que foi vivido ou visto.

Nesses espaços foi também construído, frente à crítica de desamparo institucional, um arranjo em que profissionais dos serviços servissem de referência para os participantes, enquanto estratégia para responsabilizar as unidades pelo acolhimento dos que chegavam (informações sobre o funcionamento do serviço, convite para participação em espaços/ofertas de cuidado do serviço e da rede, etc...) e envolver os trabalhadores externos nas experimentações profissionais, mesmo que breves, e no compromisso ético junto aos usuários.

Ainda, ao final de cada mês, foi constituído um espaço de trocas entre todos os participantes da turma, os serviços que os receberam, Secretaria de Saúde, UNICAMP e Ministério da Saúde, para devolutiva aos campos, construção crítica acerca de dificuldades ou fragilidades experimentadas, apontamentos de quais experiências vividas serviriam de suporte para práticas quando do retorno aos territórios de origem. Entendemos que isso vai ao encontro de uma posição ética adotada pela pesquisa participativa, financiada com dinheiro público, executada em serviços públicos e por uma Universidade pública: compromisso com a qualificação do funcionamento do SUS e das práticas em saúde e com a proposição de modos de se lidar com os impasses advindos da complexidade das vidas de que nos propomos cuidar.

Procuramos, assim, aumentar a profundidade de participação dos sujeitos (FURTADO et al, 2013), incluindo-os também na avaliação e proposição de desenhos da pesquisa.

Mesmo cientes de que a mudança de curso em pesquisas qualitativas é um pressuposto da própria metodologia (MINAYO, 2012), apontamos a importância da plasticidade por parte dos pesquisadores para estarem atentos a isso, tendo no coletivo um campo de tensionamentos e composições múltiplas que devem ser negociados para a construção e execução do contrato de trabalho, do funcionamento da pesquisa.

Essa escolha traz muitos desafios para nós, pesquisadores, mas assim arriscamos por entender que isso

[...] produz novos modos de pesquisar também para os pesquisadores, que passam a ter menor controle das variáveis na produção e interpretação dos dados e têm que sustentar seu ‘não saber’ coletivamente. Essa perspectiva tem como pressuposto que o conhecimento técnico do pesquisador está atrelado à legitimação do saber de todos os outros atores envolvidos, em uma construção compartilhada (FERRER et al, 2016, p. 115).

A segunda questão se refere ao funcionamento dos Grupos de Apreciação Partilhada (GAPs), que aconteciam semanalmente para a construção de conteúdos relativos ao “Diário de Bordo para Trabalhadores e Gestores em Percursos de Desinstitucionalização” (ONOCKO-CAMPOS et al, 2017), um dos produtos do projeto, mas também para debate e trocas sobre as vivências e experiências profissionais em locais tão diferentes (diferentes municípios, diferentes RAPS, diferentes demandas) que muitas vezes apresentavam impasses semelhantes.

Não se passa impunemente por um Hospital Psiquiátrico, um dos campos de imersão. Os efeitos que esses lugares imprimem sobre as pessoas são obscenos e profundos (EMERICH e YASUI, 2016). Dizem-nos alguns participantes que

A percepção é que se ficassemos mais um dia que fosse lá, nas alas do Vera Cruz, não aguentaríamos mais: enlouqueceríamos. Foi difícil lidar com as pessoas chegando, empurrando, pegando. Nunca tínhamos passado por isso. (Narrativa dos participantes). (EMERICH, 2017, p.103)

Aquilo foi construído como um labirinto, pra pessoa se perder mesmo lá dentro. Eu fiquei perdido ali dentro. Você fica doido só de estar lá dentro. Eu me senti um rato literalmente, só que sem queijo. Sai de lá e parecia que eu tinha carregado um caminhão de areia, de tão cansado. (Narrativa dos participantes) (EMERICH, 2017, p.103)

Pela intensidade do que se vivia, e conseqüente mobilização das pessoas, passamos a perceber que os Grupos, além dos objetivos acima mencionados, deveriam se constituir como espaços de acolhimento e construção de sentidos e singularização da experiência vivida em campo, junto ao coletivo: por meio de retomadas de construtos teóricos que ajudassem a ampliar o escopo de leituras das situações vividas; da lateralização das falas entre os membros e das trocas acerca de modos de lidar com tais situações; de problematizações de histórias

pessoais e trajetórias profissionais que se atualizavam ou eram catalisadas a partir dessa experiência.

Mesmo advertidos sobre as intensidades dessas experimentações, enquanto pesquisadores não tínhamos previsto esse manejo e compreensão quando da oferta grupal.

Foram necessários cuidado e atenção para manter a oferta, com respectivos suportes, mas reconhecer que para algumas pessoas essa posição poderia trazer uma intensidade tal que inviabilizaria a aposta formativa e dispararia ainda graus de sofrimento nem sempre simples de se lidar.

Exponencialmente, para usuários e familiares que compuseram o processo, isso foi especialmente delicado. Para alguns, retornar ou conhecer um espaço manicomial foi interessante, pois ajudou a reconhecer as diferenças de cuidado e o quanto a vida fora de lá fora era mais viva que a vida lá dentro. Para outros, porém, retornar ou conhecer tais espaços intensificava ainda mais o sofrimento.

Tudo isso foi possível de ser percebido pela radicalidade da participação dos grupos de interesse na pesquisa, em consonância com a plasticidade e experiência prévia dos pesquisadores na assistência e pesquisa em Saúde Mental.

Conclusão

A pesquisa em questão ajuda-nos a pensar no quanto nos construímos, como pesquisadores e sujeitos, no encontro com o outro, que ao ser legitimado em seu lugar de sujeito, constitui-se como tal e pode se transformar na relação e transformar a relação.

Dessa pesquisa saímos diferentes de como entramos. Não apenas pelo que ouvimos ou encontramos, mas sobretudo pela posição que ocupamos quando experimentamos a ampliação dos modos de se pesquisar e construir coletivamente conhecimento em suas diferentes fases: avaliação, construção de dados, construção de um dos produtos finais (ONOCKO-CAMPOS et al, 2017); pelas frustrações, cansaços, dúvidas e alegrias que permeiam qualquer negociação; pelos desafios que permanecem, como a ampliação da participação de grupos de interesse também em outras fases de pesquisa (como o próprio desenho inicial e levantamento dos problemas ou temáticas a serem abordadas) e da efetiva voz dos sujeitos nos diálogos.

Brandão (2007) nos alerta para alguns desses pontos, sinalizando que uma pesquisa participante deve ter ênfase:

- a) no retorno ao diálogo com o senso comum das culturas populares e das comunidades de excluídos; b) na ruptura com os velhos modos de pensar, de educar e de investigar a realidade fundados na lógica utilitária do mercado; c) no deslocamento do lugar social da busca de sentidos e de projetos de construção da história do poder totalitário e do mundo dos negócios para a sociedade civil e, nela, para a esfera das comunidades e dos movimentos populares, d) na construção de modelos de educação e de pesquisa fundados no diálogo e na dissolução da hierarquia de competentes desiguais em nome da interação igualitária entre co-criadores diferentes. (BRANDÃO, 2007:48)

Voltando ao “Grande Sertão”, Rosa (1994 ,p.13) escreve que “eu quase de nada não sei, mas desconfio de muita coisa”.

Em Sertões áridos e solitários em que muitas vezes a pesquisa e construção de conhecimento podem voltar-se à reprodução da exclusão de diferentes vozes que não as oficiais ou acadêmicas, a aposta na radicalidade do paradigma participativo pode se colocar como uma possibilidade de desvio, de questionamento de verdades unilaterais e de construções mais plurais e permeáveis às diferenças, reconhecendo seu caráter sempre parcial e provisório.

Adotar essa posição remete à experimentação, por parte dos pesquisadores, de novas posições com o campo, com o outro e consigo mesmo, em uma delicada interface entre necessários parâmetros éticos e metodológicos que embasem sua investigação e a abertura para o desconhecido que surge (ou deveria surgir), quando nos lançamos em novas travessias, no real que se constrói no caminho.

Referências

- ADORNO, T.W. e HORKHEIMER, M. **Dialética do esclarecimento**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985
- AMARANTE P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- BACHELARD, G. **O novo espírito científico**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.
- BRANDÃO, C.R. A pesquisa participante e a participação da pesquisa: um olhar entre os tempos e espaços a partir da América Latina. In BRANDÃO, C.R; STRECK, D.R. (Orgs). **Pesquisa participante: a partilha do saber**. Aparecida, SP: Ideias & Letras. 2006. p.21-44.

- BRANDÃO C.R. Entre Paulo e Boaventura: algumas aproximações entre o saber e a pesquisa. **Proposta**. 2007; 31(113):38-48.
- EMERICH, B.F.; YASUI, S. O hospital psiquiátrico em diálogos atemporais. **Interface (Botucatu)**, vol.20, n.56, p. 207-216. 2015.
- EMERICH, B.F. **Desinstitucionalização em saúde mental: processo de formação profissional e de produção de conhecimento a partir da experiência**. Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP,Campinas, São Paulo. 2017.
- FERRER, A.L.; EMERICH, B.F.; FIGUEIREDO, M.D.; TRAPÉ, T.L.; PARAGUAY, N.L.B.B.; PINTO, C.A.G. Tecendo a história da construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) na visão dos sujeitos envolvidos: o desenho qualitativo da pesquisa com utilização da técnica de grupo focal. **Divulgação em Saúde para Debate [Rio de Janeiro]**, n.55, p.84-117. Mar 2016.
- FEYERABEND, P. **Contra o método**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FURTADO,J.P; ONOCKO-CAMPOS,R. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, vol.24,no.11,p.2671-80. 2008.
- FURTADO, J.P; ONOCKO-CAMPOS, R.T; MOREIRA, M.I.B; TRAPÉ, T.L. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**; vol.29,n.1,pp.102-10.2013.
- GABARRÓN, L.R.; LANDA, L.H. O que é pesquisa participante? In BRANDÃO, C.R.; STRECK, D.R (Orgs). **Pesquisa participante: a partilha do saber**. Aparecida, SP: Ideias & Letras. 2006. p.93-122.
- GARCIA, M.R.V. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. **Revista Psicologia Política**, v.12, n.23, p.105-20.2012.
- GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. São Paulo: Editora 34, 1992.
- LUZ, MADEL T. **Natural, racional, social; razão médica e racionalidade científica moderna**. 2ª ed. rev. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2004.
- MEYER, J. Usando métodos qualitativos na pesquisa-ação relacionada à saúde. POPE, C; MAYS, N (Orgs). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. São Paulo: Artmed. 2005. p.71-86.
- MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002
- ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J.P; TRAPÉ, T.L.; EMERICH, B.F; SURJUS, L.T.S. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. **Saúde em Debate**, v.41, p. 71-83. 2017.
- ONOCKO-CAMPOS, R; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In CAMPOS, G.W.S; MINAYO, M.C.S; AKERMAN, M; DRUMOND, M; CARVALHO, Y.M. (Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p.669-88.

ONOCKO-CAMPOS, R; EMERICH, B.F; PEREIRA, M.B.; GOTO, C.S.; BLANES, L.S.; ROSA-CÔMITRE, A.C.D. **Diário de Bordo para trabalhadores e gestores em processo de Desinstitucionalização**. Campinas: DSC/FCM/Unicamp, 2017.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R (Orgs). **Avaliação em saúde mental: participação, intervenção e produção de narratividade**. São Paulo: Hucitec. 2013

PRIGOGINE, I; STENGERS, I. **A nova aliança**. Brasília: Ed. UNB, 1997.

ROMAGNOLI, R.C.; PAULON, S.M. Escritas implicadas, pesquisadores implicantes: notas sobre os destinos da subjetividade nos desatinos da produção científica. In DIMENSTEIN, M; Leite, J. (Orgs.) **Psicologia em pesquisa: cenários de práticas e criações**. Natal: Editora EDUFERN; 2014. p. 23-42.

ROSA, G. **Grande Sertão: Veredas**. Rio de Janeiro: Editora Nova Aguilar, 1994.

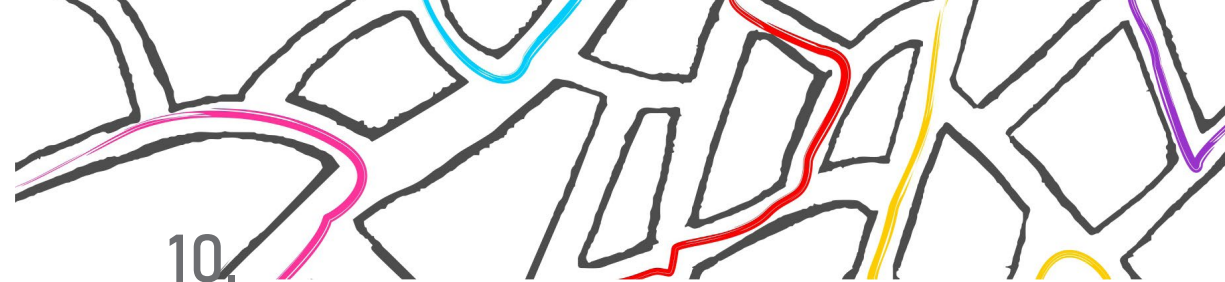
SANTOS, B.S. **Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática**. Volume: A crítica da razão indolente – contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2001.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Ed. Afrontamento, 1987.

TOURAINE, A. **Crítica da modernidade**. 7ª Ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2002

VAISTMAN, J. Subjetividade e Paradigma de Conhecimento. In: **Boletim Técnico do Senac**, São Paulo, maio/ago, nº 2, (21), pp. 1-9, 1995.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.



10. TROCAS ÍTALO-BRASILEIRAS EM PESQUISA PARTICIPATIVA: Entrevista com Dra. Bruna Zani

Simone Mainieri Paulon
Fernanda Goulart Martins

O Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS, representado pelas duas pesquisadoras do Grupo de Pesquisa Intervires, realizou, no dia 30 de março de 2017, uma entrevista com a Profa. Dra. Bruna Zani, Professora titular da cátedra de Psicologia Comunitária na Faculdade de Psicologia da Universidade de Bologna. Seus interesses científicos se voltam para os âmbitos da psicologia social comunitária e da psicologia da saúde, nas quais vem desenvolvendo pesquisas sobre a reabilitação psicossocial para usuários de serviços de saúde mental, participação cidadã, políticas para jovens e o teatro na sua relação com a saúde mental. Sua carreira é marcada pela atuação em cargos de importante representatividade para o ensino e a pesquisa em psicologia, dentre eles o de Presidente da Faculdade de Psicologia na Universidade de Bolonha, de Vice-presidente e Presidente da *Conferenza dei Presidi* das Faculdades Italianas de Psicologia e de Presidente da Comissão Didática de Ateneo, na Universidade de Bolonha. Hoje, a Profa. Dra. Bruna Zani integra a equipe coordenadora do projeto *CATCH-EyoU (Constructing ActiveCitizensHip with European Youth: Policies, Practices, Challenges and Solutions)*, que foi fundado pela União Europeia e reúne instituições de diferentes países da Europa, promovendo pesquisas e inovação para engajar jovens e apoiar a cidadania ativa, e também o projeto *“Designing Collaborative Educational Resources (COERS) for Assets-Based Community Participation (ABCP) across Europe” (ASSETSCOM)*. Suas pesquisas e a participação ativa junto às instituições que regulamentam e discutem o ensino em Psicologia na Europa contribuem com a construção de um modo singular de praticar a pesquisa e a docência. Atualmente a professora é membro do Comitê Executivo da Associação Europeia de Psicologia Comunitária (*Executive Committee dell’European Community Psychology Association - ECPA*), do Conselho Executivo da Federação Europeia de Associações de Psicólogos

(*European Federation of Psychologists' Associations* - EFPA) e, desde o ano de 2012, é Presidente da Instituição G.F. Minguzzi (cidade metropolitana de Bolonha), que há quase 40 anos se constitui como centro de estudo e documentação da história da psiquiatria e da marginalização social.

A entrevista ocorreu junto à visita técnica que as pesquisadoras do PPGPSI-UFRGS realizaram junto à Universidade de Bologna, após o seminário ministrado pelas mesmas, que promoveu trocas ítalo-brasileiras acerca das metodologias participativas em pesquisa. Ainda no *Alma Mater Studiorum*, situado no Polo Científico Didático de Cesena, onde se localiza a Faculdade de Psicologia da Universidade de Bologna - UNIBO, as entrevistadoras propuseram a continuidade das trocas entre os Centros de Pesquisa, agora com o objetivo de conhecer as intersecções entre temas e perspectivas metodológicas nos estudos brasileiros e europeus e os desafios que as pesquisas participativas em psicologia social apresentam atualmente.

Entrevista

Entrevistadora Simone Paulon (Ent. SPaulon): Dra. Zani, agradecemos muito pela sua disposição em nos receber na Universidade e abrir-se também para trocas tão ricas como as que já pudemos experimentar no Seminário de Intercâmbios que fizemos esta manhã. Gostaríamos de conhecer mais sobre sua trajetória acadêmica para acompanhar ao processo de construção das pesquisas em Psicologia Social aqui realizadas.

Professora Bruna Zani (Profa. BZani): Certo. Eu sou graduada em Ciências políticas, Sociologia, e me aproximei da Psicologia Social fazendo um desdobramento dessa área. Fiz toda a minha carreira na Universidade de Bolonha, como pesquisadora, depois como professora associada, e depois ainda como professora ordinária [equivalente a professora titular em carreira acadêmica no Brasil]. Desde 2000, sou professora titular de Psicologia Social. Desenvolvi muitas tarefas desde então, especialmente em nível institucional. Fui diretora de faculdade, na Faculdade de Psicologia, de 2002 a 2008, Presidente da comissão didática de todo o Ateneu de Bolonha, durante o período da presidência. Naquele tempo, existiam 21 faculdades na UNIBO. Depois, aconteceu a reforma universitária que aboliu as faculdades, dando maior peso aos departamentos e criou as escolas, que são estruturas de união entre

os departamentos, para aplicar a didática. Em Bolonha existem onze escolas. Uma delas se chama Escola de Psicologia e Ciências da Educação, e eu fui presidente dessa escola, de 2012 a 2015, até outubro de 2015. Agora, sou apenas docente (risos). Depois de tantos cargos, falei: Basta! E resolvi ser apenas docente. Em realidade fui também presidente da Sociedade Italiana de Psicologia de Comunidade, porque no âmbito da Psicologia Social, esse grupo que vocês conheceram no seminário, composto pelas professoras Elvira Cicognani, Cinzia Albanesi e eu, ocupa-se da Psicologia Comunitária, que está dentro da Psicologia Social. Promoção da saúde e psicologia comunitária, esses são os temas que ensino. Fui Presidente da Sociedade Italiana de Psicologia de Comunidade (SIPCO), ainda faço parte do *Board* da Associação de Psicologia Comunitária Europeia, a *European Community Psychologi Association* (ECPA), e eu estou no *board* da psicologia comunitária. Tentamos, em nível europeu, estar presentes, como Psicologia Comunitária Europeia, estamos em contato com a *Community Psychology*, nos Estados Unidos, temos ligações com Austrália, com África do Sul e com o Brasil. Em Belo Horizonte, quando estive lá, expliquei sobre a psicologia comunitária que estávamos fazendo aqui, que entendo ser um pouco diferente da que vejo desenvolver-se no Brasil. Também é importante nossa ligação com a Colômbia. Há dois anos estou no *Executive Council* da Federação Europeia de todas as associações de psicologia, que é a *European Federation of Psychologists Associations* (EFPA), que reúne trinta e seis países europeus. Essa Federação tem sede em Bruxelas, tem um *Executive Council* formada por sete pessoas, e eu sou uma dessas pessoas. Então, agora me ocupo muito de Europa.

Entrevistadora Fernanda Martins (Ent. FMartins): Mas essa federação não é Psicologia Comunitária?

Profa. BZani: Não, é de Psicologia. Fazem parte dessa federação 36 associações nacionais de psicólogos. Então, na Psicologia italiana, tanto no que se refere à atuação acadêmica quanto profissional em diferentes áreas, formou-se uma única associação, e essa associação faz parte da Federação Europeia, assim como a Espanhola, a Russa, a Norueguesa, a Finlandesa; são trinta e seis, inclui quase todos os países, sendo que algumas associações são de países que não fazem parte dos vinte e sete que compõem a União europeia. A Ucrânia, por exemplo,

pediu para fazer parte. Então, é algo análogo do que já existe nos Estados Unidos e na América Central.

Ent. FMartins: A sua experiência e participação junto às questões da psicologia em diferentes lugares do mundo vem gerando interesse por quais temas de estudo?

Profa. BZani: Vêm surgindo novos problemas principalmente relacionados à imigração. Refugiados que vêm em busca de asilo, da África, ou dos países da Ásia. Em nível europeu, quando pedem contribuições, requisitam médicos, psiquiatras e psicólogos, aqui na Federação que, justamente, reúne a psicologia na Europa. Então, são intercâmbios importantes, e ali se fazem uma série de atividades, para fazer entender o que pode fazer a psicologia pela Europa, e o que pode fazer a Europa pela psicologia. Quanto aos temas que me interessaram e interessam para a pesquisa, a adolescência sempre foi um tema do qual estive próxima. Desde o início da minha carreira, segui sempre essa temática dos adolescentes no seu contexto; suas relações com os pais, a sexualidade na adolescência. Isto porque, no início, chegaram pedidos, ou seja, não escolhi: “Agora vou me dedicar aos adolescentes”. Chegaram pedidos de colegas que trabalhavam nos serviços de base, que são como serviços de saúde em que se atende em uma perspectiva da família. Chegavam até lá as adolescentes já grávidas, e na nossa cultura, uma adolescente grávida não é considerado norma, não faz parte da cultura justamente porque é adolescente, e então os psicólogos que eram os meus colegas se perguntavam: “Mas, por que as adolescentes não vêm buscar o serviço antes?”. Estamos num país católico, no qual a contracepção (estou falando de vinte anos atrás) era proibida pela Igreja, mesmo que nós não frequentássemos a Igreja. Havia esta marca muito forte da Igreja Católica, que proibia a contracepção. E existiam alguns serviços, que se chamavam consultórios familiares, onde se podia atender adolescentes. Porém, as adolescentes não iam. “Que vá minha mãe, eu não vou, eu sou pequena” (risos). Outra solicitação que nos era apresentada era por parte dos pais com filhos adolescentes, que não sabiam mais o que fazer, ou como se comportar com seus próprios filhos. No entanto, continuam a chamar seus filhos de menino. “O meu menino”, mesmo que o “menino” tenha 20 anos, 25 anos. (Risos) É um menino. “O meu menino, a minha menina”. É, sobretudo, uma geração de pais que se consideravam incapazes de ser pais. Então, o tema era o da paternidade. Pediam ajuda, com perguntas do tipo: “Eu não reconheço mais o meu

filho!”; “Não sei mais quem é o meu filho, não sei mais quem é minha filha!”; “Não fala comigo”. Nós oferecíamos o serviço de consultório. Eles, no entanto, não ficavam muito contentes, porque diziam: “Por que minha filha deve ir falar com uma psicóloga e não fala comigo?”. Era necessário explicar a eles que os filhos têm necessidade de um espaço, de autonomia, de desapego. A partir disso, deu-se uma intervenção voltada a estabelecer encontros com os pais, uma série de encontros nos quais se pudesse falar com os pais das várias temáticas em que, obviamente o tema fundamental era a comunicação pais-filhos, a tomada de decisões, o espaço a ser deixado aos filhos, E, sempre para os pais dos adolescentes, outro tema importante é o relacionado ao uso de drogas. Por um lado, com a internet, agora tem o *bulling* e o *cyberbulling*. De qualquer forma, são temáticas pelas quais se chega na psicologia para pedir intervenção. Inclusive as escolas, pedem intervenção, principalmente quando se refere à droga e ao *bulling*. Sabemos que, de certa forma, sempre existiu o fenômeno do *bulling*, também nos meus tempos, por exemplo. Porém, agora se tornou um fenômeno de larga escala, e por isso é mais falado. São muitos os episódios violentos de agressividade. Assim como o suicídio, quando levado à mídia e à internet. Esses fatos acabam nos jornais, viram crônicas. Assim, esta é uma linha que segui, sobre a adolescência, que vem sendo transversal até agora; foi o argumento da família, as relações pais-filhos, das questões na escola, até termos chegado, então, no discurso da participação: isto é, os adolescentes e sua forma de tornar-se autônomos, de alcançar a autonomia. Daí em diante, venho pensando o tema da participação, tanto em jovens mais adolescentes, quanto mais adultos. Isso nasceu de várias pesquisas que fizemos, depois se concretizou num projeto europeu sobre a participação, já que vinha sendo um dos temas indicados pelos editais que a Comissão Europeia faz periodicamente por toda Europa para projetos de pesquisa: a participação política e cívica³⁸ dos jovens. Partimos da compreensão de que é preciso pensar além dos extremos estereotipados: jovens ou cidadãos que participam ou que não participam. Existem modos de participação intermediários. Nem sempre quem não participa se

38 A diferenciação feita pela entrevistada entre “Participação Cívica e Política” é um dos eixos das produções da pesquisadora que apresenta uma tipologia das variações identificadas nos modos de envolvimento político abrangendo desde uma forma individual de não-participação (não votar, evitar de falar de política, considerá-la desinteressante...) até a participação ativa em coletivos que protestam publicamente junto a entidades ou movimentos sociais organizados para ocupações, greves e mesmo ações de desobediência civil. Dentre essas, a autora considera a participação cívica como um modo de fazer “política latente”, onde se incluíam as atitudes de interesse em relação à vida pública, até ações concretas de doações beneficentes e participações em debates virtuais, porém de modo menos ativo que na “participação política manifesta” em que se incluem ativismos formais parlamentares e extra-institucionais (ocupações, por ex). Para melhor compreensão do tema sugere-se leitura do capítulo “Coinvolgimento cívico e partecipazione politica: una tipologia” em livro de divulgação dos resultados da pesquisa acima referida (ZANI, 2011).

coloca de forma passiva. Os não participantes podem também eles ser ativos, na forma deles. Um exemplo: Eu não vou a votar, nas eleições políticas, como dizer: “Isto é um cidadão passivo, porque não participa!”? Ou então: “Voluntariamente não vou a votar!”, e isso se torna um ato de protesto, o fato de não ir a votar. Desse ponto de vista é uma atitude positiva, e o mesmo ato ser entendido como politicamente ativo.

Ent. FMartins: Ah interessante, seria a não-participação como forma de resistência!?

Profa. BZani: Exatamente! Ou então a posição de quem fica esperando para ver. Não quer dizer que fico decididamente passiva. Não é isso. Eu me interesso, mas espero para ver. Nesse sentido, estou parada, observando, mas, estou interessada. Não assumo logo uma posição, porque quero entender como se desenvolve a coisa. Então, existe uma categoria particular.

Ent. SPaulon: Aqui poderíamos entender como algo do tipo: “Assumo a posição de não querer estar lá”?!

Profa. BZani: Sim. Um modo de dizer: “Não quero estar lá, não quero ser classificada como os demais. Faço algo diferente...” São todas nuances nesse meio de ativos e passivos, que são colocados numa continuidade. Não é dicotômico, mas é uma continuidade. Esse esquema nos serviu um pouco para refletir, entender um pouco como nos mover junto a tais populações. E ajudou também a analisarmos os preditores da participação, isto é, quais são os fatores que predicam a participação. Depois, pensar sobre as contribuições acerca daquilo que nos interessava sobre a participação. Pode ser importante, por exemplo, se na família se fala de questões políticas, se os pais fazem voluntariado, ou participam de movimentos... Isto é, como amadurece, como acontece o interesse de alguém pelos temas políticos ou pelos temas cívicos. Porque, na realidade, neste momento, existe um rechaço na Itália, como também em outros lugares, à política tradicional, isto é, àquela dos partidos. Existe, no entanto, a busca por outras formas que vão desde o fazer grafites, através do qual dizem “Não, basta com isso”, “basta com aquilo”, “melhor é isso”, manifestando-se de diversas maneiras. E depois tem também a participação cívica, entendida como política latente, a participação política, que pode

ser, porém, como se diz aqui, política formal, ou então legal ou ilegal; é um pouco mais articulada. O que nos interessava entender é se existiam diferenças entre os adolescentes e os jovens. Os adolescentes, para nós, são aqueles de 16 a 18 anos de idade, 18 ou 19, enquanto que os jovens-adultos, são aqueles que vão dos 20 aos 26 anos. Os de 20 a 26, em todas as realidades europeias, quando são estudantes, já estão nas universidades. Antes, no entanto, estão nas Escolas Superiores, nas escolas secundárias. Inclusive, até os 18 anos são menores, isto é, não têm o direito de voto, então, como se manifestam? A diferença de idade, de gênero, segue existindo esta classificação em pesquisa. No geral, nos homens, são mais presentes em nível de participação política, já as mulheres mais presentes em nível de participação cívica. Agora, as diferenças não são muito evidentes, mas continuam a existir. Isso, para nós, se justifica nos sistemas de socialização. Ou seja, a mulher, desde pequena, é socializada para cuidar. E, assim, o cuidado é um trabalho que é considerado tipicamente feminino. Por isso, no empenho cívico existe toda essa parte, referente também ao cuidar. Enquanto que o homem não é motivado a isso, na nossa socialização, como um dado cultural todo estereotipado, que passa por tantos aspectos de socialização, desde como se veste uma criança, rosa ou azul, os brinquedos que se compra a eles. O outro elemento que se estuda para compreender a participação política e cívica é, evidentemente, a escola. Porque a escola pode ser um lugar, um contexto no qual se podem exercitar formas de democracia, entre aspas, ou não. Se o docente é autoritário, se permite o diálogo, se na escola se pode falar, ou se não se pode falar. Se se fala de certos temas, ou não. Existe a experiência de ser representante de turma, por exemplo. Dá a oportunidade de participar de forma mais ativa. Estes são todos preditores. Em muitas realidades, existe um grande engajamento em nível de voluntariado, que é muito forte entre os jovens, enquanto que há 20 anos não havia.

Ent. FMartins: Essa questão do voluntariado é uma diferença importante em relação ao Brasil.

Profa. BZani: Sim, porque no Brasil parece ser outra importância dada ao voluntariado. Aqui, muitos jovens fazem voluntariado. Experiências várias, de vários tipos, mas fazem muito isso. Depois, tem também os grupos dos quais adolescentes participam. Se alguém faz parte de um grupo, por exemplo, num âmbito católico, ou dos escoteiros, esses movimentos fazem todo um apelo, uma pressão com relação ao

cívico, ao sentido do cívico, que é a forma de certo tipo de voluntariado, e que, todavia, é uma forma de participação. Cada contexto tem os seus problemas. Por exemplo, para nós, anos atrás, por algum tempo, os imigrantes eram crianças, que estavam na escola. Depois se tornaram grandes. Nesse meio tempo, tornaram-se adolescentes, jovens adultos, e começavam a reivindicar direitos, porque não se reconheciam como cidadãos, e efetivamente, se não têm o direito de voto, é justo requerê-lo. E há uma complexidade, porque, por exemplo, é permitida a votação para estrangeiros no município, mas não nas eleições políticas. Isto é, não podem votar no Parlamento Italiano, mas podem votar no Prefeito da cidade. Isto é possível em algumas cidades. Mas, é como dizer: dou-te algo para você ficar feliz e não incomodar...

Ent. SPaulon: E quanto à temática da saúde mental? É um tema de interesse dos grupos a que a Sra. se refere?

Profa. BZani: É uma outra temática da qual nossas pesquisas também têm se ocupado. Por muito tempo me ocupei de saúde mental. Fizemos uma pesquisa, aliás, várias pesquisas, na época do encerramento dos manicômios, na época da lei Basaglia, sobre o tema da desinstitucionalização, em um momento em que haviam fechado os manicômios para novos ingressos, mas dentro havia ainda milhares de pessoas. Então, esses milhares de pessoas, aos poucos foram ajudadas a sair. Ora, nós acompanhamos, por algum tempo esse processo de desinstitucionalização, na cidade de Imola, que fica entre Bolonha e Cesena, que era a cidade dos loucos, porque era uma cidade muito pequena que tinha dois manicômios. Em Imola, ou se era louca ou enfermeiro dos loucos (risos). Bem, dois manicômios com milhares de pessoas, que chegavam ali de diversas partes da Itália. Em Bolonha tinha outro manicômio, grande. Perto de Bolonha havia mais três ou quatro. Então, se vivia em função da doença mental. O fechamento desses manicômios fez com que se começasse a interessar pelas milhares e milhares de pessoas que estavam dentro, e que deviam ser ajudadas a sair de lá, com o processo de desinstitucionalização, que significou para nós, na nossa realidade, algo muito avançado. Vinte anos levamos para construir a saída de todos aqueles que estavam dentro. A Lei Basaglia era de 1978, mas os manicômios foram fechados, de fato, esvaziados, em 2000. E os manicômios judiciais foram fechados apenas há dois anos na Itália e, ainda, com polêmicas infinitas. E até porque

a realidade do Norte da Itália é diferente da realidade do Sul. Não é igual por toda Itália. Então, nós seguimos esses processos de desinstitucionalização, ou seja, essas pessoas deviam ser acostumadas com a reconquista da própria autonomia, inclusive na questão da gestão do dinheiro, porque nos manicômios não se usa o dinheiro, no manicômio se usa a troca: você me dá o cigarro e eu te dou comida, por exemplo. Deviam ser reabilitados a ter dinheiro, a gerenciar esse dinheiro, a vestir-se, a limpar-se, a andar limpos; autonomia pessoal, de mover-se, de sair, de se relacionar com as pessoas. Compreender que não se trata todo mundo por *tu*, não se trata todo mundo igual³⁹. Então, foi feito um trabalho de reabilitação dessas pessoas das quais, algumas que podiam voltar para suas famílias, mas alguns estavam no manicômio há 20 ou 30 anos, e as famílias não queriam mais saber deles ou, em alguns casos, não se encontrava mais as famílias. A partir daí fizeram-se comunidades para esses pacientes psiquiátricos. Pequenas comunidades nas quais conviviam cerca de uma dezena de ex-internos do manicômio, junto com alguns operadores, espalhados um pouco pelo território. Aqui fizemos alguns trabalhos, algumas intervenções. Essas pessoas foram ajudadas a sair, acompanhadas no seu percurso fora dos manicômios. Existe todo um contexto: logo vinha o descontentamento dos vizinhos, “Vão colocar loucos aqui, nós não os queremos”. O discurso do estigma, que acompanhou a doença mental desde sempre, existe ainda. Da percepção daquilo ali, fizemos um pouco de pesquisa sobre essa temática para entender como aconteceria a desinstitucionalização, por exemplo, entrevistando os vizinhos, os representantes do município que hospedava essas comunidades, os operadores que trabalhavam; inclusive, sobre os operadores: uma coisa é trabalhar dentro do manicômio e outra é trabalhar fora. Outro tipo de trabalho. Então, fizemos um trabalho sobre os enfermeiros psiquiátricos, uma pesquisa, na província; trabalhamos sobre a desinstitucionalização.

Ent. FMartins: O que a Sra. diria que esses processos de pesquisa têm encontrado de mais interessante em seus resultados?

Profa. BZani: Nessas pesquisas que fizemos, nós fomos ver o que acontece de verdade na comunidade, fizemos questionários, grupos focais, com o objetivo de entender o que estavam fazendo, porque o faziam. Interrogamos um pouco

³⁹ NdT: no italiano, o “tu” é utilizado apenas para tratamento em relações extremamente informais. No dia a dia, na rua, com conhecidos, usa-se apenas a segunda pessoa do singular, o *Lei*, que poderia ser comparável ao que, no português, se aplica quando utilizada a expressão “o senhor” ou “a senhora”.

com algumas fórmulas sem nenhum objetivo de intervenção, porque usamos instrumentos tradicionais. A novidade consistia no fato de estarem todos juntos, no fato de compartilhar um quadro de referência comum em nível europeu. E não é fácil, porque cada um pensa um pouco a partir de perspectivas diversas e o fato de tentarmos colocar em conjunto e confrontar realidades diferentes, seja dos autóctones (os que nasceram no país), seja das minorias étnicas. Por exemplo, nós falamos com os rapazes do Marrocos, os marroquinos, que estão aqui na Itália, e os comparamos com os jovens marroquinos que vivem na Bélgica. Isto é, a mesma etnia, que se colocou, porém, em dois países europeus diferentes. Com diferenças obviamente enormes, porque os marroquinos na Bélgica falam francês, que é a língua deles, já os marroquinos na Itália, devem aprender o italiano. Já se produz um problema linguístico, que não é pouca coisa. Também um problema de cidadania, porque na Itália não tens a cidadania italiana, se tu vens de outro país, porque aqui funciona o *ius sanguinis*, ou seja, se tem a cidadania se se é filho de italianos, enquanto na Bélgica não é assim. Logo, percebe-se que, quando esses jovens imigrantes completam os dezoito anos, começam a dar-se conta dessa diferença que antes, sendo crianças não percebiam. Quando se dão por conta que não são cidadãos, não têm o direito de voto, não têm direitos; falam italiano, porque estão na Itália há 10 anos, vieram quando tinham 2 ou 3 anos, passam a reivindicar seus direitos, querem ser reconhecidos como cidadãos. Outro exemplo que posso lhes dar é de uma pesquisa feita em 2008, portanto, 30 anos depois da Lei 180 [Lei da Reforma Psiquiátrica italiana], faz bastante tempo. Foi uma pesquisa utilizada como instrumento para validar o andamento e a eficácia dos serviços de saúde mental. Um dos grandes temas que tivemos a estudar sobre esses serviços alternativos ao manicômio, era entender se funcionavam e como funcionavam. Isto é, compreender se foram eficazes efetivamente. Com os manicômios, se sabia o que se estava fazendo, e se sabia que não eram terapêuticos. Então, saber se as alternativas que havíamos pensado serviam para a reabilitação dessas pessoas era um grande tema, porque ninguém sabia como fazer. Aqui já se começava a falar da *Recovery*. A *Recovery* era outra palavra equivalente à Resiliência hoje em dia. Foram feitas tantas pesquisas, muitas e muitas teses a respeito. Vocês, no Brasil, estão fazendo todos os percursos da reforma psiquiátrica, tentando entender o que se fez como alternativa às práticas manicômias. Se essas alternativas foram

eficazes, o que se podia fazer para superar velhos modos de atenção... Aqui, sobre o discurso da saúde mental, foram feitas em Bolonha muitas coisas, mas diferentes das que se fizeram em Trieste, por exemplo. Depois, tornou-se uma espécie de competição entre quem é mais “basagliano” que Basaglia. (Risos).

Ent. SPaulon: Quais diferenças lhe parecem significativas na experiência de Bolonha, por exemplo, que é seu campo das pesquisas prioritário?

Profa. BZani: Aqui em Bolonha houve, efetivamente, várias experiências ligadas a esse tema. No Roncati, manicômio fechado definitivamente 20 anos depois da Lei, foi uma delas em que nosso centro de pesquisas atuou fortemente. Isto é, ele foi fechado imediatamente, mas nós dizemos assim porque, em 1998, ainda havia pessoas que moravam ali, e não sabiam aonde ir. Então, fizemos essa pesquisa sobre a percepção do usuário do serviço de saúde mental. Atuamos na pesquisa em três bairros de Bolonha, para entender o que se pensava. Foram feitas entrevistas aos comerciantes, por exemplo. Isto é, aqueles que tinham bares, aqueles que tinham suas lojas ali, na rua perto do manicômio, porque eles viam os internos continuamente. De fato, eles diziam: “Eu sei logo, quando vem um aqui, se é do manicômio... Eu sou um psicólogo, dizia, como você (risos)”. Eu perguntava: “Ah é? Como faz?” E respondiam: “Sim, porque eu olho nos olhos e entendo quem é...” (risos). Uma espécie de universidade da vida... De qualquer forma existia uma notável diferença. Entrou uma jovem que fez a tese agora e refez essa pesquisa 20 anos depois. Encontramos diferença entre os vários bairros de Bolonha. O manicômio ficava numa área central, e nesta área, em relação a um bairro nobre, que não tinha serviços de saúde mental, também existe diferença. Quem mora em um bairro mais longe, onde não há convivência com o louco, ainda tem uma visão muito estereotipada dos doentes mentais: como imprevisíveis, perigosos... Dizem: “E se acontecer alguma coisa? Eu chamo a polícia?” “Por que fecharam os serviços do manicômio? Eles deviam estar ali...”. Então, existem ainda algumas diferenças de percepção bastante evidentes. Nossas pesquisas trabalhavam muito nessa temática da relação dos cidadãos com os ex-internos.

Ent. FMartins: E como surgiam tais demandas investigativas? Que tipo de pesquisas foram essas? Como se desencadeavam?

Profa. BZani: Esta, por exemplo, foi uma pesquisa que nos foi solicitada pela província, então de um órgão público, para entender o que poderiam fazer. Com efeito, nós, no final fazemos recomendações aos políticos, aos administradores, mas não quer dizer que tenhamos feito uma intervenção. Fizemos uma indagação cognoscitiva daquilo que é, e depois ali se avançou, porque, por exemplo, em Bolonha foram criadas associações de usuários, de familiares de usuários. Ou seja, uma vez que se fecharam os manicômios, e que essas pessoas voltaram para suas famílias, ou fora, a família teve de se responsabilizar, e por isso nasceram algumas situações inclusive bastante conflituosas, no sentido que os familiares, muitos se sentiram abandonados. Era uma cobrança do tipo: “Como assim? Vocês nos devolveram eles e agora ninguém nos acompanha?!” Incapazes de gerenciar as situações de crise, e os serviços não estavam mais lá à disposição do mesmo modo. Então, não foi fácil. Outras associações de familiares de usuários, no entanto, se organizaram e criaram associações em nível local, regional e nacional, e se tornaram os interlocutores dos políticos e dos administradores. Por isso, quando se devia decidir sobre questões relacionadas à saúde mental, as associações de familiares eram interpeladas. Isso é muito importante. Depois, alguns familiares participaram inclusive de cursos e se tornaram ponto de referência para outros familiares, passaram a ser considerados os peritos. Desse modo, foi acontecendo a colaboração dos usuários. Por exemplo, quando fizemos a pesquisa sobre as formas de reabilitação psicossocial, na Emilia Romagna e em Minas Gerais⁴⁰, vieram os estudantes brasileiros aqui e três peritos (concebidos assim por serem referência), participaram dos nossos encontros, e também das visitas aos serviços. Puderam conviver com nossas equipes, participar das iniciativas dos usuários psiquiátricos, suas atividades esportivas, como caminhada, trekking, passeios, etc. No ano seguinte nós os levamos ao Brasil, fomos com coordenador do Departamento de Saúde Mental de Bolonha, Dr. Ângelo Fioritti, pesquisadores da universidade e cinco usuários. Mas antes eles foram à China, Argentina, foram à África. Então fazem passeios, visitas, viajam e participam de eventos em todo mundo. As viagens são importantes para que encontrem também outras realidades. Aprendemos que no Brasil existem esses centros de convivência, esta ideia de convivência que nós não temos. Eu traduzi como centros de convivência. Mas não é que se convive, se passa algum tempo junto, é uma coisa bem brasileira, nos pareceu.

⁴⁰ O projeto de pesquisa aqui referido é fruto de um convênio de cooperação internacional estabelecido entre a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Alma Mater Studiorum Università di Bologna (UNIBO), que entre os anos de 2011 e 2015, realizou uma análise qualitativa comparada entre os programas de reabilitação psicossocial das cidades de Bolonha (Itália) e Belo Horizonte (Brasil), sob coordenação da prof. Maria Stella Brandão Goulart da UFMG.

Ent. SPaulon: E como tem se dado o processo de participação desses usuários nas pesquisas? O que tem funcionado, nas suas experiências, como dispositivo de aproximar mais pessoas, trazê-las aos processos investigativos?

Profa. BZani: Aquilo que nos une é que, de qualquer forma, nós trabalhamos sobre temas reais, sobre temas concretos, sobre as realidades, como se diz. É uma psicologia aplicada, ou seja, nós não fazemos pesquisas de laboratório, pesquisas experimentais. Sobre esses temas nós não podemos fazer pesquisa experimental, porque se está colocando em confronto grupos diferentes, e o que nos interessa é entender a realidade das pessoas nas suas evoluções, então, fazemos justamente essa marca, usando, alguns instrumentos que são possíveis. Muitas vezes, existe a intervenção concreta, no sentido de introduzir modificações no processo de pesquisar, e, em outras, há somente um aspecto cognoscitivo que se entrega a quem pediu a pesquisa. Cada um pode fazer um pouco aquilo que achar melhor. Há uma experiência recente em pesquisa, que se desenvolve na região da Emilia Romagna, e que se relaciona com esse assunto. Existe um grupo composto pelos responsáveis do Departamento de Saúde Mental, que favoreceram a realização de companhias teatrais e de experiências de teatro com os pacientes psiquiátricos. Em alguns casos, trata-se de laboratórios teatrais, ou seja, se faz teatro para ocupar o tempo livre ou para a realização de aulas. Mas, em outras realidades, tornaram-se verdadeiras companhias teatrais. A experiência de Bolonha, sob esse ponto de vista, é especial, porque a companhia teatral, que se chama *Arte e Salute*, se formou há 15 anos, talvez até mais, e foi criada por um psiquiatra e por um diretor, para dar uma profissão aos usuários de saúde mental e propiciar que se tornassem atores. Então, fizeram uma seleção, uma escola de recitação em âmbito artístico e nos pediram que avaliássemos essa experiência. Nós fizemos algumas entrevistas com todos os atores da companhia, que são onze ao todo, mais a entrevista com o diretor, que é um verdadeiro diretor, não é um psiquiatra que atua como diretor. Nós as fizemos justamente para entender e avaliar essas experiências teatrais. O diretor não quer saber absolutamente qual o diagnóstico psiquiátrico dos atores. Quando fazem as provas, por exemplo, e alguém, por acaso, em algum momento apresenta algum problema, ele diz: “Mas não deve falar comigo, vá falar com seu psiquiatra”. Como um trabalho normal. E eu perguntei: Mas tu sabes o que aquela pessoa tem? E ele

respondeu: “Não, e nem quero saber! Até porque se me disser que tem uma depressão maior, ou é esquizofrênico, o que posso eu fazer, se não sei o que quer dizer isso?!” Ele trabalha tratando-os como atores e exige deles o mesmo. Se um dia alguém comparece, mas não se sente bem, ele diz: “Vá para casa e volte amanhã. Amanhã fazemos as provas” (risos). Como faz um diretor com os atores normalmente. E quando perguntamos aos usuários: “E você, como se apresenta, quem você é?” Eles respondem: “Um ator!” São ainda usuários psiquiátricos, porque continuam a ter acesso aos serviços. Fazem apresentações no teatro da cidade, para o público. Não nas oficinas. Não no Departamento de Saúde Mental, mas no teatro da cidade. “Em cartaz”, aparecem os atores. Algumas vezes, recitam junto com outros atores, que não são usuários psiquiátricos. E se você pergunta ao público quem é um ou outro, não se sabe (risos). Então, teve um trabalho muito importante feito, e os psiquiatras disseram que ficaram maravilhados com a mudança que perceberam nos seus pacientes desde o início até agora. Tornando-se atores, devem decorar textos, saber mover-se em ambiente e no espaço público, saber interagir e, sobretudo interpretar outro personagem. Isto significa sair de si mesmo para tornar-se outro. Há diretores muito bons que adaptam o texto, porque eles recitam Brecht, Shakespeare, Pirandello, não é que fazem pequenas coisas. Ou seja, há aqueles textos que são inclusive complicados, mas lhes são dados personagens de acordo com os atores que tem ali. É uma experiência belíssima. Eu não a conhecia, e agora temos três experiências desse tipo, em Bolonha, em Forli e em Reggio Emilia. Agora estamos juntando e fazendo um livro sobre elas.

Ent. SPaulon: Uma última curiosidade importante aos nossos estudos: como é visto, em termos de reconhecimento acadêmico-científico, este tipo de pesquisa participativa aqui na Itália?

Profa. BZani: Existem várias escolas de pensamento e encontramos diferenças. Quando estudantes vêm para pedir a tese para uma pesquisa, sempre dizem: “Quero fazer pesquisa tipo experimental.” Então, eu explico que não existe só a pesquisa experimental. Ou seja, existem outros tipos de pesquisa. Por exemplo, a pesquisa empírica, que eles não sabem regularmente o que significa, e confundem permanentemente. Faz algum tempo era mais forte a divergência entre pesquisa

de laboratório, que era por excelência “a pesquisa”, a única pesquisa possível em psicologia; as outras eram uma espécie de pesquisa “série B”. Inclusive a qualidade era considerada série B. Agora não são mais assim, no sentido que a pesquisa qualitativa tem espaço em publicações científicas reconhecidas, revistas acadêmicas, livros, temos importantes textos de referência produzidos a partir de pesquisas qualitativas e participativas. Tornou-se uma pesquisa importante. A percepção social, a percepção do mundo acadêmico, é ainda, porém, desequilibrada, pois ainda pode-se dizer que pesquisa experimental é considerada pesquisa de “série A”, mantendo-se certa valorização diferencial em relação às qualitativas. Então, compete a quem faz esse segundo tipo de pesquisa, demonstrar que é uma igualmente uma boa pesquisa.

Ent. SPaulon: Entendo, vivemos muito esta realidade ainda no meio acadêmico sul-americano também. Costumamos dizer que temos que disputar um novo sentido de “evidência científica”, pois as ciências ditas “duras” e a lógica epidemiológica na saúde continuam tendo valor de destaque. Nesse sentido, podemos pensar que efetivamente cabe a nós pesquisadoras e pesquisadores fazermos a pesquisa científica e transformarmos, ainda, os paradigmas vigentes do que é ciência.

Profa. BZani: Nós vivemos num período em que assumiram uma grande importância as neurociências. A pesquisa neurológica e neuropsicológica, segundo a qual se concebe que tudo que baseia o comportamento tem origem no cérebro, tudo o que é evidência empírica, ao menos, sustenta o que pode ser dito como “científico”. Então, se você encontra isso, sua pesquisa faz esta relação direta, você está na frente. As neurociências, a neuropsicologia, na Itália, têm-se tornado muito fortes, tornaram-se muito poderosas na academia. E há também um grande impacto, porque são tranquilizantes, no sentido de que, se você é agressivo, pode ter uma explicação no fato de ter o gene da agressividade, é genético. E dessa forma, se explica um pouco de tudo... E assim, tais pesquisas têm mais facilidades de conseguir financiamentos, publicam mais, e por isso estão mais avançadas que as nossas pesquisas no ranking interno dos departamentos. Porque também nós somos avaliados sobre as publicações e sobre as aplicações nas revistas, por isto, sempre corremos o risco de ficar por baixo.

Nossas pesquisas qualitativas, participativas, pesquisa-ação⁴¹... são pesquisas muito contextualizadas, não têm uma validade *erga omnes*, considerando que aquelas de laboratório tenham essa validade. Justamente, é necessário desmitificar tudo. As pesquisas que fazemos têm um significado, uma validade, uma relevância exterior, mas intrinsecamente ligada àquele contexto em estudo. Depois, você pode pensar em reproduzir uma pesquisa desse tipo em outros contextos, mas deve ser adaptada, enquanto que no laboratório não se coloca esse problema. Nós fomos durante muitos anos, e um pouco ainda somos, dependentes da psicologia norte-americana. Nós não conhecíamos para nada a psicologia latino-americana, era praticamente inexistente por aqui. Os textos traduzidos eram norte-americanos, tudo se baseava nisso. E então começamos a produzir. Estes textos aqui, por exemplo, inclusive este que está em inglês (ela mostra livros escritos por ela), nas minhas publicações não têm valor algum. No entanto, se eu escrever um artigo de dez páginas, com nós três como autoras, mais outros três, ou cinco, é fenomenal. Será publicado numa revista qualificada.

Ent. FMartins: Em sua opinião, qual é o desafio maior de fazer uma pesquisa participativa?

Profa. BZani: É essa de fazer valer uma pesquisa que tem uma relevância externa. Deve também ter uma relevância interna, isto é, deve ser bem explicada, do ponto de vista metodológico, ou seja, não deve ser improvisada, precisa ser bem sustentada em referências teóricas diversas. Em minha opinião, é necessário; que a pesquisa qualitativa apresente claramente seus referenciais teóricos, eles sempre devem estar presentes. O objetivo continua sendo aquele de explicar um pouco o que está acontecendo. Logo, se deve explicar junto com demais pensadores, acrescentando,

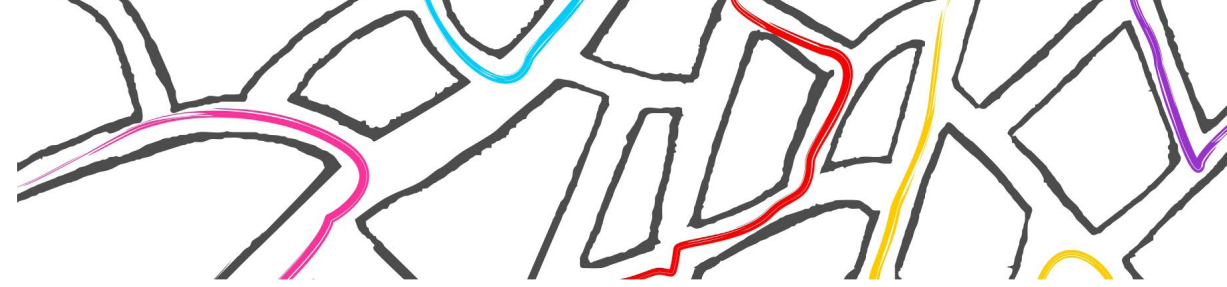
41 A metodologia da pesquisa-ação, na concepção italiana do termo, é mais abrangente do que aparece na bibliografia brasileira, especialmente no que tange às diferenciações que temos feito entre uma pesquisa-ação, de caráter mais pedagógico e referencial materialista-dialético, e a pesquisa-intervenção, com finalidades autoanalíticas e promotoras de autogestão nos coletivos, tal como promulgado pelo institucionalismo francês (PAULON, 2005; MONCEAU, 2005; ROMAGNOLI, 2009; PAULON e ROMAGNOLI, 2010). Este foi tema amplamente debatido no Seminário ocorrido horas antes desta entrevista com grupo de pesquisadoras da UNIBO, onde as professoras anfitriãs esclareceram que a designação de Intervento para a modalidade de pesquisa participante em questão carregaria, na língua italiana, uma conotação de intrusão violenta que obstaculizaria as finalidades de uma investigação participante. Concluímos, a partir desse debate entre pesquisadoras, que nossas equivalentes intencionalidades ético-científicas são acolhidas, na Itália, no conjunto de metodologias de pesquisa-ação, incluindo nessas, os procedimentos que no Brasil entendemos como componentes da metodologia de pesquisa-intervenção.

ampliando também a sua versão. Caso contrário, arriscamos de nos apagar, e isso não está bem. De qualquer forma, eu existo. Eu digo sempre aos jovens: não é que vocês devem desaparecer. Vocês estão ali e estão fazendo coisas, trazendo a sua experiência, as suas competências, sabendo, porém, que não é a única. Existem outras perspectivas e é necessário provocar diálogos entre elas para que se possa chegar a uma síntese. Não quer dizer que sempre vai conseguir encontrar uma síntese. Algumas vezes, as posições podem ser muito divergentes, e a intervenção feita pode inclusive ser uma intervenção que não traz os resultados esperados, pode ir para uma direção diferente da que você queria. Mas esse modo de fazer é que nos ativa mais, nos motiva mais ainda a continuar investigando, procurando outras versões e leituras sobre aquilo que estamos estudando.

Entrevistadoras: Grazie mille, professora Bruna. Foi uma conversa muito esclarecedora na continuidade do bom diálogo que o Seminário que tivemos pela manhã já nos proporcionara.

Referências

- MONCEAU, Gilles. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa-ação e profissionalização docente. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 467-482, set. /dez. 2005.
- PAULON, S. M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia e Sociedade*. v.17, p.16 - 23, 2005.
- PAULON, S. M., ROMAGNOLI, Roberta. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia (Online)*, v.10, p.85 - 102, 2010.
- ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a Relação Pesquisa e Vida. *Psicologia & Sociedade*; 21 (2): 166-173, 2009.
- ZANI, Bruna. Coinvolgimento cívico e partecipazione politica: uma tipologia. In: ZANI, B., CICOGNANI, E. e ALBANESI, C. *La Partecipazione cívica e politica dei Giovani: discorsi, esperienze, significati*. Bologna: CLUEB, 2011, p.17-31.



SOBRE OS AUTORES

Organizadorxs:

Simone Mainieri Paulon: Psicóloga, analista institucional, doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP) e pós-doutora em Psicologia (UFRN), com período de estágio pós-doutoral, como professora visitante, no Departamento de Psicologia, dell'Alma Mater Studiorum, Università di Bologna. É professora associada da UFRGS, junto ao Departamento de Psicologia Social e docente permanente do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social (Mestrado e Doutorado), onde coordena o grupo INTERVIRES Pesquisa-Intervenção em Políticas Públicas, Saúde Mental e Cuidado em Rede.

Mário Francis Petry Londero: Psicólogo, Especialista em Saúde Mental pela Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Mestre e Doutor em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), com estágio de doutoramento sanduíche pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (Portugal). Pesquisador no grupo INTERVIRES do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS e Docente da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Autorxs:

Alcindo Antônio Ferla: Médico, doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, é Professor Associado da Escola de Enfermagem na mesma instituição (UFRGS), atuando no Curso de Bacharelado e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Bruna Zani: Graduada em Ciência Política com doutorado em Psicologia Clínica (Universidade de Torino- Itália). É docente e pesquisadora da Faculdade de Psicologia na Universidade de Bologna; Presidente da Sociedade Italiana de Psicologia da Comunidade (SIPCO) e da Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città Metropolitana di Bologna.

Bruno Ferrari Emerich: Psicólogo, Doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP. É Professor e Supervisor de Estágio do curso de Psicologia (Universidade São Francisco-USF), Profissional de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão - PAEP (UNICAMP), Professor, Supervisor e Orientador de TCC do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (UNICAMP) e Professor Substituto da UNIFESP/Baixada Santista (Departamento de Saúde, Clínica e Instituições).

Chenya Valença Coutinho: Enfermeira, Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ, e em Saúde da Mulher pela Faculdade Venda de Nova do Imigrante – FAVENI. É Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Cláudia Maria Filgueiras Penido: Psicóloga, doutora em Saúde e Enfermagem (UFMG) com período de doutorado sanduíche nas Universidades de Cergy-Pontoise e Paris VIII. É professora adjunta do departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, onde coordena o Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais (LAGIR/UFMG).

Dafni de Melo: Psicóloga, especialista pelo Programa de Residência Integrada em Saúde, na ênfase de Saúde Mental, do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS.

Diego Henrique Pastana: Psicólogo, Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Fernanda Goulart Martins: Psicóloga, Especialista em Psicologia Social (formação generalista) pela Universidade Estadual de São Petersburgo (RU), Doutoranda em Psicologia Social e Institucional na UFRGS e pesquisadora no grupo INTERVIRES do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional (UFRGS).

Izabel Christina Friche Passos: Psicóloga, doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP) com estágio no Centre de recherche médecine, maladie et sciences sociales da Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales de Paris/França, e nos serviços de saúde mental de Trieste/Itália. Realizou estágio pós-doutoral, como professora visitante, no Departamento de Antropologia Médica da Universitat Rovira i Virgili/Tarragona-Espanha (2013-2014). É professora titular do Departamento de Psicologia e docente permanente do Programa de Pós-graduação em Psicologia (Mestrado e Doutorado) da Fafich/UFMG.

João Paulo Sales Macedo: Psicólogo, Doutor em Psicologia pela UFRN e Professor Adjunto da Universidade Federal do Piauí/UFPI, onde está vinculado aos Programas de Pós Graduação em Psicologia e em Políticas Públicas.

Liane Righi: Enfermeira, doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. É professora adjunta no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), onde atua nos cursos de Graduação em Fisioterapia, Farmácia, Terapia Ocupacional e Medicina e no Mestrado Profissional em Ciências da Saúde.

Magda Diniz Bezerra Dimenstein: Psicóloga, Doutora em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), pós-doutora em

Saúde Mental na Universidad Alcalá de Henares (Espanha) e em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará – UFC. É profa. Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Mariana Marinho de Abreu: Estudante de Psicologia pela Universidade Federal do Piauí - UFPI.

Marília Pinto Bianchini: Psicóloga, Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde (UFSM) e em Gestão de Organização Pública da Saúde (UFSM). Mestre em Análise e Produção de Tecnologias pelo SUS pelo Grupo Hospitalar Conceição. Atualmente compõe a equipe técnica do Departamento de Ações em Saúde (DAS) da Secretaria Estadual da Saúde no Programa Primeira Infância Melhor.

Mayara Gomes Fontenele: Estudante de Psicologia pela Universidade Federal do Piauí - UFPI.

Michele de Freitas Faria de Vasconcelos: Psicóloga, Doutora em Educação (UFRGS). É Professora do Departamento de Educação/DEDI, Campus Alberto Carvalho e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Federal de Sergipe. Atua e realiza pesquisas no campo da Educação, Psicologia, Saúde Coletiva/Saúde Mental/Álcool e outras Drogas.

Paulo Duarte de Carvalho Amarante: Médico Psiquiatra, doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz com estágio de doutoramento em Trieste/Itália (Centro Studi i Riserche per la Salute Mental) e Pós doutor na AUSL Imola/Itália É Professor e Pesquisador Titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, onde é coordenador e líder do Grupo de Pesquisas; Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial; (LAPS) do CNPq. É professor do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental da Universidade Federal de Santa Catarina e tem participado como professor convidado em universidades nacionais e estrangeiras.

Roberta Carvalho Romagnoli: Psicóloga, doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP) e pós-doutora em Análise Institucional pela Université Cergy-Pontoise, França. É Professora Adjunta da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG).

Rosa Maria Levandovski: Médica Psiquiatria e farmacêutica, Doutora pela Faculdade de Medicina (PPGCM – UFRGS) com estágio sanduíche no Institute of Medical Psychology da Ludwig-Maximilians-Universität Munich, Germany e Pós-doutora pelo Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas (UFRGS). É Farmacêutica do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; Professora Permanente do Programa de Pós Graduação em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS

do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde/Escola GHC e Professora Permanente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCol/UFRGS).

Rosemarie Gartner Tschiedel: Psicóloga, doutora em Psicologia Social (PUC_SP). É professora associada da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no Departamento de Psicologia Social e Institucional e docente no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, (PPGPSI-UFRGS).

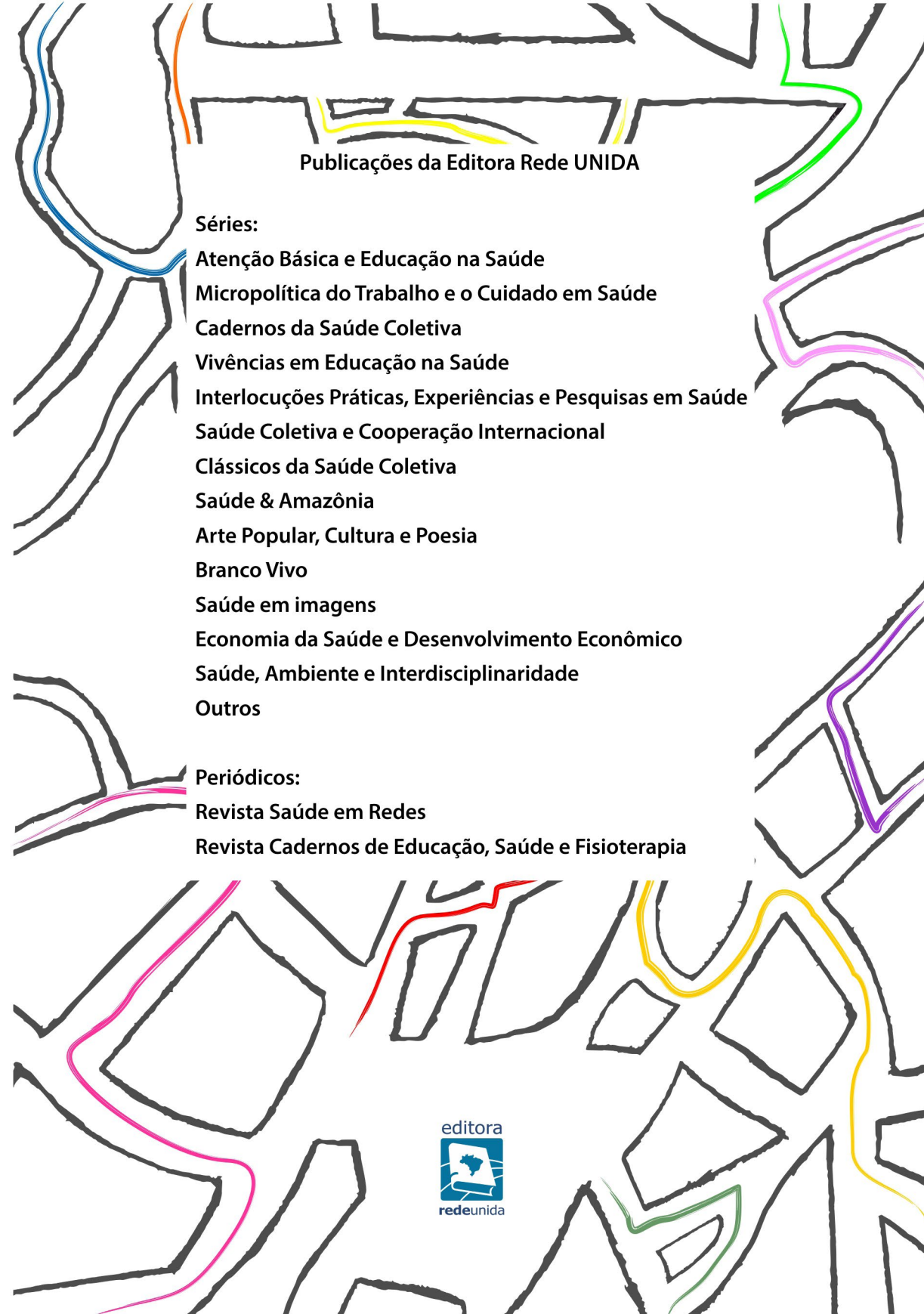
Silvio Yasui: Psicólogo, doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e livre-docente em Psicologia e Atenção Psicossocial pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. É professor-adjunto da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP-Assis).

Sindaya Rose Carvalho Belfort: Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (FIOCRUZ/ENSP/LAPS), especialista em Educação na Saúde para Preceptores no SUS (Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa), referência técnica em Serviço Social (Secretaria Municipal da saúde de Aracaju).

Táisa Belém do Espírito Santo Andrade: Psicóloga, Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), Coordenadora Local da Pós-graduação em Arteterapia da Profint/ EBMS, onde também leciona, orienta monografias e supervisiona estágio. Servidora Pública Municipal na função de Psicóloga da Atenção Básica, pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família de Aracaju- SMS.

Tatiane Meneses da Silva: Estudante de Psicologia pela Universidade Federal do Piauí - UFPI.

Tuliola Almeida de Souza Lima: Psicóloga, Especialista em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública – MG e Mestre em Psicologia / Estudos Psicanalíticos pela UFMG.



Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Atenção Básica e Educação na Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Cadernos da Saúde Coletiva
Vivências em Educação na Saúde
Interloções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Clássicos da Saúde Coletiva
Saúde & Amazônia
Arte Popular, Cultura e Poesia
Branco Vivo
Saúde em imagens
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia