

LUCAS MONTEIRO RAMOS

**TRAJETÓRIAS NO NÚCLEO AMPLIADO DA SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA
– UMA EXPERIÊNCIA CARTOGRÁFICA NO NÃO-LUGAR**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado à Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz – BA para certificação como Especialista Multiprofissional em Saúde da Família.

Orientador: Eduardo Machado de Santana

Coorientadora: Mavie Eloy Kruschewsky

**Bahia
2020**

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	3
APRESENTAÇÃO	4
INTRODUÇÃO	5
PRIMEIRA CARTOGRAFIA - ANALISADORES DOS TRAJETOS: ABRIR O MAPA E PERCEBER OS CAMINHOS POSSÍVEIS.	8
Trajeto 1 – O olhar de quem chega.....	8
Trajeto 2 - Primeiros analisadores sobre o município de Dias d'Ávila/BA.....	11
SEGUNDA CARTOGRAFIA: SOMENTE OS BONS ENCONTROS DEMONSTRAM A ÉTICA DO CUIDADO.	17
Trajeto 3 – Núcleo ampliado e ampliador: uma ferramenta da integralidade.	17
Trajeto 4 - A (re) invenção da clínica no NASF.	21
TERCEIRA CARTOGRAFIA: MUDANÇAS DE ROTA	27
Trajeto 5 - A gestão em saúde Municipal - costurando as práticas.	27
Trajeto 6 - O efeito manicomial e conhecimento da RAPS	29
QUARTA CARTOGRAFIA - CARTOGRANDO MOVIMENTOS	32
Trajeto 7: Evidenciar presença é um ato político	32
Trajeto 8: O não-lugar e a inexistência. Conflitos diante da extinção do NASF.	34
NOTAS DE ENCERRAMENTO	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

Agradeço...

Todos os usuários que encontrei nessa trajetória que me confiaram suas histórias, pela forma como me contagiaram com suas maneiras de existir, resistir e reexistir diante do que a vida lhes oferece.

Ao Eduardo Machado que me ensina muito sobre o que é diferenciação, inteligência do cuidado e micropolítica.

A Mavie Eloy orientadora das ideias e das invenções, desorientadora das convicções e certezas, pela intensa presença e pelos afetos.

Ao Pedro Sabino por ir de frente e nos ensinar o sentido da palavra gentileza na austeridade.

A Lorena Pires e Emilly Sala pelos agenciamentos e transformação do meu fazer.

A Yana Almeida pelos aprendizados e força militante que traz movimento e estremece Dias d'Ávila com tamanha grandiosidade.

Ao Vitor Bedeti, pela leitura crítica e amorosa, pela confiança e tudo que à deriva dos encontros aprendemos juntos.

Agradeço aos colegas do NASF que experimentaram comigo a transformação no fazer, a angústia de se reinventar e a beleza da atuação implicada.

A Dias d'Ávila pelos aprendizados e por me lembrar que não sei quase nada e nisso está o meu devir.

APRESENTAÇÃO

*Nós somos desertos, mas povoados de tribos
[...]
Passamos nosso tempo a arrumar essas tribos,
a dispô-las de outro modo,
a eliminar algumas delas, a fazer prosperar
outras.
E todos esses povoados, todas essas multidões
não impedem o deserto, que é a nossa própria
ascese;
ao contrário, elas o habitam, passam por ele,
sobre ele [...]
O deserto, a experimentação sobre si mesmo é
nossa única identidade,
nossa única chance para todas as combinações
que nos habitam.
Gilles Deleuze, Diálogos*

Aqui não se encontra um diário de bordo do pós- navegação. A viagem é vigente, viva. Acontece neste momento. Esse texto é uma tentativa de narrar, relatar, conversar sobre a experiência que se iniciou em março de dois mil e dezoito, onde passo a ser residente de psicologia no programa de residência em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família/ Fundação Oswaldo Cruz - Bahia.

A experiência será transcrita no formato de Memorial de Formação como Trabalho de Conclusão da Residência, sendo cada escrita uma testemunha da minha disponibilidade para a vida e os chamamentos que dela provém. Traço uma trajetória de aprendizado, desenvolvimento e mudanças de vida, afinal, minha vinda para Bahia é uma grande transformação de muito do que me constitui, não só a vida trabalhista. Aqui faço presente os percalços tortuosos, as resignificações, as aprendizagens, enfrentamentos, descobertas e recomeços.

Conhecer um território com outros modos de existência, linguagem e cotidiano me ressalta a diferença e a boniteza de se transformar no fazer, no labor. Mas também, nas novas relações e afetos, numa nova casa em outro município tão distante do meu e que com certeza é um fator de análise que será destrinchado como um dos atravessamentos que impacta e me entrega pistas das implicações e das tomadas de decisão para ler essa experiência, pelos óculos escolhidos para enxergar o que emergia.

Pretendo aqui também articular as aprendizagens às suas fontes, seja nos trechos retirados do meu diário de campo desta experiência ou de citações de referenciais teóricos. Fontes das quais bebi e quero compartilhar. Aprendizados teóricos, práticos e (i)replicáveis. Ser pesquisador e o pesquisado. O analisador e o analisado, como diz Merhy (2003).

INTRODUÇÃO

A trajetória como psicólogo no Núcleo Ampliado da Saúde da Família (NASF-AB) é o tema central em torno do que gira esse texto. Texto este que se pretende mais do que sua temática, assim como o Sistema Único de Saúde (SUS) aparece durante a minha trajetória profissional: como mais do que se pretende.

Podemos introduzir este texto refletindo sobre a palavra: sistema. A compreensão sistêmica sobre qualquer fenômeno, organizações, sujeitos, sempre é um trabalho árduo e interminável. Inclusive, a concepção de sistema tem em si muitas lacunas que reduzem a compreensão do todo tanto quanto na análise das partes, sendo este um dilema importante para fenomenologia (MORIN, 1994). Isso nos sugere que entender e organizar a saúde em forma de sistema, requer um olhar atento, de modo que canalize esforços para manter em movimento essa compreensão sobre os planos de forças existentes no SUS, planos estes que transitam pela produção de vida X produção de morte.

Ser residente é estar atravessado pelas diversas partes do sistema que estão em determinado contexto histórico, social, econômico. Tomar ciência disto, é decidir pela complexificação do que aparece no cotidiano, é olhar para o outro também como sistema, de modo integral, fazendo parte, construindo junto. O sistema existe porque humanos o fazem tomar corpo.

Ingresso em 2018 no programa de residência e sou convocado a compreender a dinâmica macro e microssocial para quebrar a banalização de termos como sucateamento, financiamento, projeto de emenda constitucional, política de saúde e tantos outros que perdem o sentido ao serem verbalizados como instâncias inatingíveis e fatalizadas.

Percebo no decorrer desse processo que essa convocação se amplia quando se fala de Programas de Residências, principalmente as multiprofissionais, como um dos modelos de educação em saúde em ato, como pós-graduação, como educação, como metodologia de ensino e por mundos e mundos de intersecção entre esses termos que se cria um não-lugar, sendo o mesmo sentimento para o lugar que o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) ocupa, visto suas atribuições técnico - pedagógicas e clínico - assistenciais.

O que é estar num não-lugar? Encontro pistas nessa experiência e desejo compartilhar no decorrer deste texto. A primeira pista se encontra por aqui, nesta introdução, com a palavra “Significar”. Poder dar significado é um benefício do não-lugar, benefício porque nele estão imbuídas potências criativas, forças significantes. O que nos remete ao poder dar nome para aquilo que não está numa relação paradigmática com os modelos hegemônicos e nos convoca a ter criatividade para estabelecer relações com aquilo que está instituído para deslocar seus sentidos já tão “certos de si mesmo”. Nisso está a

grandeza das intersecções entre a educação e saúde, nisso está a grandeza do NASF. Emprestado de Benevides e Passos (2006), utilizo este conceito, tal como eles anunciam:

“[...] Apoio implica uma ação “entre”, na interface entre produção de saúde e produção de subjetividade, entre análise das demandas e ofertas, entre as instituições de saúde e os movimentos que estranham seus funcionamentos, sejam eles movimentos sociais, analisadores sociais ou mesmo os movimentos sensíveis que operam aberturas e alteram os modos de sentir e perceber o mundo. Falamos, então, que o lugar do apoio funcionaria como um “não-lugar” (u-topos), já que ele se dá no movimento de coletivos, como suporte aos movimentos de mudança por eles deflagrados”

Desde já, é importante salientar que não utilizo o termo de acordo com Marc Augé(2006), antropólogo que compreende o não-lugar como a perda do "nós" e prevalência da solidão nas *sobremodernidades*. Para não haver problemas epistemológicos, este termo é emprestado para caracterizar espaços existenciais, legais, profissionais de um núcleo da atenção básica do sistema de saúde brasileiro e sua relação com a rede atenção à saúde e sua própria existência. Aqui, não-lugar produz sentidos distintos propostos por Augé,

O método escolhido para o desenvolvimento deste trabalho considera o percurso do intermediário, no caso, o próprio pesquisador, durante o processo de Residência em saúde da família. As escritas estão aqui postas como tentativa de emprestar aos leitores minhas percepções sobre a Residência e o NASF, utilizo como método a Cartografia, tal como Barros (1992, pág. 22) aponta: “a cartografia é um desenho que acompanha os movimentos de transformação de uma paisagem. Neste sentido, ela é sempre provisória e singular”.

Cartografar é entender a realidade e os processos da pesquisa que se tecem no próprio pesquisar; é acompanhar os movimentos que compõe uma determinada realidade, assim, baseada na filosofia de Deleuze e Guattari, a Cartografia propõe que suas metas não estão antes do percurso a percorrer, estas são desconhecidas, será o percurso que permitirá visualizar as formas como o processo ocorre e os efeitos que ele produz.

A partir do método da Cartografia, pretendo “desenredar as linhas de um dispositivo, em cada caso construir um mapa, cartografar, percorrer terras desconhecidas” (Deleuze, 1996a: 84). Para poder realizar os registros de forma sistemática, foram realizados, do dia 24 março de 2018 até ao dia 30 de janeiro de 2020, em forma de diário de campo, registros em portfólio no ambiente virtual de aprendizagem (AVA).

As análises foram realizadas a partir desses registros que contém a produção dos dados, de modo a levantar as vivências da experiência, transformando em conhecimento e

modos de fazer. Esses registros foram elaborados após cada observação dos analisadores assim que identificados como tal.

Sendo os analisadores um conceito-ferramenta do qual a Análise Institucional francesa, mais especificamente na figura de Félix Guattari, utiliza para evocar tudo aquilo que provoca análise, quebra, separação, explicitação dos elementos de dada realidade institucional. Esse conceito é inseparável do conceito de transversalidade, porque é numa situação de questionamento das hierarquias e especialismos que o analisador surge como uma ferramenta analítica que deslocaliza ou despersonaliza a intervenção. O analisador comporta pelo menos dois níveis, atravessando o campo de análise e o campo de intervenção, ou seja, aquilo que denuncia e o que é portador da potência da mudança. (BAREMBLITT, 1994; ARDOINO e LOURAU, 2003; COIMBRA, 1995).

A identificação dos analisadores indicaram os objetivos das minhas intervenções tanto quanto a forma como deveria intervir e nesta escrita evidencio as mais importantes e as que desejo compartilhar.

PRIMEIRA CARTOGRAFIA - ANALISADORES DOS TRAJETOS: ABRIR O MAPA E PERCEBER OS CAMINHOS POSSÍVEIS.

*“tenho o privilégio de não saber quase tudo.
e isso explica
o resto.”
Manuel de Barros*

Trajetos 1 - O olhar de quem chega.

O ônibus Perdizes - Aeroporto estava atrasado e em quinze minutos precisava estar na Universidade Mackenzie para minha última supervisão de Psicologia Comunitária da graduação. Decidi ir a pé, o dia estava lindo, um típico dia de janeiro! Desço a rua da Consolação em direção à clínica-escola e encontro Laura, uma grande amiga que coincidentemente, também decidiu descer a pé ao mesmo destino.

Conversávamos sobre o que faríamos após o término da graduação, que estava em contagem regressiva, ela que comentava a dificuldade de se construir um laboratório de estudos sobre violências e que desejava ardentemente construir carreira em Psicologia Jurídica e eu que trazia muito do meu transitar na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo/SP (SMS-SP), cheio de ideias e vontade para não só entender como o Psicólogo se insere nos diversos contextos do Sistema Único de Saúde - SUS, como também criar possibilidades de me entender como parte integrante dessa(s) rede(s) e sistema(s).

Meus primeiros passos como trabalhador do SUS estavam atravessados de afetos, mas também de aprendizagem, o que sempre foi reafirmado por importantes professores na universidade: realizar uma graduação não é puramente treinar. Formar é sublinhar o sentido da necessária eticidade do encontro.

A cada passo assertivo e fortalecido por todos esses entes, universidade, professores, serviços, nós estagiários e os sujeitos-usuários, mais sentia que o caminho que trilhava em direção ao SUS do qual desejava, ainda que com puerilidade, fazê-lo dar certo, me parecia definitivo. Estava subsumido nas implicações, na sua forma desejante, de apostar no agir no mundo de modo militante (MERHY, 2002).

Antes de embarcar nos desafios do SUS, trabalhava em um colégio construtivista em São Paulo, onde importantes aprendizados foram adquiridos, principalmente os relacionados ao papel importante de quem facilita os movimentos de aprendizagem de novos conhecimentos e de quem decide enxergar o que é adquirido como “conhecimento” dialeticamente. Realizei em 2016 um concurso da Prefeitura Municipal de São Paulo, para trabalhar nas diferentes Secretarias que compõem a gestão pública e por mais que quisesse

novas experiências profissionais durante a graduação, todos os aprendizados no ambiente educacional seguiam vigentes em mim visceralmente. Não por acaso, fui lotado na Escola Municipal de Saúde (EMS) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo/SP.

A EMS era permeada por amorosidade e confiaram a mim processos que me senti honrado por construir em conjunto, como os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde no município de São Paulo (COAPES SMS-SP), para integrar as políticas municipais de ensino-pesquisa-serviço-comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) municipal, com base na Rede SUS-Escola e também acompanhar a logística dos Programas de Residências em saúde na zona oeste, além de realizar a sistematização do curso em Apoio Institucional Paideia, onde pude encontrar grandes referências do que é o SUS e os seus devires, como também, objetivar as nossas implicações e aprendizagens.

No ano de 2017, período de eleição para prefeitura, Haddad não consegue a reeleição e João Dória se candidata, fui para a interlocução de saúde mental enquanto concomitantemente estagiava no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Itapeva/SP. Apreendi muita coisa sobre gestão em saúde e tive a oportunidade de coordenar um projeto de desinstitucionalização onde me foi dada liberdade para atuar, sendo supervisionado por grandes mestres em saúde mental do município.

Poucos dias antes de terminar a graduação e finalizar meus trabalhos na SMS/SP, viajo sozinho para Salvador, para fazer um mochilão até Maceió para celebrar a luta que foi me formar como Prounista na universidade que desejei e poder ter a oportunidade de encerrar com muito orgulho da minha trajetória alguns processos marcantes da vida acadêmica e do trabalho.

Janeiro de 2018, Salvador iluminada por um sol só para si. Andava pela praia da Paciência no Rio Vermelho e decido tomar um banho de mar antes de ir para onde estava hospedado. Caminhante. Leve. Sorrisos. Fim de tarde. Subo no ônibus a caminho da Avenida Anitta Garibaldi, apesar de bem perto de onde estava, não sabia como chegar. Providencialmente, sentei próximo a duas pessoas que conversavam sobre o Programa de Residência da FESF. Neste exato momento, estava num dilema importante de como conseguiria me mudar para a Bahia, como conseguiria estar no SUS, quais caminhos seriam possíveis de seguir para realização destes planos...

Imediatamente procuro sobre a Residência no celular e me inscrevo ali mesmo para realizar o processo seletivo, naquele ônibus que me deixou longe do meu destino em Salvador, mas que também me fez desejar não voltar para o Estado que vim. Naquele momento ainda não compreendia o que seria mudar radicalmente a vida cotidiana, pois ao realizar o processo seletivo e voltar para São Paulo para o fechamento dos bons encontros e ciclos formativos, consigo de imediato iniciar novos: Mudar para Dias d'Ávila/BA como residente em saúde da família.

Essa força desejante de mudança de estado que se concretizou, me remete imediatamente a Teoria do Caos trabalhada de forma interdisciplinar pela filosofia, psicologia, matemática, física, engenharias, que faz um estudo sobre a descoberta de “padrões e leis razoavelmente simples governando uma série de fenômenos complexos” (HAWKING, 1993) o que não significa que com a existência de padrões, haja necessariamente possibilidade de previsão, sendo uma característica importante dos sistemas caóticos, que um pequeno evento pode causar impactos e consequências de magnitudes altas. Apesar de estudos mais elaborados atrelarem esse funcionamento de forma complexa em relação ao universo, faço uma analogia desse estudo à vida cotidiana.

No nosso cotidiano, muitos acontecimentos, despercebidos, pequenos, são capazes de causar impactos inimagináveis, por exemplo, vamos imaginar que se eu não tivesse pego aquele ônibus e fosse andando até onde estava hospedado, muito provavelmente não teria ciência sobre o programa de residência e muito menos realizado a prova. Compreender os efeitos das nossas ações, mesmo as imprevisíveis, foi um mecanismo que me possibilitou enxergar como se daria meu exercício profissional em um local que estranha e me causa estranhamento.

Enquanto pensava no que escreveria como primeira análise dos equipamentos e dispositivos nas visitas realizadas nos primeiros dias de residência, lia "A Caverna" do escritor José Saramago e essa leitura foi crucial para o entendimento de qual é o meu primeiro papel/olhar **como sujeito que chega**, sendo o trecho a seguir, um dos principais fatores para o entendimento da grandeza que é experienciar um novo lugar:

“Estou a ficar surpreendida com o seu conhecimento destas matérias. Vivi, olhei, li, senti, Que faz aí ao ler. Lendo, se fica a saber quase tudo, Eu também leio, Algo portanto saberás, Agora já não estou tão certa. Terás de ler então doutra maneira. Como. Não serve a mesma para todos, cada um inventa a sua, a que lhe for própria, há quem leve a vida inteira a ler sem nunca ter conseguido ir mais além da leitura, ficam pegados a página, não percebem que as palavras são apenas pedras postas a atravessar a corrente de um rio, se estão ali é para que possamos chegar a outra margem, é o que importa. A não ser, a não ser, quê, A não ser que esses tais rios não tenham duas margens, mas muitas, que cada pessoa que lê seja, ela, a sua própria margem, e que seja sua e apenas sua, a margem que terá de chegar”. (SARAMAGO, José, pág. 66, 2000)

Este campo de trabalho, de intervenção, de análise, de aprimoramento, de transformação recíproca, exige que eu vá “além da leitura”. É entender o campo enquanto “a corrente de um rio”, com várias margens, coletivas e singulares que tem diversos atravessamentos, com fluxos e movimentos preexistentes à minha chegada enquanto um profissional "forasteiro" que intervirá num campo e se permitir acompanhar os processos que

já estão em curso, sendo o que permitirá haver relação com os analisadores, fluxos, processos e intervir com eles/neles. (Trecho retirado do Diário de Campo - AVA? 23/03/2019).

Trajetos 2 - Primeiros analisadores sobre o município de Dias d'Ávila/BA.

Dias d'Ávila tem em média 80 mil habitantes, sendo 84% dessa população constituída por negros e pardos segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, com 43% da população vulnerável à pobreza. Em 2010 36,4% da população finalizou o ensino médio e apenas 3,6% acessou o ensino superior. Além disso o índice de desenvolvimento humano esteve por volta de 0,676, segundo o IBGE. A cidade localizada na região metropolitana de Salvador/BA, tem uma cultura, paisagem, hábitos bastante discrepantes da capital e é nesse território que as palavras que compõem este trabalho são produzidas e têm significados.

É neste município que este caminhar foi se dando e apesar destes dados supracitados, é impossível traçar um perfil do que Dias d'Ávila é neste itinerário. Porque aqui está em pauta outras frentes de percepção das quais porcentagens e índices não conseguem desenhar.

O Grupo Gay da Bahia realiza o relatório da LGBTQ+fobia do Brasil, baseado em notícias, registros policiais e veículos de comunicação, que apesar de fontes não fidedignas, é a única fonte sobre esta temática, afinal, não há pesquisas, levantamentos ou outros modos de reconhecimento da violência à população LGBTIQ+ no Brasil que sejam provenientes de órgãos estatais. Este relatório indica que o Estado da Bahia na proporção nº de habitantes e casos de violência, é o Estado que mais violenta LGBTIQ+, e com certeza, pude experienciar isso na prática.

Dito isso, os primeiros analisadores da experiência de ser residente em outra cidade vieram dos desafios cotidianos de lidar com a homofobia. No Programa Saúde na Escola - PSE, nas Unidades de Saúde da Família, no ônibus... Não, não era novidade, mas a constância das violências mudou de forma drástica. Dias d'Ávila me mostra uma realidade de total invisibilização, marginalização e necropolítica. Um SUS municipal que decide não falar sobre as possibilidades de existências não normativizadas, me convocou a falar estrategicamente sobre sexualidade, identidade de gênero, orientação sexual, determinantes sociais, saúde, produção de vida x produção de morte e o que todos nós trabalhadores de saúde temos de a ver com isso. Imediatamente, esse analisador me ressaltou o quanto estava implicado. Implicado, porque a morte produzida pelos *tabus* sistemáticos, por serem estruturais, e reforçados por sistemas estatais, atinge também a mim.

“[...] Conversamos sobre diversos assuntos, como clima, família, sobre nossas idades, ... essa senhora de repente iniciou uma conversa sobre homossexualidade. Começou dizendo que conhece um casal de lésbicas que foram presas por estupro de uma menina de 11 anos, que haviam adotado. Ela comenta que uma das mulheres era a abusadora, que a cidade ficou chocada com essa barbárie e fui notando que ela estava trazendo uma conotação muito ruim para o que era ser homossexual em sua percepção. Evidentemente, ela percebeu minha sexualidade, talvez em algum trejeito, verbalização, mas ficou claro que estava querendo me trazer alguma mensagem. Dizer que eu não era bem-vindo neste lugar, porque é um ‘lugar de família’” (Diário de campo, 17/03/2018).

Além das violências dirigidas ao público LGBTQ+, outros analisadores que surgem no cotidiano como trabalhador, estão conectados às diversas tipologias de violência, principalmente motivados por misoginia, pedofilia e racismo institucional, e essas demandas emergiram e necessariamente o Psicólogo era acionado, não por vias instituídas no processo de trabalho, como as reuniões de equipe, mas de forma assistemática e informal...

Não existem políticas municipais que possibilitem o enfrentamento das violências, quanto menos, visibilizá-las. Não existe vigilância epidemiológica atuante e estruturada, nem à nível secretarial, nem à nível da gestão do cuidado local. As violências acontecem inclusive no espaço interno das Unidades de Saúde, como a transfobia:

“Entretanto, nesses últimos dias tenho entrado em contato com violências de diversos lugares. Desde as ruas de Dias D’Ávila, como exemplifiquei em outros relatos aqui, como dentro do espaço das unidades de saúde em que atuo. Atendo uma paciente que decidi realizar o procedimento de psicoterapia, sendo uma decisão tomada em conjunto com meus colegas da equipe mínima e NASF. Essa paciente já sofreu violência sexual, agressões físicas, verbais, e muitas dessas violências foram realizadas, segundo ela, por ser transexual. No mês de junho, a paciente foi atendida pela médica nova da unidade da Concórdia e sofreu violência institucional de alta magnitude pela médica, que verbalizou frases como: "Você pode fazer a cirurgia, mas continuará tendo barba"; "Você conhece o espiritismo? Isso tem a ver com karma"; "Ah você não tem dinheiro para o dia-a-dia, mas tem dinheiro para fazer depilação a laser?"; "Você precisa se aceitar como você é" - se referindo a paciente como se fosse gay e não transexual.” (Diário de campo, 13/07/2018).

Na minha trajetória de identificação de analisadores, é certo que muitas forças instituídas estavam prevalentes e fortalecidas em condições fatalísticas. A aceitação e o conformismo são determinados por forças externas, não sendo possível modificá-los, assim normalizando o sofrimento. Os sujeitos permanecem nesse estado, pois para eles não

existem mudanças onde há apatia, pois tal congelamento de afetos (evita-se o sofrimento para que se sofra menos) faz o sujeito perder a esperança de sair das condições atuais, internalizando assim o fatalismo a partir da experiência.

O fatalismo é uma estrutura que ideologicamente se origina na dimensão sociopolítica e se enraíza psiquicamente, garantindo desse modo a reprodução da dominação social e a manutenção da ordem estabelecida. A produção dessa dinâmica é intencional e tem uma função social: favorecer a classe dominante, visto que ao aceitar as condições sociais, gera comportamentos dóceis e estimula a resignação diante das exigências da vida (MOURA FILHO, 1998, p.78). A concepção fatalista transforma os acontecimentos sociais em fenômenos naturais cuja alteração é improvável.

“A humilhação social ou é uma realidade em ato ou é frequentemente sentida como uma realidade iminente, sempre a espreitar-lhes, onde quer que estejam, com quem quer que estejam. O sentimento de não possuírem direitos, de parecerem desprezíveis e repugnantes, torna-se-lhes compulsivo: movem-se e falam, quando falam, como seres que ninguém vê.” (MOURA FILHO, 1998, p.25)

Essa condição é proveniente também de sistemas, tais como o SUS, que trazem em si planos de forças de revolução, como de conservação estrutural. Quanto mais se formula tabus sobre violência, mais se entra em conciliação. Aperta-se com força a mão dos modos de dominação. A responsabilidade de emergir, trazer para discussão e emprestar modos de enfrentamento, com estratégia, criatividade e ética se fazia necessária, principalmente porque de mim, psicólogo, se esperava resposta e continência.

Nas reuniões de equipe se percebe que por toda complexidade do fenômeno fatalítico, os territórios são enxergados por perspectivas que são atravessadas por planos de forças supracitadas, a análise de enfrentamentos possíveis são delicadas, principalmente por muitas trabalhadoras serem integrantes destes territórios, vivenciarem e existirem neste, e de acordo com Deleuze (2005), o homem em relação a si, encontra-se “esquecido de seu esquecimento”, portanto, o homem, nessa condição, se mantém distante de si com sua consciência localizada em outras coisas que não ele mesmo. Isso nos convida a perceber a necessidade de se voltar para si para depois se voltar para o mundo, caracterizando o duplo-retorno dessa concepção ética e possibilitar novas óticas sobre o mesmo, o estranhar o conhecido.

Com essa análise, e retornando a temática violência, o trânsito dos casos são ameaçados pelos atravessamentos do que se acha pessoalmente dos sujeitos. O outro não é mais sujeito, mas se reduz às informações moralizantes destas profissionais, que justificam situações de vulnerabilidade e condições de precariedade, nos comportamentos

individuais extraoficiais, sendo este critério utilizado para pensar saúde e condizente a dinâmica fatalista anteriormente explicada.

“Uma paciente de difícil vinculação, que está em um ambiente de alta magnitude em relação a vulnerabilidade, onde o pai é suspeito de abuso sexual, que faz ameaças aos filhos, que espanca a mãe, entre outros fatores de alto risco, compareceu na unidade do entroncamento para uma consulta com a enfermeira, mas compareceu sem um responsável, o que fez a recepcionista dizer: “Vocês não irão realizar o atendimento porque ela está sem a mãe” (sic), a chamei em um lugar reservado e expliquei a situação, supracitada e ela disse que iria confirmar com a gestão sobre o atendimento, disse a ela, que os critérios de atendimento quem elenca é o profissional de saúde e que a partir dos dados que indicam gravidade e necessidade do atendimento, a paciente iria ser atendida.” (Diário de campo, 07/08/2019)

Compreender esses atravessamentos, é também um movimento de entender o que é NASF. É captar informações sobre quais trabalhos são possíveis de matriciamento, estudo e intervenção, mas no conectar estes analisadores ao NASF, imediatamente percebo mais um analisador: o NASF é nebuloso e com dificuldades de compreensão por todas as possibilidades de entes integrantes do SUS municipal e corpo pedagógico da instituição executora do programa de residência: usuários, ACS, equipe mínima, preceptoria, residentes do NASF, gestão municipal, atenção secundária, terciária...

Independente da leitura dos cadernos de atenção primária, da discussão teórica, da leitura das portarias e de qualquer possibilidade de compreensão, porque NASF é legitimamente um não-lugar. Não-lugar aqui será o espaço/tempo contra-hegemônico que não cabe nos formatos que se espera. A segunda pista para o não-lugar é essa: destoar do estabelecido é necessariamente realizar enfrentamentos, inclusive consigo mesmo, porque as estruturas nos constituem e constitui o outro, as construções sociais atravessam todos os sujeitos e espaços constituídos de sujeitos.

O NASF tende a ser contra-hegemônico (tende porque está bem localizado no espaço/tempo, contextualizado, portanto, passível de deturpação), porque tem capacidade de quebra do discurso competente, que é a ideologia do discurso instituído que produz sistemas simbólicos imunes à reflexão. Segundo Chauí (2001, pág. 55) “A linguagem sofre uma restrição, pois não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa e em qualquer circunstância”, quando baseada na competência do especialista, aquele que tem respaldo, que pode falar por e sobre. Quando faço uma análise da experiência NASF, o desconforto causado, a narrativa construída sobre o NASF “não fazer nada” (que é o analisador mais importante sobre o NASF), é atrelado ao profissional que perde sua identidade, porque pode emprestar novas ferramentas para trabalhadores de diferentes

“profissões”, para adquirir um saber, para poder atuar por uma perspectiva ampliada e não fragmentada, poucas são as quebras revolucionárias de ideologias dentro de sistemas estatais, como a criação do NASF.

Entretanto, é possível perceber uma dinâmica institucional da qual o profissional que realiza atividades clínicas na atenção primária, como: médico, enfermeiro e dentista, deslegitima o trabalho de quebra da competência ideológica do NASF, ao não reconhecer estes trabalhadores como tais, não os acionando, não dando permissividade para compreensão de outros funcionamentos para a fragmentação já dada e em vigor, conseguindo assim, argumentos para o não-fazer. Podemos perceber nessa dinâmica, planos de forças que manterão o status esperado, principalmente porque o NASF não está menos passível de reproduzir essa ideologia no trabalho em ato, afinal todas as formações são formatadas e estabelecidas no discurso competente.

O que não é diferente para Psicologia que está inserida no núcleo ampliado de saúde da família. A psicologia é um dos chamamentos que a vida me propôs como tarefa e força de trabalho e para essa informação precisamos fazer importantes ponderações para identificar analisadores: 1- Faço parte da primeira turma de residentes Psicólogos do programa de residência FESF-SUS; 2- O Psicólogo que esteve presente comigo nessa trajetória, esteve por pouco tempo; 3- Fui o único trabalhador Psicólogo da atenção primária em 2018 (R1) e sem suporte pedagógico de núcleo até meados de setembro de 2018 (APN - Apoiador de núcleo); 4 - a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Dias d'Ávila tem defasagens importantes, é uma rede sobrecarregada, com vazios assistenciais consideráveis e com lógicas de trabalho manicomial que causam ressonância na minha perspectiva e expectativa de trabalho na atenção básica. Dito isso, posso adiantar que tatear Dias d'Ávila não só pelo olhar antropológico, mas agora com o olhar psicológico foi uma tarefa árdua, solitária e com diversas dimensões de análise: macro, meso, microssociais.

Os analisadores como único trabalhador Psicólogo da atenção primária, no NASF, permeado pelas violências e diversos atravessamentos do sujeito que chega me remete a cuidados que me demandam muita energia para estar atento para não ser mais um ente que reproduz violências, na medida em que venho de uma cidade que tem narrativas estereotipadas, classistas, etnocentristas, racistas, sobre a Bahia e a região em que está inserida. Essa informação me demanda o cuidado de não cair na lógica do pensamento de colonizador, para fazer o seu inverso, ou seja, descolonizar a minha participação nas intervenções psicológicas, o que significa estar atento para as condições objetivas e subjetivas que quebram padrões de dominação (STRECK, 2017, p.195).

Evidentemente o olhar descolonizado do sujeito que chega, não significa ser condescendente e muito menos conciliador com os analisadores e nós críticos. O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS é um serviço de saúde mental que tem como principal função

ser um dispositivo antimanicomial, antifatalista e com responsabilidades sanitárias capazes de ser um marcador na história da saúde mental brasileira. Entretanto, em Dias d'Ávila este serviço é o que mais mantém status de violência institucional e mantém-se como pátio de manicômio.

No meu fazer de R1 esse funcionamento ressoou. As narrativas dos profissionais de diversos serviços, dos usuários nos diferentes espaços, da gestão e diversos outros entes caminharam em direção ao tratamento do louco condenado ao fechamento da ostra, aos novos métodos de exclusão: a dependência do serviço CAPS e altas doses de medicamento. Na dinâmica institucional ressoava como: somente o psicólogo é capaz de cuidado em saúde mental. Essa narrativa não é criada por vias unideterminadas, é multifatorial. É o despertar da ideologia do discurso competente, como também, é a ressonância da disfunção dos dispositivos.

Neste trajeto, se faz importante lembrar que todos os analisadores se cruzam, são conectados, ou seja, nenhum destes estiveram isolados em análise e a partir dessa informação, ressalto que o Portfólio em forma de diário de campo, continua a maior fonte de analisadores de intervenção, que apesar de não haver APN, como trazido anteriormente, houve tentativas de comunicação com outros entes pedagógicos, sobre estes analisadores, o que fazer com eles, como intervir de forma coletiva, dentre outras possibilidades, mas sem sucesso. O que levanta mais um analisador importante: O distanciamento das estratégias de educação e sistemas de saúde:

“Há um teórico, chamado François Dubet que diz: “[...] Sem me dar muito conta disso, os alunos eram sensíveis ao fato de eu me interessar por eles como pessoas, isto significa que eu falo com eles, que eu me lembro de suas histórias (...)”. E nisso, penso que o fazer educação em saúde, está desvirtuado... Os discursos políticos de saúde, estão não alinhados do formato que a educação libertadora pensa sua prática. A educação que leva em consideração as singularidades, as histórias de vida. Muito se fala em PTS (Projeto terapêutico singular), mas pouco se entende na práxis sobre singularidade.” (Diário de campo, 24/01/2019).

Neste analisador estão possibilidades de intervenção que podem construir atos de convencimento de novas configurações de acontecimentos para todos os analisadores até aqui sinalizados. A educação tem frentes de enfrentamento na amorosidade, com concepções de humanidade, na aposta da transformação das condições dadas para uma outra em desenvolvimento.

Os analisadores acima possibilitam a discussão dos próximos trajetos. Dão pistas, mas também convocações, convites e intervenções.

SEGUNDA CARTOGRAFIA: SOMENTE OS BONS ENCONTROS DEMONSTRAM A ÉTICA DO CUIDADO.

*"Você tem que agir como se fosse possível transformar radicalmente o mundo. E você tem que fazer isso o tempo todo."
Angela Davis*

Trajetos 3 – Núcleo ampliado e ampliador: uma ferramenta da integralidade.

A sala de reunião da Secretaria de Saúde de Dias d'Ávila foi um local bastante frequentado durante toda a trajetória aqui desenhada. Em uma de suas paredes há uma maquete feita de isopor e caixas de medicamentos, que formam uma tentativa de expressar o município de Dias d'Ávila e suas contradições: ruas asphaltadas - chão de terra, área urbana - área rural, natureza - poluição... Por aí vai. Chama a atenção de todos os que entram na sala pela primeira vez, pelo tamanho, cores e materiais, mas quando se olhar atentamente, é possível perceber que nela há pistas importantes.



Figura 1 - maquete localizada na parede da sala de reunião da Secretaria Municipal de Saúde de Dias d'Ávila/BA

Pode-se entrar nessa maquete e começar um caminho pelas ruas asphaltadas da Concórdia, do Entroncamento, da Varginha - Unidades de saúde e bairros de Dias d'Ávila - e durante uma visita domiciliar, de repente, adentrar uma rua de chão de barro, bem retratada pela maquete com uma tinta marrom que dá continuidade e se mistura ao cinza do asfalto.

Caminhar em Dias d'Ávila para conhecer seus territórios estruturais e existenciais, construindo um fazer de núcleo ampliado de saúde da família, requer o olhar atento aos

caminhos que os usuários fazem na cidade para os encontros conosco acontecerem. A pista principal que emerge nessa maquete é o que tem sido entrave para acesso aos dispositivos de assistência para alguns usuários, só compreende o que é cuidar em saúde, quem faz a análise dos caminhos.

O cuidar é a essência de nosso trabalho cotidiano e somente há cuidado quando há bons encontros mesmo com histórias de sofrimento e dor que nos chega às salas de acolhimento, atendimento, sala de espera, grupos de saúde e todo e qualquer espaço que haja abertura para o cuidado em saúde, pois "o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam" (Rosa, 1985, p.21) e acreditar na transformação e no movimento das condições, situações e arranjos instituídos é possibilitar o cuidado.

Evidentemente pensar o cuidado com poesia, não faz da experiência menos intensa. Porque cuidar é também administrar, fazer gestão do processo de trabalho e manejar o imprevisível no cotidiano das Unidades de Saúde da Família. A importância de um núcleo ampliado está no produzir cuidado com a proposta de também trazer resolução, fortalecer as ações da atenção básica, de modo a potencializar a efetividade e resolutividade das práticas das equipes que conseqüentemente, diminui os moldes encaminhativos de se fazer saúde e gera bons encontros, porque na atenção básica há o benefício da criação de vínculo.

Ampliado porque se estende às equipe de saúde da família e possibilita um leque de novas ofertas em saúde, porque aumenta a capacidade de cuidado através da ampliação do raciocínio clínico, mas também porque amplia as perspectivas epidemiológicas e sociopolíticas dos territórios, o que faz a atenção básica ter um caráter de prevenção de agravos, promover saúde e a capacita para a ordenação da rede.

Entretanto, na rica experiência prática de ser NASF, percebo que para além de ser ampliado como algo que se estende, o NASF também é ampliador, é quem tem uma potência por complexificar as narrativas e os fazeres. Ampliador porque existe um devir na prática clínico-assistencial que é técnico-pedagógica e vice-versa. Um dos exemplos mais poderosos dessa experiência foi a ampliação do conceito de família utilizado para identificar a atenção básica em saúde no SUS.

O que chamamos de família e o que é saúde? Como estamos num processo de residência/educação em saúde, tive um imaginário de que essa seria a primeira discussão que se teria no início do processo de educação, visto que na nomenclatura "família" há diversos equívocos por geralmente estar reduzida a modelos hegemônicos. Apesar de tencionar essa discussão nos momentos pedagógicos da residência, sentia que minhas falas não tinham retorno, mas mesmo a falta de discussão e/ou esvaziamento de significado para esses conceitos, teve muito a dizer.

A experiência como residente me evidenciou algumas motivações do porquê e onde se sustenta os conceitos mais perversos possíveis para saúde e família. Inclusive, quando se levanta os indicadores por linha de cuidado percebe-se algumas relações que a atenção básica faz com os modelos hegemônicos de família e me faz muito mais sentido quando faço um diálogo com as Unidades das quais trabalhava.

Os indicadores mais estruturados para análise são os da rede cegonha e os da saúde da mulher por uma perspectiva da saúde reprodutiva. Devemos complexificar essa questão, visto que esses indicadores também estão relacionados a mortalidade do sexo feminino, mas o que me soava estranho era a forma que era ofertado, pois reduz a mulher a maternidade. Como também exclui outras formas de ser mulher, pois não há nenhuma oferta preestabelecida de agenda para população LGBTQ+, não há agenda para as especificidades da população negra em nenhuma das unidades.

Sendo outro analisador o fato da RAPS ser a linha de cuidado com menos atenção ainda para análise, para indicadores fidedignos e propostas de atendimento e cuidado na atenção básica, de modo que soa que quem precisa se preocupar com essas questões estruturais e transversais são as grandes capitais, porque é lá que tem recursos e/ou quem deve lidar com essas questões são os níveis secundário e terciário de atenção. Os ambulatorios transexualizadores, anemia falciforme, CAPS etc. Como se a atenção básica - "a saúde da família" - não tivesse a responsabilidade e obrigação de ofertar atenção para todas as formas de ser e estar no mundo.

O termo "família desestruturada", por exemplo, faz parte do cotidiano das unidades para tentar dar conta das mazelas que surgiam, pois este é um importante analisador que sustentou a minha defesa de se trabalhar esses conceitos, visto que para que haja um modelo desestruturado, há o estruturado (o hegemônico, a família nuclear capitalista e de bem, o modelo perverso que culpabiliza os entes por não se enquadrarem em determinado formato).

Visto isso, o Núcleo ampliado(r) me produz sentido e compreensão das frentes de trabalho possíveis. Promover na prática de núcleo ampliado(r) a discussão a cada atendimento compartilhado, interconsulta e visitas domiciliares sobre o acesso a partir dos nomes que temos dado a saúde da atenção básica, surge uma imediata vontade coletiva de se revisitar, porque promover ampliação está principalmente atrelado a se construir novos processos históricos, ou seja, nos contextualizar, promover um olhar sobre onde estamos no tempo-espaço para possibilitar um devir gerador de vida para quem não tem tido. Para quem o termo "família" tem sido fator de exclusão.

Ser núcleo ampliador da clínica foi um grande processo de me reinventar enquanto psicólogo (núcleo) e apoiador matricial/institucional (campo). Este exemplo é caro para mim por diversas razões, dentre elas: 1- porque as agendas das unidades de saúde são

construídas a partir do modelo hegemônico de família, 2- porque as diferentes possibilidades de intervenção e de análise situacional do território foram abafadas para promover a saúde reducionista e não-comunitária, pois a saúde do trabalhador, a saúde da população LGBT, da população negra, do ambiente, dos programas Intersetoriais como o programa de saúde na escola, às ações de vigilância sanitária e epidemiológica, a saúde mental e o planejamento estratégico para ofertar saúde de acordo com as análises destas temáticas, estiveram submissas ao fazer saúde pela ótica do enfermeiro, dentista e médico que dificilmente estiveram abertos a ampliação de suas clínicas, 3- porque é possível perceber que existem planos de revolução dentro de um sistema que estão nos sujeitos e não na existência de um sistema em si. Se quisermos ser contra-hegemônicos de fato, a nossa luta não virá de um sistema para um macro sistema. É claro, que encontramos estratégias de combate dentro de um sistema, porque estamos inseridos nele, não porque dele vem forças revolucionárias.

O exemplo citado sobre o termo família foi uma de várias outras ampliações que o NASF trouxe às discussões que permeavam as unidades de saúde, pois também quando falamos de álcool e drogas no cotidiano da unidade, as propostas de intervenção se preocuparam pouco em reverter a lógica de criminalização da pobreza, mas vieram para intervir ao ato de usar determinada substância (tal sujeito precisa parar de usar droga), vieram pouco na perspectiva de entender a função da droga, mas sim no reconhecimento das instituições que podem auxiliar no tratamento como primeiro formato de intervenção. A lógica de ampliar está nisso, na singularidade dos sujeitos diante de questões que são de ordem macrosociais.

A construção destas palavras no contexto da atenção básica simboliza exatamente o que entendo como retroalimentação de um sistema de exclusão, o núcleo ampliador promoveu enfrentamentos importantes, por colocar em jogo a ótica que seria decidida como modo de cuidado. Por vezes óticas não éticas. Encontros não baseados em cuidado, mas em lógicas salvacionistas e com relações de poder bem delineadas.

O que estamos chamando de ampliação nesse texto está conectado ao princípio da integralidade que possibilita a visão sobre os sujeitos de forma desfragmentada, totalizante e que complexifica as vidas, não às reduzindo as perspectivas de *saúde – doença* que as patologizam e que produzem o apagamento das existências para perceber somente as queixas, mas todas as informações das quais os seus territórios trazem sobre estes sujeitos. Podemos pegar emprestado o que Mattos (2001) nos relata:

A integralidade, como toda imagem objetivo, é polissêmica, ou seja, têm vários sentidos. Ela traz consigo um grande número de possibilidade de realidades futuras a serem criadas. Talvez não devemos buscar definir a integralidade, mas temos sim que

identificaros sentidos que os profissionais de saúde de um modo geral estão conferindo a concepção e a prática desse princípio tão importante do SUS. (MATTOS, R.A., 2001, p.39)

Todos os exemplos trazidos como modo de ampliar dos quais o NASF esteve implicado a produzir efeito estão regidos pela integralidade como princípio ético de trabalho no Sistema Único de Saúde. Trabalho crítico, implicado, denso, micropolítico, delicado e com um devir importante de inventar uma nova clínica. Nova porque há uma a priori, como vamos encontrar no próximo trajeto.

Trajeta 4 - A (re) invenção da clínica no NASF.

Até aqui tenho apostado que prestar assistência é cuidar, dado o fator significativo no trajeto anterior sobre o que chamo de cuidar, também aposto na importância de compreender o fazer clínico do qual o Núcleo ampliado teve como essência a desconstrução da clínica que se espera: a clínica dos especialistas.

A problematização da clínica que era esperada pelas trabalhadoras com a chegada da psicologia na atenção primária de Dias d'Ávila teve efeito significativo na práxis coletiva, a partir das questões que emergiram, mas isso não significou que a quebra da prática tradicional da clínica psicológica compreendeu todo conjunto de ferramentas contra as experiências segregadoras e fragmentadas de se fazer saúde. Tampouco com a problematização em si desse lugar esperado da clínica tradicional, encerrou-se a luta por práticas criativas e produtoras de novos sentidos.

Podemos pegar emprestado o nome de biopoder, poder sobre a vida, que Foucault utiliza para discutir o nascimento da clínica, que pode ser definido como um "(...) poder que se incumbiu tanto do corpo como da vida, ou que se incumbiu, se vocês preferirem, da vida em geral, com o polo do corpo (biopoder) e o polo da população (biopolítica)". (Foucault, 1999, p. 302).

Nesse caso, Foucault (1999) relata o nascimento da clínica médica e pontua o poder disciplinar e o controle dos corpos que a medicina tem como base na sua ideologia e aqui está um dado importante: a psicologia clínica é herdeira da clínica médica, ou seja, suas bases estão no controle dos corpos.

Vale ressaltar, que no decorrer da história da psicologia houve importantes revoluções de seus compromissos, para um projeto social que anuncia a dimensão da consciência-para-si e para-o-outro e reverte uma posição de clínica normativa. Porém, são revoluções inacabadas, pois apesar de instituídos legalmente em seu código de ética uma força não-normativa, o imaginário criado sobre a psicologia como profissão é de que no seu fazer se cura o sofrimento pela normatização.

A Psicologia brasileira se fortalece numa postura de clínica-política e tem de se a ver com todas as frentes de lutas que requerem subjetividades construídas de acordo com as estruturas, mas não está somente nos órgãos reguladores da psicologia o fazer não-normativo, pois é no seu fazer cotidiano que se permite reconstruções. Ainda que haja o caráter de quebra das lógicas clínicas hegemônicas, quando se chega no Núcleo Ampliado(r) se percebe que o jogo de forças da prática clínica que disciplina contrasta imediatamente a qualquer molde teórico de revolução nos acionamentos dados a psicologia do NASF.

Desconstruir a clínica já não seria mais um termo utilizado para realizar enfrentamentos, porque na fragilidade da saúde mental de Dias d'Ávila encontrava legitimidade nos mais diversos requerimentos dos sujeitos sobre um fazer psicológico clínico, sendo assim, a tomada de decisão foi desconstruir as necessidades do território e não mais a clínica. Possibilitar, emprestar e construir junto com as equipes uma clínica: Reinventar.

Reinventar a clínica significou utilizar as ferramentas possibilitadas pela organização de matriciamento dadas ao Núcleo Ampliado(r), que apesar de disponíveis teoricamente nas diferentes literaturas, se cria uma abstração conceitual que exige negociação para aplicá-las e conseqüentemente, remodelar os conceitos de efetividade em saúde somente pela lógica curativista e a priori das demandas dos sujeitos, pois como nos lembra Oliveira (2007, p.53) “[...] apenas quer dizer que todo procedimento, técnico ou não técnico, de “encaixar” uma certa demanda em uma dada oferta pré-concebida (formulada antes do contato com a demanda ou em função de uma série histórica de demandas estudadas) consiste em um processo de enquadramento, que sempre é, em algum grau, uma prática prescritiva e, conseqüentemente, autoritária”.

Reinventar porque a priori há expectativas do que a especialidade está disposta a fazer, como pude compartilhar. Tenho no meu diário de campo algumas construções deste reinventar, mas também de algumas inquietações:

“[...] E vinha uma tensão de um lugar muito pior do que qualquer outro: de mim mesmo. Minha identidade profissional ficou por tempos em jogo, por mais que tivesse superado a discussão da ideologia do discurso competente da psicologia como núcleo de trabalho, (eu sei que não precisava me colocar enquanto especialista), mas por onde começar? Como fazer a dentista se perceber responsável em realizar uma escuta qualificada? Como sensibilizar as equipes a compreenderem que os sujeitos, são seres integrados, que a mente/psíquico não está fora do corpo?” (Diário de campo, 01/12/2018).

Reinventar a clínica se deu em apostas, como quando nós do NASF realizamos o matriciamento de violência, percebemos o efeito grandioso que esse fazer tem por si só: juntar equipes para falar sobre uma temática que não compreendem como saúde pública. Isso por si, já causou importantes deslocamentos a todos nós, matriciadores e equipe matriciada, vieram resultados cruciais para articulação de rede como as reuniões mensais com o Centro de Referência especializado da Assistência Social (CREAS), Ministério Público, CAPS e outros dispositivos da rede que sentam conosco para pensar em fluxos, discutir casos, pensar em propostas e criação de Projeto Terapêutico Singular (PTS).

E foi aí que percebi onde estava o que tanto precisava: trazer a solidão da psicologia para o coletivo. Trazer para a equipe da Unidade de saúde da família Entroncamento, a necessidade de se realizar um grupo de saúde mental, foi prontamente acatado. Entretanto, a proposta tinha uma discussão bastante importante: como o Psicólogo do NASF pode estar implicado, de modo que nem a população e nem os trabalhadores vejam nesse núcleo a especialidade?

Foram alguns passos importantes a serem dados para que esse caminho se fizesse em ato. 1- conhecemos o público alvo? Sabemos o que queremos com esse grupo? – prontamente as Agentes comunitárias de Saúde nos ajudaram a pensar nesse tópico. 2- Em seguida, foi um matriciamento com a equipe: mas não para dizer o que devem fazer, mas sim para discutir a proposta. Sentamos e discutimos o grupo enquanto projeto, enquanto um modo de se pensar saúde mental.

Decidimos que o matriciamento seria contínuo, foram quatro encontros para criar esse projeto, e então, foi realizada a primeira intervenção.

Apliquei nas profissionais agentes de saúde, dentista, médica e enfermeira a proposta de trabalho que elas realizaram nos usuários e o movimento foi duplo – se sentiram cuidadas, afetadas e implicadas a entender que saúde mental dizia respeito a elas mesmas. Que individualmente, elas também têm saúde mental. Essa descoberta transformou completamente nossos encontros. Como bem nos esclarece Zourabichvili (2000: 353):

“A experimentação para Deleuze e Guattari, nada tem a ver com esses jogos de existência em que a parte do acaso é bastante exígua. Tateante, discreta, em parte inconsciente, duplicada pelas lutas coletivas por direitos inéditos que permitam sua efetuação, ela se confunde com a própria existência, quando esta lida com um remanejamento profundo de suas condições de percepção, e com os imperativos afetivos que dele resultam.”

Descobrimos juntos a ética do cuidado de si.

Inicialmente, pedi para que houvesse um afastamento do psicólogo no dia no grupo. Elas conduziram e o retorno não podia ser melhor:

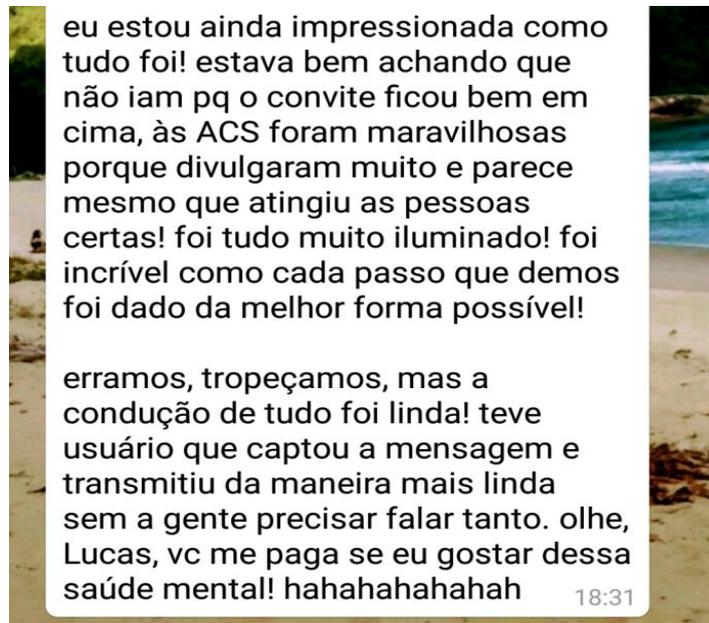


Figura 2 - mensagem de whatsapp referente ao grupo de saúde mental pela equipe mínima da USF Entroncamento m

Marcamos um outro encontro. Onde utilizei duas ferramentas do matriciamento: a discussão de caso e a aplicação da próxima intervenção. Falamos de como foi o grupo, sobre os sujeitos individual e coletivamente. Discutimos casos. Propus uma discussão sobre o papel do coordenador de grupo e o trabalho em saúde mental – as especificidades... O conversar enquanto fonte de saúde, a escuta qualificada, ser espaço de continência, então ouvi: “Já posso ser Psicóloga.” E Isso me acendeu um alerta sobre um efeito da ampliação: ampliar a clínica com as ferramentas técnicas-pedagógicas criam novas competências. Criar competências é também lidar com a ideologia do discurso competente anteriormente ressaltado. É sempre lembrar no ato que criar competências em saúde com o núcleo ampliado está implicado no fazer saúde com integralidade, não no jogo ideológico de dominação pelo saber (CHAUI, 2001).

De modo geral, manejar no cotidiano todas estas tarefas micropolíticas de ampliar a clínica, também desenvolveu importantes ampliações no núcleo ampliado(r), porque reinventar uma clínica é também se perceber no processo de reinvenção:

“Estamos desenvolvendo o grupo processualmente. Temos trabalhado muito a psicodinâmica do grupo, e os matriciamentos e intervenções tem causado um efeito de tirar do Psicólogo a sobrecarga. Foi aqui que entendi a potência do NASF, mas melhor do que isso: acho que a equipe mínima também entendeu.” (Diário de campo, 1/12/2018).

Ressalto a data na citação acima por desejar fazer algumas ponderações. Dezembro de 2018, data próxima a finalização do primeiro ano de residência, aqui se faz mister a compreensão do desenho da Residência em Saúde da Família, de onde estes trajetos foram desenhados. São dois anos de residência que iniciaram em março/2018, com término previsto para março/2020. Cada ano com propostas diferentes de aprendizagem, desenvolvimento de habilidades e atitudes. De forma bastante genérica, por não ser este o enfoque desta trajetória, no primeiro ano os residentes estão no campo de trabalho voltados à assistência e ao cuidado de forma direta no serviços de saúde da família e NASF-AB, onde assumimos as equipes doterritório de abrangência da USF Concórdia I e II e da USF Entroncamento I e II, o NASF trabalhava nestas unidades mais a USF Varginha.

No segundo ano, transitamos os espaços de gestão por três meses, como Sala de Situação Municipal, Gerência de Atenção à Saúde e setor de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Dias d'Ávila. Realizamos o estágio eletivo por sete semanas, que tem perfil somativo e o estágio de redes por seis meses, onde optamos qual rede de atenção à saúde iremos atuar de modo a integrar as habilidades do primeiro ano, articulando a atenção básica aos outros níveis de atenção.

Dito isto, sinalizo que os efeitos do apoio matricial só me produziram sentido no findar da etapa do primeiro ano de residência, ainda que lesse sobre, estudasse o caderno ministerial do NASF, artigos, portarias... A produção de sentido na vida prática se dá nas apostas que fazemos e arriscamos. A compreensão ainda é contínua sobre o efeito matriciador, visto que no período do segundo ano, ainda esta estratégia é utilizada.

Nos convoca a ter generosidade com o processo formativo dos envolvidos, inclusive conosco. Quando explico a ideologia do discurso competente, ressalto as formações em saúde e os modelos fragmentados de produção de conhecimento, mas o sistema de saúde brasileiro tem um princípio que exige a revisão daquilo que é proposto nos tempos de graduação. A integralidade é um termo que causa confusão, porque faz jus a noção de sistema. Compreensão que entra em choque com os moldes e tem potencial angustiante no processo de quebrar os modelos de ação das atividades profissionais de quem deseja acreditar no que o SUS propõe.

Este grupo foi uma aposta para os primeiros contatos com a saúde mental de forma sistemática pela equipe, este modelo se propunha a requerer presença nestes encontros

para estes se reverberarem nas suas atuações clínicas. Evidentemente, a proposta não poderia se fixar nesta modalidade, na medida em que se despendeu muito das agendas para ocorrer as educações permanentes em saúde mental - execução do grupo - discussão de casos, sendo estes encontros reformulados quando chegaram os novos residentes para o primeiro ano e a ampliação desta proposta para a Unidade de Saúde da família da Concórdia.

TERCEIRA CARTOGRAFIA: MUDANÇAS DE ROTA

*"É preciso pegar as coisas
para extrair delas a visibilidade"
(DELEUZE, 1992, pág121)*

Trajetos 5 - A gestão em saúde Municipal - costurando as práticas.

Dia 28 de outubro de 2018, sentado na ponta da cama, diante da televisão, sinto sensações das mais estranhas ao assistir a eleição do atual presidente do Brasil. A sucessão de fatos desde este dia até a escrita atual deste percurso são das mais assustadoras.

Este trajeto é escrito com muitas preocupações sobre o futuro do SUS, estamos diante dos maiores golpes financeiros, éticos, políticos sobre o setor saúde no Brasil.

Muitos dados antes das eleições levantam imaginários sobre o que será do Brasil e das políticas públicas que fazem a construção de uma nação soberana, como: as falas do presidente que são racistas, misóginas, LGBTQfóbicas, neoliberais, antipatriotas, amante dos ideais estadunidenses, fascistas, a favor do extermínio da população indígena... Quando relacionamos estes fatos ao SUS, percebemos a desconexão e sensação de quebra de um projeto político que vem disseminando a ruptura a estes fatores supracitados.

A necessidade de ampliação da clínica como colhido nos trajetos anteriores, vem justamente como contracultura, se sabemos que a eleição do atual presidente significa aproximação de movimentos necropolíticos, como defender as políticas de saúde a favor da pluralidade da vida?

Se está fatídico que o SUS sofrerá constrangimentos por possibilitar vida, o que fazer para defendê-lo? Ainda que sofra constrangimentos, é um direito constitucional e não é de fácil derrota, significa que os constrangimentos virão de formas estratégicas e internas. O próprio Ministério da Saúde facilitando sua perda de autoridade sanitária.

No mês de abril de 2019 embarco numa nova jornada, dentro da Secretaria Municipal de Dias d'Ávila (SESAU) na assessoria do gabinete, onde há implantado a sala de situação em saúde, onde estagiei com a assessora Yana Almeida. Estágio que me possibilitou compreender os bastidores do SUS municipal diante do estabelecimento de uma gestão federal que inviabiliza processos que estavam em andamento, tal como o fortalecimento da atenção básica, que está sob novo financiamento e consequente reformulação, o fortalecimento da reforma psiquiátrica da lei 10.216 de 2001, que teve retrocessos em sua lógica desde 2017 diante do governo não eleito que amplia as ações das comunidades terapêuticas, como também, indiretamente a política fortalece as ações de

internação hospitalar na resolução de Nº 32, de 14 de dezembro de 2017 e nota técnica nº11/2019 que retoma a eletroconvulsoterapia, inclusão dos hospitais psiquiátricos, nova conformação da RAPS que desconsidera a Desinstitucionalização e a Reabilitação Psicossocial como componentes, alteração da proposta das Residências Terapêuticas considerados originalmente como pontos de atenção indenizatórios e que nesta nota propõe que outros públicos sejam inseridos. No estágio de gestão ficaram evidentes os impactos no corpo do Sistema de saúde.

O estágio me possibilitou importantes conhecimentos sobre planejamento, gestão, dados e sistema de informação em saúde, inclusive despersonificando a gestão local, trazendo humanidade e compreensão sobre a administração do SUS no trânsito dos diferentes lócus de trabalho, visto que os trabalhadores que estão no âmbito central, tem responsabilidades delicadas e por vezes não entendida pelos trabalhadores da assistência, por vezes por falta de métodos de gestão tanto no nível central como nos outros lócus, por projeção de um papel de poder, mas também pelas fragilidades formativas (LORENZETI, 2014).

Concomitante ao estágio, estive presente no cotidiano da assistência por uma outra perspectiva, facilitando espaços pela via da iniciação a preceptoría, e a partir dos conhecimentos adquiridos, conseguir associar os aprendizados e possibilitar que meus pares tenham acesso e quebrem padrões de repetição no fazer.

Com a eleição vieram imaginários, mas também certezas verbalizadas e uma delas é a que o NASF-AB está com os holofotes, na mira de ser aniquilado. A iniciação a preceptoría foi uma das possibilidades de causar secção entre a gestão e os colegas que chegaram para o primeiro ano da residência. O NASF sob ameaça foi um fator de desmobilização dentre eles, como também, alguns destes não desejavam estar na atenção básica e este fator foi um empecilho na criação de possibilidades de intervenção diante dos fatos.

Uma das frentes de defesa é a concretização do fazer do NASF pelas vias de reconhecimento dos trabalhos realizados com a gestão das práticas, de modo que não seja um fazer desmedido, imediatista, não planejado... mas com uma atuação que cause efeito, proponha mudanças das configurações cristalizadas de fazer saúde, não só problematizadora, mas efetiva e possível de identificar. A sala de situação produziu diversos efeitos sobre minha percepção sobre o NASF e o fazer gestão do cuidado, evidenciou algumas motivações das quais o NASF é potente por sua capacidade reorientadora e de vigilância em saúde.

Quando apareciam os casos em que o termo família era excludente na minha experiência de R1, o NASF e a rede eram onde esses sujeitos procuravam por suporte e ao chegar ao núcleo ampliador, estávamos nas mãos com responsabilidades de demonstração

das ações em Saúde que provocam mudanças de rotas e precisava estar evidenciado, pela sua defesa e fortalecimento.

Tentei implantar uma sala de situação no NASF, através da explicação do que é e de como implantar, mas o ensimesmamento e desmobilização tiveram mais impacto do que as propostas racionais de defesa do NASF, confesso que senti que estava tarde este movimento e o monitoramento das ações do NASF, de fato estava enfraquecida. Não pude perceber os efeitos desta aposta, mas não me senti invalidado por saber que a experiência revela as necessidades. Criar a necessidade de monitorar seria outra estratégia, da mesma forma que sinto uma responsabilidade em perceber formas de defesa pelo processo de planejamento e gestão efetiva do NASF, sinto o mesmo pela RAPS, rede da qual existem dificuldades de planejamento, monitoramento e avaliação na gestão nacional e local.

Trajetos 6 - O efeito manicomial e conhecimento da RAPS.

A ausência também indica importantes informações, expõe fragilidades e as urgências na criação de instrumentos de análise sobre as reais necessidades da população, dos serviços, do território, do município, do estado, da nação... evidenciei um importante analisador no trajeto 2, de que a situação da rede de atenção psicossocial de Dias d'Ávila estava fragilizada a ponto de minha atuação ser perpassada pela dinâmica disfuncional da rede.

Segundo Kopnin (1978, pág. 175), "O conhecimento está necessariamente imbuído no campo da atividade prática do homem, mas para garantir o êxito desta atividade ele deve relacionar-se necessariamente com a realidade objetiva que existe fora do homem e serve de objeto a essa atividade". O autor se refere a apropriação do conhecimento científico e devemos relacionar aos processos de trabalho em saúde, pois conhecer a realidade objetiva quando estamos na ponta exige um olhar de fora da produção, que por vezes nos é (auto)retirado no cotidiano.

O estágio de gestão me inquietou por diversas motivações, a já explicitada dificuldade de planejamento, monitoramento e avaliação do NASF, nos analisadores que emergem a lógica reprodutiva da saúde por fortalecer indicadores relacionados a família no seu aspecto reprodutor e não de modo integral, as ausências de informações sobre a RAPS, sobre a saúde da população negra, sobre a saúde da população transexual, dos gays, lésbicas, das especificidades das pessoas que tem anemia falciforme, entre outras.

Existe uma responsabilidade no adquirir conhecimento e informações que está na ordem do "o que fazer com isso?". Fazer as informações circular é uma das possibilidades, capilarizar, fazer conhecida, demandar das forças coletivas no projeto de intervir. Os colegiados de gestão surgem como intercessores para estas inquietações. Sendo dois deles

essenciais para realização e gestão dos processos que produziram forças desejanter na sala de situação: o grupo Condutor da RAPS (GCRAPS) e o grupo de trabalho da sala de situação (GTSS).

Estes dois grupos têm propostas diferentes, mas estão interligados, o GCRAPS, foi iniciado em novembro de 2018 com a proposta de reprogramar as ações de rede, criar fluxos, estabelecer *guidelines*, visitar e reestruturar a rede. O GTSS se propunha a ser espaço que questiona o que o setor saúde em Dias d'Ávila têm realizado e se os atores estão implicados no reconhecimento das suas ações de modo a saber exatamente o que tem sido fator de proteção e de risco da população pelo estudo sistemático da vigilância em saúde. Esse parágrafo, com certeza não pretende aprofundar a complexa tarefa destes coletivos, mas dar um norte para o leitor sobre o quão estratégico é coletivizar as inquietações.

A primeira ideia para criar uma intersecção entre os dois coletivos, foi a criação de um projeto-piloto para produção de monitoramento da rede, *pari passu* ao GTSS e ao GCRAPS, de modo a integrar as ferramentas de planejamento e gestão da sala de situação ao grupo condutor. O primeiro passo foi a realização de um plano operativo que nos evidenciou o desconhecimento da RAPS e sua situação atual e conseqüentemente afirmou que a realização de um diagnóstico situacional (DS) promoveria uma articulação entre os coletivos. Propus a realização do DS com minha colega de trabalho Evany e embarcamos num desafio de em sete semanas ir aos mais profundos oceanos e fazer emergir o que devemos transformar, a partir de dados de realidade.

Posso afirmar que este foi um desafio extremamente denso e por vezes de difícil digestão. Problemáticas delicadas apareceram, a remanicomialização é fator que atravessa os serviços e não está isolado da conjuntura, visto que é um movimento das esferas ministeriais, através das portarias Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012 e Portaria 3.588/GM/MS aprovada pela CIT de 21 de dezembro de 2017.

Para realizar o DS, utilizamos o instrumento de avaliação "Qualidade/Direitos (Quality/Rights)" elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013), como parte do Projeto-piloto de implantação de avaliação e monitoramento da rede de atenção psicossocial - RAPS de Dias d'Ávila/BA: análise da situação da saúde mental do município.

O projeto teve como primeiro movimento realizar um diagnóstico situacional nas instituições de saúde a partir de entrevistas, observações e análise de documentos, considerando as dificuldades referentes ao cuidado e ao estigma relacionado às pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Relações políticas pervertidas e promíscuas, lógica manicomial, exclusão dos incluídos, aprisionamento, retirada da autonomia, silenciamento, racismo institucional,

documentos anacrônicos, narrativas de medo. Conhecer essa realidade foi angustiante, por me lembrar da minha condição, do meu vínculo empregatício com pouca governabilidade sobre os arranjos institucionais tais como apareceram. Retomamos o conceito de fatalismo aqui? Estamos falando de violência, não estamos? E quando é uma tipologia de violência disfarçada de cuidado?

Estar nestes espaços coletivos para falar de indicadores, DS, planejamento e gestão da RAPS, foi também resgatar a humanidade dos sujeitos que transitam essa rede, fazer-se "zona de comunidade" que seria, como nos sugere Rolnik (2002), um "sofrer junto com", feito ao mesmo tempo, de indiferença a tudo o que se aproxima da homogeneização e de cumplicidade com todo e qualquer movimento de entrega e de diferenciação. Falávamos de bons encontros como produtores de cuidado, em outros trajetos... aqui devemos transver o que os números significam.

Falamos de sala de situação, de conseguir perceber com análises quantitativas e qualitativas o que temos feito, e humanizar estes números é tarefa dada para quem acredita no SUS, "É correr o risco dessa exposição, ao invés de optar pela garantia de uma relação "politicamente correta" que confina o outro numa representação e protege a subjetividade do risco de contaminação afetiva." (ROLNIK, S., 2003, pág. 5).

A apresentação destes resultados aqui descritos teve presença dos dois coletivos e produziu a missão de criar frentes de enfrentamentos a todos os aspectos de urgência. Criamos planos de ação e planejamentos estratégicos diante da situação (feridas) exposta. Este movimento evidencia forças instituintes e quebras dos ciclos fatalísticos, mas me retoma a discussão sobre o NASF.

O não-lugar que pende a um *modus operandi*, que destoa das práticas dominantes em saúde pela perspectiva até aqui trazida, pode também estar atribuída ao não-lugar pela ausência nesta cartografia. O não-lugar no seu sentido literal. A ausência e o borramento na sua gestão não devem ocorrer de modo a desaparecer dos espaços colegiados ou ter dificuldades em demonstrar suas intenções no processo de cuidado. Digo isso, pois ao realizar o estágio de gestão e redes, percebo uma dificuldade nos processos de evidenciar ações, pois como veremos a seguir, evidenciar presença é um ato político.

QUARTA CARTOGRAFIA - CARTOGRANDO MOVIMENTOS

*"O real não está na
saída nem na chegada, ele se dispõe pra
gente é no meio da travessia"
(Guimarães Rosa – Grande Sertão
Veredas)*

Trajetos 7: Evidenciar presença é um ato político.

O último estágio que realizei foi na RAPS. Não foi uma coincidência. Ainda com muita sede de completar a residência sustentando os movimentos até aqui levantados, decido por adentrar ao serviço CAPS como residente em saúde da família com alguns princípios até aqui demarcados: Sinalizar a necessidade da integralidade, ser agente ampliador, entender o não-lugar, manter o NASF circulante, quebrar o fatalismo, demarcar os determinantes sociais no cuidado à saúde, estabelecer bons encontros, promover planejamento estratégico, apoiar o monitoramento das ações, propor a complexificação das vidas.

Chego ao serviço temeroso, afinal, o serviço CAPS é onde sinto a necessidade de evidenciar a lógica de trabalho que acredito seguindo minhas experiências de outrora, tomando os cuidados para não tentar vestir roupas que não cabem, mas sem condescendência. A situação do serviço é bastante preocupante, como sinalizo no DS e as aproximações realizadas agora, serão outras. Tenho um desafio de construir relações com algumas profissionais que tenho aversão ao que propõem.

Minhas primeiras intervenções estão na base da discussão de casos, propondo ampliações e conectados ao fazer do NASF. Sinto as resistências diluindo, tanto as minhas quanto as deles. Estamos juntos propondo o cuidado para alguns usuários que chegam até a reunião em forma de casos.

Nestes encontros às terças-feiras, vamos nos conhecendo e propondo vínculos e afetos. A equipe mantém atenção nas minhas falas, existe permissividade para adentrar aquele coletivo centrípeto. Aos poucos vamos encontrando nessas relações, possibilidades de criação de cuidado. Na análise da instituição, percebo que as forças instituídas estão tão cristalizadas que acessar outros modos de fazer é quase uma ofensa. Existem figuras que regulam estes moldes, pervertem o serviço e que mantêm o *status quo*, trazem informações de que ali é impossível qualquer possibilidade de intervenção.

Os projetos terapêuticos são reduzidos ao próprio serviço e todos os mecanismos presentes reforçam a estadia dos sujeitos usuários no CAPS *ad eternum*. As propostas de intervenção tiveram objetivo de cautelosamente se infiltrar nesses mecanismos e emprestar novas ferramentas, seja na realização de PTS com maior complexidade e extra serviço, com

reuniões de interlocução de rede, construção de análises epidemiológicas do serviço, participação de grupos e com interação direta com os usuários e atividades que julgamos estreitar nossa relação com o serviço..

Os conhecimentos adquiridos no fazer do NASF para realizar apoio matricial e articular a RAPS, deslocam o serviço para novos lugares, ainda que não suficientes, Orlandi nos lembra que “o combate há de ser cuidadoso com seu próprio estilo, pois ele nega a si próprio quando vai a reboque de uma “doutrina da razão universal”, de um apelo utópico a uma “cidade ideal” ou a um “Estado universal de direito”. Com efeito, esse combate privilegia a “singularidade”, que não é precisamente o individual, mas o caso, o acontecimento, uma “configuração de acontecimentos”, um “devir ativo”, uma “decisão” (Orlandi, 1999: 13).

O estágio na RAPS é estratégico na operacionalização das articulações entre serviços. Tenho me proposto apoio institucional (Campos, 2000) para ampliar o coeficiente de intencionalidade de todos nós da RAPS, visto que na existência de uma co-produção de acontecimentos e uma co-constituição de sujeitos e de suas organizações, todos nós sofremos a influência e reagimos às instituições tais como elas estão dadas. Havendo, portanto, uma co-responsabilidade pela constituição de contextos singulares, isso significa que há necessidade de capilarizar a demanda de ordenação da saúde mental no município, para além das questões trazidas até o momento, como as ausências e (dis)funcionamento. Não é um serviço produtor, mas toda a rede. Quem tem as ferramentas de pertencimento à diversas equipes? Quem tem forte poder indutor de articulação?

O NASF exercendo apoio matricial e institucional (MOURA, 2014) potencializa a capacidade reflexiva das equipes e conseqüentemente maior capacidade de interferir sobre os fatores estruturados. O estágio na rede promove essa integração e facilita os movimentos de aproximação, desde que tenha método e intenção.

Mostrar presença nestes movimentos é também facilitar a compreensão do que é o NASF, é importante enfatizar que não se demonstra presença exclusivamente para se fazer compreendido, mas para defender uma lógica. Nos espaços coletivos, no preenchimento das burocracias de produção, na organização do processo de trabalho, nos apontamentos, nas falas e intenções, nos grupos de saúde, nos atendimentos, interconsultas, territorialização, cadastramento... mostrar presença é um ato político.

O NASF enquanto núcleo ampliado criado pela Portaria 154/2008, o NASF “tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família” (Ministério da Saúde, 2009, p. 10), para isso uma das possibilidades de atuação é o matriciamento que é uma caixa de ferramentas clínico-assistencial e técnico-pedagógica, o que ressalta que o NASF tem funções de gestão do cuidado, vigilância em saúde, aperfeiçoamento e resolutividade abrangidos pelo apoio

Matricial. Nesta complexa função, realizo o estágio na RAPS ampliando os movimentos aprendidos na experiência NASF no fazer de redes.

“No estágio de redes, realizo o PTS de uma usuária que tem dois filhos matriculados no CAPS e um que seria importante aproximar e estabelecer cuidado no serviço. Para isso, realizo com o NASF a proposta e CAPS e USF estreitam relações para discutir o caso a partir de um genograma. Os dois serviços entram em contato direto, participando de reuniões conjuntamente e fortalecemos essa relação criando estratégias juntos para que a gestão do cuidado seja compartilhado. Nestas reuniões fica evidente o que é apoio matricial para a equipe. Há um duplo retorno de entendimento: o Núcleo ampliado demonstrando presença e intencionalidade em suas práticas e as equipes compreendendo o borramento das fronteiras nucleares. O caso tem permanecido em discussão, com intervenções realizadas com pactuações, prazos e co-gestão, sendo o articulador o NASF (Diário de campo, 30/01/2020).

Com pesar estamos diante de retrocessos importantes no sistema de saúde brasileiro e como ressaltado nos trajetos, estamos diante de estratégias ministeriais de causar falhas no sistema a partir dele mesmo. Dentre os cortes das conexões que dão vida ao SUS, o NASF está imbuído, recebendo no dia 29 de janeiro de 2020 o golpe que o extinguiu da atenção básica, sem substituição.

Trajetos 8: O não-lugar e a inexistência. Conflitos diante da extinção do NASF.

Através do Programa Previner Brasil pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que estabelece o novo modelo de financiamento da atenção básica, fazendo a transição de sistema de saúde universal, para sistema de saúde por cobertura populacional, o SUS sofre seu maior ataque desde seus primórdios. Explicarei aqui a conjuntura internacional que culminou nesta tomada de decisão de forma estratégica e alinhada ao governo federal, pois não é um movimento de agora e essa informação é importante, na medida em que o SUS sofre estrangulamentos internacionais e que revelam o caráter de proteção nacional aos ataques que perdurou durante a maré rosa da América Latina.

O sistema de saúde universal é financiado a partir da receita de impostos gerais e contribuições sociais para fundos públicos, o que configura redistribuição e equidade ao sistema de saúde na nação como um todo (GIOVANELLA, 2018).

A redistribuição está atrelada ao progresso da carga tributária, sobre rendas e propriedade mais do que sobre consumo, proporcionalmente (GIOVANELLA, 2018), o modelo de sistema universal é baseado no bem-estar social atendendo a condição de cidadania plena, visto o objetivo de que todas as pessoas tenham suas necessidades entendidas e acolhidas sem restrição de acesso.

A transição da política pública de saúde atual para o sistema de cobertura, propõe uma combinação de recursos públicos e privados, mas os fundos serão gerenciados por seguradoras privadas para custeio das despesas de saúde que estarão fora da cesta mínima de serviços ofertados pela atenção primária. Ou seja, a partir de agora não seremos mais atenção básica, que tem esse nome por compreender que há uma complexa função de realização de trabalhos em saúde a partir do território vivo e que exige serviços básicos e essenciais, para um modelo de atenção que oferta uma cesta mínima de serviços que quando não mais ofertados, os seguros de saúde propõem a oferta, de acordo com o poder de compra do sujeito. Essa proposta é defendida pelo banco mundial e em certa medida pela OMS conforme relatório de financiamento de 2010 (Organização Mundial da Saúde (OMS). Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal. Relatório Mundial da Saúde 2010. Genebra: OMS; 2010).

O previne Brasil, nada mais é do que a objetivação deste modelo e com isso, os ataques ao sistema de saúde brasileiro e o ferimento aos princípios do SUS são legitimados pelo governo federal e órgãos internacionais. O NASF como tem sua função atrelada a integralidade e a complexificação do fazer saúde no território, não produz sentido ao Previne Brasil, dessa forma através da instituição da Nota Técnica Nº 3/2020, o NASF é extinto.

Toda essa trajetória até aqui escrita, demonstra o fazer saúde do sujeito implicado, até aqui há testemunhas em palavras de quem resiste a essa conjuntura e que em coletivo propõe ultrapassar a tormenta. Saúde não é mercadoria. Saúde é direito de todos e dever do Estado.

A partir do novo financiamento, visto que desde 2016 por via do governo não eleito, o SUS tem seus recursos congelados por 20 anos não possibilitando que sua receita cresça de acordo com as tributações neste período, existe o processo de infiltração no sistema que cortam suas conexões. Como dito anteriormente, dele para ele mesmo.

Até aqui falamos do sistema de saúde, mas é importante ressaltar que todas as políticas públicas estão sob ataque pelo imaginário construído por quem pende à direita de que são os recursos investidos nestas políticas que desorganizam a economia. Em um

sistema de luta de classes, capitalista e com desejos perversos de opressão e aniquilação, estes ataques são previstos.

Isso significa que se urge tomar decisões em relação a ampliar o conhecimento de como estamos enquanto residência em relação ao sistema e evidenciar isso para quem é parte integrante: residentes, corpo pedagógico e até mesmo gestão municipal, não só pelo conhecimento em si, mas para que características atitudinais no processo formativo também sejam adquiridas, pois a priorização do que se deve conquistar enquanto trabalhador/residente em relação a tudo o que está acontecendo está completamente equivocado.

“A ausência de um olhar analítico sobre toda essa conjuntura, dificulta a vida prática no SUS, porque essa ausência será preenchida de ideologia. Serão criados imaginários e personificações sobre quem é salvação x destruição. POR VEZES, os trabalhadores em saúde em exaustão por motivos imbuídos no sistema (como o financiamento planejado para o sucateamento, a própria graduação compartimentada, situação de vulnerabilidade extrema nas comunidades, a ineficiência ministerial em gerir a saúde...) colocam em alguns entes que compõe o sistema a personificação do mal. Por vezes acontece de existir gestões municipais que são nitidamente perversas, e a perversão no lugar da gestão tende a ser real, entretanto, ao fazermos referência para o processo de formação em saúde in loco, como as residências em relação ao sistema, tendemos a compartimentar e mutilar sua permanência como parte integrante do todo.” (Diário de campo, 03/10/2019)

Se até o momento falávamos sobre o não-lugar como potencial para construção de novos processos em saúde dialeticamente, negando os modelos fragmentados construídos nas graduações em saúde, no findar deste trabalho, estamos falando de um não-lugar atribuído à inexistência, ao lugar nenhum. Há luta pela frente.

NOTAS DE ENCERRAMENTO

Procuro finalizar meus trajetos lembrando que há luta e que sempre houve. Não foi uma experiência que se encerra em si mesma, mas que é, assim como o NASF, uma rede de conversações: com gestão, com saúde, com a vida.

O itinerário percorrido nesta residência me trouxe importantes pistas de qual saúde tenho em foco. Contudo, ao reler as várias questões retomadas acima, percebo que ainda falta a resposta concreta sobre os termos tão utilizados até aqui.

Não pretendo fazê-lo aqui, ainda mais nesse final de viagem. Posso apenas me utilizar das pistas espalhadas pelos capítulos anteriores e arriscar algumas outras que possam servir de norte para quem quiser empreender outra viagem na busca de uma resposta sobre o não-lugar e todos os analisadores até aqui ressaltados.

Proponho projetos diante destes analisadores, mas não há um adestramento ou uma lógica organizacional sobre o que fazer com todos eles que não seja REDE.

Rede de pessoas, serviços. Rede de afeto, Não se trata aqui da busca de um futuro róseo para toda a humanidade, marcado pela comunhão em uma comunidade ideal, mas sim de uma força desejante de vida, experimentar as possibilidades de existência a partir de um devir contínuo e aberto a fluxos variados. Criação de comunidades para persistência.

Diante de todas as minhas apostas trazidas aqui, desejo forjar e detectar novas modalidades de resistência, de agenciamento, multiplicidade, de comunidade. Novos ciclos se iniciam no findar deste, que manterão todas as aprendizagens destes trajetos acontecidos por Dias d'Ávila circulantes e atuantes independente dos lócus que irei ocupar daqui em diante. Uma força que deseja revolução me toma e inflamará meus pares, pois onde há poder, há resistência. Sigamos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AUGÉ, Marc. **Não lugares: introdução a uma antropologia da sobremodernidade**. 1ª edição francesa. Lisboa, 90 Graus. 2006.
- BARROS, Regina Benevides Duarte de; B, V. “**Cartografia de um trabalho socioanalítico**”. In: B, R., R H., S L, M.B. (Orgs.) *Grupos e instituições em análise*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, p. 228-48, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008: **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. 2008
- BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família **NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil**, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019: **Institui o Programa Previne Brasil**, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direito é qualidade : kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.
- CHAUÍ, Marilena. **Cultura e Democracia. O Discurso Competente e Outras Falas**. São Paulo: Cortez Editora, 2001.
- CAMPOS, Gastão Wagner. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.4, pp. 849-859. ISSN 1413-8123.
- CAMPOS, Gastão Wagner. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec; 2000.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Anti-Édipo. Capitalismo e Esquizofrenia** [L'Anti-Oedipe]. Lisboa: Editora Assírio & Alvim, 432 p., 1996.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Trad. de Aurélio Guerra Neto, Ana Lúcia de Oliveira, Lúcia Cláudia Leão e Suely Rolnik. Vol. 3. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.
- DELEUZE, Gilles. **Diferença e repetição**. Trad. de Luiz Orlandi e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

GIOVANELLA, Ligia et al . **Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1763-1776, June 2018.

HAWKING, Stephen William. **na vigília do Caos: Ordem Imprevisível em Sistemas Dinâmicos.** *University of Chicago Press.* [S.l.: s.n.] p. 32, 1993.

KOPNIN, P.V. **A dialética como lógica e teoria do conhecimento.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

MATTOS, Rubem Araújo. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos.** In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 39-64.

MERHY, Emerson Elias. **O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como válido.** In: Franco T, Peres M.A.A., Foschiera M.M.F., Panizzi M., organizadores. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Editora Hucitec; 2004. p. 21-45.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio. **Por uma composição do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais.** Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 316-323, set./dez. 2003.

MORIN, Edgar. **Ciência com Consciência.** Ed. Publicações Europa-América, Lda, Portugal: 1994.

MOURA FILHO, J. **Humilhação social – um problema político em psicologia.** In: Psicologia USP, v.9, n 2, São Paulo, 1998.

MOURA, Renata Heller de; LUZIO, Cristina Amélia. **O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes.** Interface (Botucatu), Botucatu , v. 18, supl. 1, p. 957-970, 2014 .

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Sistemas de informação gerenciais: estratégias, táticas, operacionais.** São Paulo: Atlas, 2002.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde.** Campinas, SP: [s.n.], 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal.** Relatório Mundial da Saúde 2010. Genebra: OMS; 2010

ORLANDI Luiz Benedicto Lacerda. **Combater na imanência.** Péricles e Verdi: A filosofia de François Châtelet [Périclès et Verdi — La philosophie de François Châtelet]. Hortênc Hortência S. Lencastre (trad.). Rio de Janeiro: Editora Pazulin, 1999.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina. **A cartografia como método de pesquisa-intervenção Em Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, p. 17-31, 2006.

ROLNIK, Suely. **O caso da vítima: para além da cafetinagem da criação e de sua separação da resistência.** São Paulo , v. 1, n. 2, p. 79-87, Dec. 2003 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167853202003000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Feb. 2020.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 2002.

STRECK, Danilo Romeu. **Descolonizar a participação: pautas para a pedagogia latino-americana**. *Educ. rev.*[online]. 2017, n.spe.2, pp.189-202. ISSN 0104-4060. <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.51760>> Acessado em 10 jan 2020.

ZOURABICHVILI, François. **Deleuze e a questão da literalidade**. *Educação & Sociedade*, 26(93), 1309-1321. 2000 <<https://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302005000400012>> Acessado em 10 jan 2020.