



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Tiago Lopes Bezerra

Potencialidades do cuidado em saúde mental na atenção primária

Rio de Janeiro

2020

Tiago Lopes Bezerra

Potencialidades do cuidado em saúde mental na atenção primária

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão, Práticas e Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Tatiana Wargas de Faria
Baptista

Defendida e aprovada em: 2 de julho de 2020

Rio de Janeiro

2020

Título do trabalho em inglês: Potentialities of mental health care in primary care

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

B574p Bezerra, Tiago Lopes.
Potencialidades do cuidado em saúde mental na atenção primária /
Tiago Lopes Bezerra. -- 2020.
136 f. : il. ; tab.

Orientadora: Tatiana Vargas de Faria Baptista.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde Mental. 3. Estratégia Saúde
da Família. 4. Assistência à Saúde. 5. Reforma dos Serviços de Saúde.
6. Psiquiatria. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2

Tiago Lopes Bezerra

Potencialidades do cuidado em saúde mental na atenção primária

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão, Práticas e Cuidado em Saúde

Aprovada em: 02 de julho de 2020

Banca Examinadora

Prof.^a. Dr.^a Maria Paula Cerqueira Gomes
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a. Dr.^a Rita de Cássia Cavalcante Lima
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a. Dr.^a Roberta Gondim de Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a. Dr.^a Tatiana Wargas de Faria Baptista (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2020

Esse estudo é dedicado a todos os usuários do Grupo de Saúde Mental da Clínica da Família em que trabalhei, pelo contínuo e generoso ensinamento de que apesar disso tudo, tem coisa boa também.

AGRADECIMENTOS

A todos os usuários e trabalhadores da Clínica da Família e do CMS, por todas as transformações que vocês geraram em mim.

À São Judas, amigo da minha mãe, que tá sempre ligado que nós chega lá. De um jeito todo torto, mas chega.

À minha mãe – a velha – Maria, minhas irmãs Simone e Glaucia, meu irmão Magno, e meus sobrinhos Laura e Alan. Vocês são a minha força motriz.

À Adriana e Rafael, amigos e afilhados, pela paciência e o carinho incondicionais.

Ao meu primo Rodrigo, e aos meus amigos Abel, Bruno, Morgana, Thais Beiral e Rafael Morganti, pelos cuidados mesmo à distância.

Aos amigos mais que especiais: Aline, Rodrigo, Debora, Vinícius, Thayza, Fernanda, Fabiana, Dani Menezes, Amanda Caroni e Maicon pelo companheirismo.

À Hevelyn, por ter acompanhado todo esse processo tão de perto, quase que diariamente, e ter me dado tanta luz e fôlego.

À Marcele e ao Bruno, à Ana Clara Aló, Nathália, Helena e Rodrigo, e à Livia, amigos que pouco consegui estar presente com o alto ritmo de vida do trabalho e do mestrado.

À Ana Lúcia, Denis, Juliana, Luciana, Rosa Mira, Sábata, Thaianny e Viviani, que vieram do NASF pro coração. NASF Forever.

À Fátima Virgínia, por tudo o que me ensinou e apostou em mim no NASF.

À Glorinha, Daniel Elia, Rodrigo Simas, Maria Kemper e Ana Paula Brito, que foram de fundamental importância na minha formação em CAPS.

À Rita, Adriana, Magda e Priscila, companheiras e amigas especiais para muito além da coordenação da pesquisa científica.

Aos alunos da minha turma de mestrado, que são pessoas incríveis apostando no SUS.

À Fiocruz, à ENSP e a todos os professores e trabalhadores desse lugar tão comprometido em combater a necropolítica.

À Paula Cerqueira, Rita Cavalcante e Roberta Gondim, que compõem as minhas bancas de qualificação e defesa de dissertação, tão generosas com a minha formação.

E um agradecimento especial à Tatiana Wargas, orientadora com delicadeza, compreensão, disponibilidade, atenção e cuidado ímpar. A experiência do mestrado em sua parceria tão afetuosa, foi completamente transformadora para mim. Além disso, você me ajudou a ter uma nova compreensão sobre o que é a Academia e o saber científico.

O meu mais sincero muito obrigado a todos vocês!

RESUMO

Essa pesquisa tem como objetivo conhecer as potencialidades do cuidado em saúde mental realizado pela Estratégia da Saúde da Família. O autor desse estudo é um assistente social da área da saúde mental, que em sua trajetória profissional teve a oportunidade de trabalhar em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município do Rio de Janeiro, entre janeiro de 2016 e fevereiro de 2020. Provocado e desconcertado pela potência e desafios postos ao cuidado em saúde mental na atenção primária, foi realizado um estudo cartográfico sobre essa experiência, uma Cartografia do feito, do vivido, visto que o campo que inicialmente era apenas de prática, foi se transformando também em campo de estudo. Na experiência do autor, quatro pistas foram seguidas para que tais potencialidades fossem evidenciadas: o NASF, os agentes comunitários de saúde, a intercessão entre a atenção primária e a saúde mental, e as invisibilidades descortinadas por esses cuidados. Para subsidiar as discussões do cuidado em saúde da experiência retratada, foram travados diálogos com aportes teóricos de Emerson Merhy e Laura Feuerwerker, Luiz Cecílio, José Ricardo Ayres e Paulo Amarante. Os resultados desse estudo apontam potência bastante significativa do cuidado em saúde mental realizado pelo campo da atenção primária, de modo especial na Estratégia de Saúde da Família. A proximidade entre os serviços da atenção primária e o local de moradia dos usuários faz com que o território seja o elemento central de uma gama importante de possibilidades de cuidado em saúde mental. Na presente experiência foi possível identificar que há muitos casos que por diversas razões não conseguem ser acompanhados pelos serviços especializados em saúde mental, de modo que cabe à atenção primária assistir esses usuários. Por se tratar de uma experiência em um território vulnerabilizado do Rio de Janeiro, é possível perceber que a crise estrutural das políticas públicas no Brasil, a ausência do Estado na vida dessa população e o atual processo de desmonte da rede de atenção primária no Rio de Janeiro, fazem com que tanto os trabalhadores desses territórios quanto essa população operem relações de resistência, seja para sobreviver, seja para defender o SUS, reforçando, desse modo, a importância do cuidado em saúde mental na atenção primária.

Palavras-chave: Atenção Primária; Saúde Mental; Estratégia de Saúde da Família; Cuidado em saúde; Reforma dos Serviços de Saúde

ABSTRACT

This research intends to know the strength of mental health care provided by Family Health Strategy. The study's author is a social worker of mental health area, who in his professional career had the opportunity to work in a Center for Family Health Support (NASF in Portuguese), on Rio de Janeiro city, between January 2016 and February 2020. Instigated and annoyed by the strength and challenges on mental health care in Primary Care, had been done a cartographic study, a Cartography about what has been done, about what has been lived, once the field was mainly practice and become also in a study field. In the author experience, four leads have been followed due to this strength became visible: the NASF, the community health agents, the merge between Primary Care and mental health, and the invisibilities which was revealed by that care. The discussions about the health care in this experience was based on Emerson Merhy and Laura Feuerwerker, Luiz Cecílio, José Ricardo Ayres and Paulo Amarante theoretical contribution. The study's results show the significant strength of mental health care provided by Primary Care, especially on Family Health Strategy. The proximity between the Primary Care services and the patient's houses have been made the territory the central element of an important range of possibilities for mental health care. In this experience has been possible to identify that there are many cases which for various reasons are unable to be followed by specialized metal health services, so it is up to Primary Care to assist these users. As this is an experience in a poor and vulnerable territory in Rio de Janeiro, it is possible to realize that the public politics structural crisis in Brazil, the absent of the government and the current pauperization of Primary Care in Rio de Janeiro made the professionals and the population build resistance mechanisms, in order to either survive, or defend the Unified Health System, indicating the paramount importance of mental health in Primary Care.

Key-words: Primary Care; Mental Health; Family Health Strategy; Health Care; Health Services Reform

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAP	Coordenadoria Geral de Atenção Primária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infante-juvenil
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
EAB	Equipe de Atenção Básica
EC	Emenda Constitucional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESS	Escola de Serviço Social
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IPUB	Instituto de Psiquiatria da UFRJ
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OS	Organizações Sociais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta pra Casa
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1. A sucinta apresentação temática	9
2. A trajetória que resulta no desejo de realizar um estudo sobre a saúde mental na atenção primária	13
3. O local de onde falo como cenário de pesquisa	17
4. Tá puxado pra atenção primária e pra Estratégia de Saúde da Família nesses últimos governos	26
5. Encontros e estranhamentos com a saúde mental na atenção primária – situando o lugar de fala do pesquisador	41
6. Precisando respirar, o pesquisador focou nas potencialidades	46
7. A experiência indicando pistas a serem seguidas – apresentando os caminhos metodológicos	49
8. Pista NASF, o caso Ryan e o cuidado segundo Merhy e Feuerwerker	60
9. Pista ACS, o caso Carla e o cuidado segundo Luiz Cecílio	79
10. Pista interface da atenção primária com a saúde mental, o caso Alessandra e o cuidado segundo José Ricardo Ayres	95
11. Pista invisibilidades, o caso Roberto e o cuidado orientado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira segundo Paulo Amarante	113
12. Considerações finais	125
Referências	130

1. A sucinta apresentação temática

A Reforma Psiquiátrica orienta que os pacientes com transtornos mentais e suas famílias sejam cuidadas e acompanhadas em serviços de base territorial. Minha percepção, a partir da minha experiência em seis anos de atuação na rede de saúde municipal do Rio de Janeiro, entre os estágios de residência em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e atuando como profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), é que os usuários em sofrimento psíquico aderem de forma significativa ao tratamento nos diferentes tipos de CAPS, apesar de ser um município que ainda possui quantidade importante de leitos manicomiais¹. A rede de atenção primária, por sua vez, é a ordenadora do cuidado em saúde de todos os usuários cobertos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Sobre esses dispositivos, Lima (2014) afirma que em 2008 a área de cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro era de cerca de 5%. Pinto e Giovanella (2018), por sua vez, apontam que a expansão da cobertura ESF no município do Rio de Janeiro foi de 9% em 2010 para 68% em 2017. Ainda que a partir de 2018 tenha havido um recuo na taxa de cobertura ESF na cidade do Rio de Janeiro, não se pode ignorar que a expansão significativa desses dispositivos na segunda década dos anos 2000 certamente implicou em transformações significativas na oferta, na compreensão e nas práticas de cuidado em saúde nos territórios.

No período em que estive lotado na equipe NASF, observei que a atenção primária vinha realizando muitos esforços para cuidar dos usuários com transtorno mental. E o que me chamava a atenção, e em certa medida também me angustiava, é que diferente da minha percepção quando eu era residente, na atenção primária existe uma parcela muito significativa de pacientes neuróticos e psicóticos graves que não conseguem chegar na atenção secundária em saúde e serem tratados nos CAPS.

Observei que a impossibilidade de organização pessoal desses usuários chegarem aos serviços de cuidado especializado em saúde mental, ocorria por atravessamentos ligados ao próprio alto nível de gravidade do sofrimento psíquico do sujeito; à comorbidade com doenças orgânicas; e à alta vulnerabilização social dessas pessoas, que aparece, sobretudo, através da falta de condições financeiras para passar a frequentar esses serviços (não possuem roupas em boas condições para sair de casa; não têm condições de se alimentar adequadamente para sair

¹ Segundo pesquisa realizada em março de 2019 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município do Rio de Janeiro possui 34 CAPS (incluindo os tipos adulto, infanto-juvenil e álcool e outras drogas), tendo o ano de 2018 como referência. Também segundo o CNES e com referência ao ano de 2018, a cidade do Rio de Janeiro possui 455 leitos de internação psiquiátrica.

de casa; falta de dinheiro para fazer um lanche fora de casa e até mesmo para pagar a passagem); e também através da fragilidade da rede de apoio secundária desses sujeitos, que muitas vezes não possuem familiares e amigos que lhes acompanhem e auxiliem para que cheguem aos CAPS. Esses, por sua vez, em quantidade ainda insuficiente no município do Rio de Janeiro, acabam sendo referência de grandes e populosas áreas de abrangência territoriais, a ponto de não conseguirem estar nesses territórios com a frequência necessária para o cuidado adequado desses casos graves que não conseguem chegar em suas dependências para serem cuidados. Desse modo, a minha experiência é a de que quem consegue estar mais próximo desses usuários e de suas famílias, criando e fortalecendo vínculo no dia a dia, são os agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros, médicos e profissionais do NASF, em suma, a Estratégia de Saúde da Família. Sobre essa realidade, Lancetti e Amarante (2007, p. 628) afirmam que “a saúde mental é, por assim dizer, o Eixo da Estratégia de Saúde da Família”, visto que os agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos conhecem os pacientes pelo nome, bem como suas histórias de vida e seus territórios existenciais e geográficos (LANCETTI e AMARANTE, 2007).

Lancetti e Amarante (2007) referem a Estratégia de Saúde da Família como um programa de saúde mental, à medida que se oferece tratamento continuado, possibilitando que tais usuários ressignifiquem seus sofrimentos e sintomas; realiza acolhimento, ofertando cuidado através da escuta, que é um dos principais dispositivos da prática em saúde mental; e “desenvolve ações coletivas, culturais, educativas e de participação e protagonismo político” (LANCETTI e AMARANTE, 2007, p. 629).

Ao caracterizar historicamente o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, Vasconcelos (2008) explica que a base da Reforma Psiquiátrica vem intimamente aliada a conceitos fundamentais da Reforma Sanitária. Datado do final da década de 1970 e início dos anos 80, o processo de Reforma Psiquiátrica avançou significativamente no Brasil, concomitantemente ao período de formalização e expansão do modelo sanitarista da organização do cuidado em saúde no país. As Reformas Sanitárias e Psiquiátrica tinham em comum, entre muitos aspectos, a defesa de um sistema de saúde público, integral e universal; a realização do cuidado através de equipes multiprofissionais (VASCONCELOS, 2008); a constituição de uma rede integrada de cuidados em saúde (NUNES et al., 2007); e finalmente a descentralização da rede de cuidados e aumento da participação popular (NUNES et al., 2007); orientando, dessa forma, que a atenção à saúde seja feita nos serviços de base comunitária e territorial.

Minha trajetória profissional e acadêmica, marcada por inserções em serviços especializados em saúde mental, passou por uma dobra importante nos últimos anos, quando me inseri no campo da atenção primária através de uma equipe NASF. Nesse campo percebi uma diferença muito significativa quanto à potência da Estratégia de Saúde da Família no que se refere a proporcionar integralidade do cuidado aos pacientes com transtornos mentais, em comparação às estratégias de cuidado realizadas nos serviços especializados em saúde mental. O campo da atenção primária se beneficia de uma série de vantagens proporcionadas pelo cuidado em saúde que é imerso nos territórios e nas relações territoriais. Dessa forma, passei a compreender que o cuidado em saúde mental deve ser pensado cada vez mais no sentido da aposta na potência do campo da atenção primária, proporcionando não apenas aumento do acesso do cuidado em saúde mental às pessoas que não conseguem acessar a rede especializada, como também contribuindo com a rede especializada em saúde mental, que na atual realidade do município do Rio de Janeiro é caracterizada pela sobrecarga de usuários que frequentam os CAPS e os ambulatorios, pelo déficit de recursos humanos, pela pouca quantidade de leitos para acolhimento noturno nos CAPS III², pelo grande nível de gravidade (sob aspectos clínicos e sociais) dos casos acompanhados, compondo, dessa forma, um cenário de cuidado nos serviços especializados em saúde mental que conseqüentemente gera dificuldades significativas aos profissionais em pensar e sustentar a integralidade do cuidado em seus cotidianos de trabalho. Nessa dimensão, portanto, a atuação da atenção primária pode ser altamente estratégica na parceria aos demais serviços da RAPS para o cuidado em saúde mental dos usuários nos territórios.

O artigo 2º, § único, item VIII da Lei 10.216/2001, que trata sobre a proteção das pessoas portadoras de transtorno mental e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, dispõe sobre o direito das pessoas com transtorno mental serem tratadas em ambientes terapêuticos pelos meios menos invasivos possíveis. Desse modo, viabilizar o cuidado de pessoas em sofrimento psíquicos, ou que fazem uso abusivo de drogas, dentro de seus territórios e através da Estratégia de Saúde da Família, significa, em meu ponto de vista, não apenas sustentar a base da Reforma Psiquiátrica, como especialmente defender o Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, essa pesquisa visa contribuir na aposta de que a ESF continue sendo sustentada como política de cuidado de pacientes com transtornos mentais no território.

² Segundo a portaria federal Nº 3.088/2011, os CAPS III “atendem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes [...] Ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno” (BRASIL, 2011c). Funcionam 24 horas por dia, todos os dias da semana (inclusive feriados). Cobrem áreas populacionais com mais de 200 mil habitantes.

Ações mais ou menos potentes de cuidado em saúde são sempre realizadas por pessoas, por profissionais no campo, de modo que é preciso ter em mente e considerar o que Franco e Merhy (2013) dizem sobre a atuação profissional dos trabalhadores de um mesmo serviço de saúde: a de que existe subjetividade na produção de cuidado, e que nós pesquisadores precisamos reconhecer isso para pensar a pesquisa e compreender melhor as dinâmicas do trabalho em saúde realizadas por esses sujeitos. Isso significa considerar que apesar de serem pessoas que frequentemente possuem a mesma profissão, trabalham no mesmo serviço, são orientados pelos mesmos fluxos, e estão inseridos dentro de uma mesma lógica de cuidado, cada profissional tem a sua compreensão própria do que é o SUS, de como deve realizar cada ação de cuidado, e de como compreendem o sentido dessas ações. Ou seja, não só dentro de um mesmo campo profissional, mas dentro do SUS como um todo, há inúmeras formas de produzir cuidado.

Diante disso, essa dissertação tem o objetivo geral de conhecer e evidenciar algumas das boas formas de cuidado em saúde mental que apareceram na minha experiência no campo da atenção primária, em que estive lotado como profissional de uma equipe NASF. Essas formas de cuidado são as que consideramos terem características que representam as potencialidades de cuidado em saúde mental nesse campo não-especializado em que se situa a atenção primária. Franco e Merhy (2013) lembram que por mais que os fluxos de trabalho possam ser rígidos nos serviços de saúde, os profissionais, no encontro vivo com os usuários, têm autonomia para definir como se dará esse cuidado em ato. Portanto, a aposta do presente estudo é produzir reflexões e ecos sobre as práticas potentes de cuidado em saúde mental a partir da experiência que tive em trabalhar no campo da atenção primária, regido pela estrutura organizacional da Estratégia de Saúde da Família, a partir da minha inserção em um NASF, no período de janeiro de 2016 a fevereiro de 2020.

Desse modo, esse estudo tem como objeto o cuidado em saúde mental na atenção primária. O objetivo geral é conhecer as potencialidades da Estratégia de Saúde da Família no cuidado de pacientes com transtornos mentais. A pergunta que orienta o fio argumentativo dessa pesquisa é: Quais as potencialidades do cuidado em saúde mental na atenção primária?

2. A trajetória que resulta no desejo de realizar um estudo sobre a saúde mental na atenção primária

Eu nunca tive pessoas com transtornos mentais graves próximas a mim, mas desde o início da adolescência eu me interessava muito por filmes que tratavam a loucura nos mais diferentes níveis, desde a loucura neurótica cotidiana, como a que aparece no filme “Beleza Americana”, passando por filmes que retratam aspectos históricos de compreensão sobre a loucura, como em “Bicho de Sete Cabeças”, chegando finalmente em filmes que retratam a psicose crua, como “Um Estranho no Ninho”. Não à toa, esses foram alguns dos meus filmes prediletos desde jovem, vistos e revistos diversas vezes ao longo das tardes livres do período em que cursei os ensinos fundamental e médio.

Eu sou de Guarulhos – SP, e desde a adolescência eu sentia vontade de trabalhar com a área da saúde mental. Quando estava fazendo curso pré-vestibular tive a oportunidade de fazer um acompanhamento com uma especialista na área vocacional, que foi me ajudando a conhecer as profissões para além da noção superficial que um adolescente tem das diferentes profissões, e através dessas sessões especializadas pude compreender que o Serviço Social era uma profissão que havia inserção na área da saúde mental, mas com um olhar sobre a loucura que não se restringia ao indivíduo em si, mas sim, aos movimentos e às relações da sociedade de forma mais ampla. Me pareceu perfeito! Segundo a especialista vocacional que me acompanhou naquela época, dos cursos de graduação e pós-graduação em Serviço Social melhor avaliados no Brasil, o Rio de Janeiro era o estado que concentrava o maior número deles. Desse modo, em 2007, ingressei na Escola de Serviço Social (ESS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). À medida que os semestres passavam, mais interessado eu ficava de fazer estágio acadêmico na área da saúde mental e ter contato com a loucura.

Quinze dias antes de eu terminar a disciplina que me permitia fazer os estágios obrigatórios, fui aprovado em um processo seletivo para estagiar na emergência do Hospital Municipal Philippe Pinel, localizado na Zona Sul do município do Rio de Janeiro, e finalmente comecei a ter contato com a área da loucura. Esse hospital é composto por vários serviços diferentes, que se destacam: uma emergência psiquiátrica de referência para os casos de crise em dezenas de bairros da região; leitos de internação psiquiátrica que atende pacientes de curto, médio e longo período de internação; um ambulatório de saúde mental; uma unidade de terapia ao alcoolista; e um serviço de atenção à crise para pacientes infanto-juvenis. Eu ficava, portanto, no setor da emergência, participando dos atendimentos de atenção à crise de adultos. Foi um primeiro encontro com a loucura muito rico, porque uma emergência psiquiátrica é um universo

riquíssimo, que atende desde pessoas solicitando repetição de prescrição de receitas, passando por pessoas que vão solicitar ajuda por uso abusivo de álcool e outras drogas, chegando aos casos de crises psicóticas com alterações psicomotoras, hétero e autoagressividade, e, finalmente, aos casos de ideações, planejamentos e tentativas de suicídio. Nos dois primeiros semestres eu fazia os atendimentos em dupla com a Assistente Social que era a minha supervisora, bem como com psiquiatras e residentes em psiquiatria. Nos dois últimos semestres passei a atender os casos sozinho, desempenhando um tipo de ação que não existia até então ali: atendendo os pacientes antes que eles passassem com os psiquiatras. A partir desse atendimento, eu fazia um relato descritivo do que o usuário trazia (que por incrível que pareça não eram feitos pelos psiquiatras), apontava quais serviços da rede extra-hospitalar pertencia ao território do mesmo, e fazia um breve parecer dos aspectos sociais a serem considerados no caso. Isso também era importante para caso o paciente ficasse internado, pois um dos motivos que me fez passar a desempenhar esse papel foi a partir do fato de perceber que quando um paciente era internado, as equipes das enfermarias não tinham informações básicas importantes de serem recolhidas pelos profissionais da emergência, redobrando a dificuldade de trabalho dos profissionais da enfermaria. Fazer esse trabalho foi importante para mim, pois eu percebi um sentido na minha profissão dentro do setor da emergência que até então eu não conseguia enxergar. Essa foi uma experiência significativa pessoalmente, que à época gerou um bom reconhecimento por parte dos outros profissionais do hospital, até mesmo de outros setores e da direção do Instituto. Também considero ser uma experiência significativa porque eu já começava a estranhar o fato de que os psiquiatras do hospital operavam o cuidado com informações mínimas dos usuários, sem estabelecer conexões externas ao serviço, tanto da rede assistencial como relacionadas ao próprio usuário. Naquele momento vivi esse estranhamento sem me dar conta de que se tratava de um estranhamento sobre práticas de cuidado, mas, a partir disso, fui tentando contribuir para que, dentro das minhas possibilidades como estagiário, fosse oferecido aos usuários um cuidado minimamente mais potente.

Nos três últimos anos da minha graduação eu participei de um projeto de pesquisa e extensão no Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB), chamado “Familiares Parceiros do Cuidado.” Tratava-se de um projeto que tinha como público alvo familiares de usuários de CAPS da região metropolitana do Rio de Janeiro, e tinha, a meu ver, dois objetivos principais: contribuir com a promoção de autonomia dos familiares, através de palestras com temas que eles selecionavam, bem como através de rodas de conversas (grupos focais) em que eles ouviam, uns aos outros, sobre a experiência de ser familiar e compartilhavam estratégias de cuidado em saúde mental; o segundo objetivo principal era fazer com que o meio científico e

acadêmico apreendesse sobre cuidado em saúde mental através das pessoas que mais passam tempo com os usuários, ou seja, os familiares.

Ao final da graduação, que acabou se prolongando devido ao meu desejo de ficar até o fim do projeto “Familiares Parceiros do Cuidado”, eu ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde Mental do IPUB/UFRJ. Foi um momento muito especial porque tive a oportunidade de ter aulas, receber preceptorias e tutoria com pessoas que defendiam a Reforma Psiquiátrica não apenas na teoria (que é uma dimensão essencial), como também no cuidado assistencial, na prática profissional efetiva. Isso aparecia no cenário de prática quando aprendíamos a cuidar dos usuários enxergando-os como sujeitos de direitos. Mais adiante, abordarei brevemente o processo histórico do cuidado em saúde mental no Brasil, e a dimensão da importância de as pessoas com transtorno mental serem efetivamente tratadas como sujeitos de direitos.

No primeiro ano do curso de Residência em Saúde Mental, nós tínhamos como cenário de prática as enfermarias do IPUB, que é um hospital psiquiátrico tradicional com cerca de 100 leitos, com uma tradição secular no cuidado em saúde realizado pela Psiquiatria, centrado nos sintomas e doenças. Por outro lado, o Programa de Residência Multiprofissional possui um mandato diferenciado: o cuidado centrado no usuário, resgatando suas histórias, conhecendo seus dilemas, inserindo-os nos serviços da rede extra-hospitalar, explorando as relações territoriais e afetivas, apostando que ao cuidar para a melhoria de vida de forma ampliada, a remissão dos sintomas seria uma consequência natural. Não é, a meu ver, um programa de Residência que visava humanizar o manicômio, mas propor uma noção de cuidado que cria movimentos de reinserção dos sujeitos na vida social, de resgate histórico e valorização das potências individuais, com o objetivo de fazer com que a internação durasse o menor tempo possível, e as altas fossem cuidadosas e acontecessem o quanto antes. Essa alta, todavia, não era com o objetivo de liberar vaga no leito e disponibilizá-la para outra pessoa, tal qual ocorre na prática com a psiquiatria tradicional quando busca diminuir sintomas e dar alta. O objetivo da alta para a Residência Multiprofissional era o de apostar que os sujeitos têm capacidade de estarem em seus territórios afetivos, acompanhados pela rede de atenção psicossocial fora do manicômio, reescrevendo suas histórias dentro de seus limites clínicos. Acredito que o mais rico desse primeiro ano de Residência foi aprender a suportar estar intensivamente com os pacientes. Alguns usuários que eu era referência, eu chegava acompanhar durante seis horas por dia, cinco dias por semana. Suportar a loucura é difícil, bem como realizar atenção às crises (dos pacientes, de seus familiares, dos outros profissionais, das instituições, ou as minhas próprias diante da complexidade que os casos traziam).

O segundo ano de Residência era exclusivamente em serviços extra-hospitalares. Eu estive em dois cenários de prática: um CAPS adulto, tipo II³; e um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad⁴), tipo III. O primeiro consistia em um serviço que tinha como público alvo usuários psicóticos, a maior parte com alta gravidade. O segundo cenário, por sua vez, possuía como público alvo pessoas que faziam uso abusivo de drogas, em especial crack, cocaína e álcool. No entanto, esse segundo tinha a particularidade de mais de 80% serem moradores de rua, neuróticos e psicóticos, grande parte com alta gravidade também.

Esse segundo ano de Residência foi importante porque foi a primeira vez que pude conhecer de perto o adoecimento mental fora do manicômio, e eu me surpreendi com a forma com que eu me senti vulnerável, inclusive fisicamente, pois minhas experiências anteriores, tanto a Emergência Psiquiátrica quanto as Enfermarias Psiquiátricas, eram lugares em que as crises e as alterações psicomotoras eram facilmente contidas, tanto quimicamente através de injeções e comprimidos fortes, quanto fisicamente, pelas contenções mecânicas realizadas pelos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Já nos CAPS, felizmente não se pode forçar um paciente a tomar comprimidos, muito menos realizar contenções mecânicas, salvo os casos de muito excesso. Os CAPS realizam contenções o tempo todo, mas são verbais, afetivas e a partir do vínculo. Eu me senti muito mais inseguro nos CAPS, ao mesmo tempo em que esse era o modo de cuidar que eu acreditava e acredito ser o ideal. Foi sem dúvida o tipo de serviço mais desafiador em que estive, mas foi importante ter esse choque de realidade, aprender que sustentar o cuidado em liberdade e de acordo com a Reforma Psiquiátrica é algo muito mais difícil do que eu sempre imaginei. A experiência impactante de trabalhar em um CAPSad, com pacientes extremamente vulnerabilizados sob diversos aspectos, originou o meu Trabalho de Conclusão de Residência, intitulado “Realidades e vulnerabilidades sociais de usuários de um CAPSad III da Zona Norte do Rio de Janeiro: Relato de experiência e reflexões críticas”, sob a orientação da professora Rita de Cássia Cavalcante Lima.

³ Segundo a portaria federal Nº 3.088/2011, os CAPS II são serviços que “atendem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes” (BRASIL, 2011c). Funcionam de segunda a sexta, exceto feriados, em horário comercial. São desenhados para cobrir áreas populacionais de 70 a 200 mil habitantes. No município do Rio de Janeiro, no entanto, esses limites populacionais são quase sempre excedidos, de modo que grande parte desses CAPS costuma atender áreas bem maiores que 200 mil habitantes.

⁴ Segundo a portaria federal Nº 130/2012, os CAPSad III são dispositivos “destinados a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas” (BRASIL, 2012). Cobrem áreas acima de 200 mil habitantes. Funcionam 24 horas por dia, todos os dias da semana (incluindo feriados).

3. O local de onde falo como cenário de pesquisa

Chegando ao final do curso de Residência Multiprofissional em saúde mental, em janeiro de 2016, passei em um processo seletivo para trabalhar como assistente social em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro. A equipe NASF que ingressei era composta por sete profissionais, a saber: um assistente social, um educador físico⁵, uma fisioterapeuta, uma nutricionista, dois psicólogos e uma terapeuta ocupacional.

Tal NASF em que fui inserido ficava em um território da atenção primária que era coberto pela Estratégia de Saúde da Família. Quando entrei nesse campo de prática, em 2016, as equipes ESF do município eram compostas por 1 médico com carga horária de 40 horas semanais (ou 2 médicos de 20 horas/semana); 1 enfermeiro com carga horária de 40 horas semanais; 6 agentes comunitários de saúde, cada um com carga horária semanal de 40 horas/semana; 1 técnico de enfermagem também com 40h/semana. Na região da cidade em que eu trabalhava, cada equipe ESF ficava responsável por uma área de até 5 mil habitantes, mas havia a possibilidade de a quantidade de habitantes ser inferior a 5 mil, a depender do nível de vulnerabilidade do território. Essa era a composição das equipes ESF que foi uma realidade durante alguns anos na organização da atenção primária no município do Rio de Janeiro, e que percebíamos ser a composição de equipe que melhor conseguia prover o cuidado da população. Infelizmente, como se verá mais adiante na seção “Tá puxado pra atenção primária e pra Estratégia de Saúde da Família nesses últimos governos”, a composição profissional das equipes ESF no território carioca passou a sofrer cortes significativos a partir de 2017. No entanto, na presente seção, em que eu apresento o campo com as características que o encontrei na minha inserção no mesmo, as equipes ESF aqui apresentadas ainda tinham a composição acima descritas.

A equipe NASF cobria dois serviços de saúde. O primeiro era um Centro Municipal de Saúde (CMS), que possuía duas equipes de Estratégia de Saúde da Família. Considerando que o meu contrato de trabalho era de 30 horas semanais, eu trabalhava dois turnos de quatro horas nessa unidade de saúde, totalizando 8 horas por semana no CMS.

⁵ Na realidade da atenção primária do município do Rio de Janeiro, a gestão dos educadores físicos orienta que esses profissionais tenham uma inserção significativamente diferenciada nas equipes NASF, posto que o tempo de trabalho deles é ocupado quase que exclusivamente com as atividades relacionadas ao Programa Academia Carioca, em detrimento a acompanharem casos clínicos de forma longitudinal, fazerem interconsultas com outros profissionais, e realizarem apoio matricial às equipes ESF. Na prática, isso significa que a atuação profissional e os desafios postos aos educadores físicos e aos demais profissionais das equipes NASF são bastante distintos.

O território do CMS fica integralmente dentro de uma comunidade bastante pobre, em que a maior parte das casas são construídas com tijolos, e a maioria das ruas são amplas, com espaço para passar carros (há becos, mas de modo geral são poucos). Não há morros nesse bairro, de modo que a orientação das ruas é horizontal e sem aclives e declives significativos. Há presença de traficantes de drogas armados em algumas ruas do bairro, ligados a uma facção criminosa, que fazem não só o controle do tráfico de drogas, mas também do acesso de pessoas ao bairro.

O bairro possui apenas uma escola, para crianças do primeiro ao nono ano do ensino fundamental. Não possui áreas de lazer como praças públicas, campos de futebol e nem parques. Chama-me a atenção como também havia uma completa ausência de árvores, intensificando o calor local. Para todos os lados que se olhava, se via asfalto e concreto. Era uma paisagem bruta, suavizada apenas pela enorme quantidade de gatos pelas ruas.

Havia muitas igrejas evangélicas, três padarias (que também vendem coisas para casa, fazendo uma função de minimercado com preços exorbitantes), duas farmácias, e uma mercearia que era praticamente o único lugar que vendia frutas, verduras e legumes no bairro. Não havia mercados, bancos e nem caixas eletrônicos dentro da comunidade.

Para sair do bairro, havia apenas três opções: Ao caminhar por dentro, a continuidade desse território era interligada à outra comunidade, que fica na área de referência da Clínica da Família que eu tratarei mais adiante; a quem quisesse sair de trem, havia uma estação no bairro, que passavam com intervalos médios de 12 minutos, e que chegava na Central do Brasil em cerca de 30 minutos de trajeto, e no sentido contrário, a próxima estação de trem já era o centro de um município da baixada fluminense. O bairro ficava tão próximo a esse município, que as pessoas costumavam mais se deslocar a ele para fazer compras do que ir ao Centro do Rio de Janeiro; e finalmente de ônibus, era preciso sair da comunidade, atravessar uma passarela, e chegar à avenida, que possuía algumas opções de ônibus para outros bairros da Zona Norte, para alguns bairros da Zona Oeste, e uma única opção de ônibus para o Centro do Rio, que demorava entre 50 minutos, e 1h40 minutos de trajeto, dependendo do trânsito.

Nesse território também havia um serviço cultural de referência no município, onde se gravava músicas, videoclipes, se fazia alguns projetos artesanais, havia uma quadra de esportes com uma espécie de palco para apresentações artísticas. No entanto, a equipe de saúde e alguns usuários diziam que o acesso a essas atividades era restrito às pessoas que tinham alguma bagagem artística já minimamente consolidada. Não era um local inclusivo como parecia à primeira vista. Às crianças e adolescentes com boa bagagem artística e que moravam em outras áreas da cidade, o acesso era mais fácil. Como o CMS é muito pequeno, algumas atividades

coletivas em saúde eram realizadas pelos profissionais de saúde nas dependências desse serviço cultural, como o grupo de artes, a auriculoterapia etc.

Nesse CMS, as duas equipes de Estratégia de Saúde da Família, somadas, possuíam cerca de 5 mil usuários cadastrados, o que para a realidade atual do município era considerado um baixo número populacional por equipe (2500 habitantes por equipe, enquanto a média do município era de 4 a 5 mil habitantes por equipe). No início, cada equipe possuía seis agentes comunitários de saúde, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. Apenas uma das equipes teve uma médica regularmente (que trabalhava 40 horas semanais) ao longo dos quatro anos em que estive nesse campo, sendo transferida por mal desempenho no início de 2019. A outra equipe sempre sofreu com falta de médico, e quando conseguia, eram profissionais que aceitavam ficar apenas 20 horas semanais (ou seja, metade da carga horária necessária), e que desistiam do emprego após alguns meses⁶. A unidade possuía também uma gerente, uma técnica administrativa, uma farmacêutica, uma auxiliar de farmácia e um auxiliar de serviços gerais.

Esse serviço tinha uma característica interessante que é o fato de antes de ser um CMS, ele foi uma unidade do programa Médicos Sem Fronteiras, e antes disso era um serviço de saúde e cuidado da população organizado pela Cruz Vermelha internacional. Então, apesar de ser uma unidade pequena, ela possuía uma história importante naquele território, e a maior parte dos agentes comunitários que trabalhavam lá, estavam há muitos anos, antes mesmo de ser um Centro Municipal de Saúde. Se por um lado esse grande tempo de trabalho no território com a saúde da população fazia com que esses agentes comunitários tivessem muita sagacidade para compreender os processos de saúde e saberem o que fazer com os casos, por outro lado fez com que, nas questões de saúde mental, eles muitas vezes tendessem a adotar um modo ambulatorial de cuidado, o que chegou a gerar um problema com a equipe de saúde mental em determinado momento, mas que foi solucionado.

A outra unidade de saúde que essa equipe NASF cobria era uma Clínica da Família que possuía seis equipes de Estratégia de Saúde da Família. Considerando minha carga horária de trabalho de 30 horas semanais, eu fazia 22 horas por semana nessa Clínica da Família. Cada equipe possuía pouco mais de 4 mil habitantes cadastrados, totalizando pouco mais de 25 mil habitantes cadastrados nesse serviço de saúde.

⁶ Esse rodízio significativo de profissionais médicos gera implicações negativas importantes no processo de cuidado dos usuários, dificultando o acesso deles aos serviços adequados de saúde que lhes são de direito, bem como fazendo com que os mesmos percam o vínculo com os profissionais médicos de referência, que vão trocando com frequência, despotencializando a longitudinalidade do cuidado que é esperada na Estratégia de Saúde da Família. No entanto, optei por não trabalhar essas implicações nesse momento de caracterização dos serviços.

Das seis equipes ESF, três ficavam dentro da comunidade, e três equipes ficavam fora da comunidade. A parte de dentro da comunidade é uma continuação geográfica do território do CMS apresentado nessa seção, por isso na descrição a seguir haverá muitas características afins ao território que já foi apresentado nos últimos parágrafos. Essa comunidade, portanto, em que ficam três equipes da Clínica da Família, é caracterizada por casas pobres, a maior parte construída com tijolos. Mais da metade das ruas são amplas, com espaço para passar carros. Mas também há uma quantidade significativa de ruas mais estreitas, e algumas vielas. A rua principal da comunidade possui um córrego profundo, chamado de “valão” pelos moradores, que apesar de ser encanado, fica a céu aberto. Não há morros nesse bairro, de modo que a orientação das ruas é horizontal e sem aclives ou declives significativos.

No bairro há uma escola pública que oferece turmas do primeiro ao nono ano, que na realidade é a mesma mencionada no território do CMS, pois se encontra exatamente na divisa entre os dois bairros. Eram marcas desse território a ausência de árvores, a ausência de áreas de lazer, a grande quantidade de igrejas evangélicas, a ausência de supermercados. No entanto, na rua principal da comunidade havia um comércio simples, mas diversificado, como pequenos bares que serviam comida a preços baixos, assistência técnica de celulares, barbearia e salões de beleza, docerias, algumas pequenas lojas de venda e revenda de móveis, mercearia. Não havia padaria que vendiam pães de qualidade, como havia no território do Centro Municipal de Saúde, e não haver boas padarias era algo que incomoda os moradores.

Os limites geográficos do bairro eram os seguintes: para um lado, era a continuação da comunidade, que encontra o território do CMS já aqui tratado; no sentido oposto fica a principal via de acesso ao bairro, cuja entrada e saída só eram permitidas – pela facção criminosa que gerencia a venda de drogas local – a moradores. Nessa direção também ficava a estação de trem, que fica a 30 minutos de distância da Central do Brasil, e no sentido contrário estávamos a apenas duas estações do centro de um município da baixada fluminense, o mesmo já mencionado na descrição anterior. A outra direção do bairro era limitada pela linha do trem e seus muros altos. A linha era paralela à avenida ao lado de fora da comunidade. E por fim, no sentido oposto à área em que ficava a linha do trem, havia uma mata fechada, que era área da Marinha do Brasil. Perguntei a alguns agentes comunitários se a mata não era usada pelos traficantes, e eles disseram que não, pois se trata de um pedaço pequeno de mata, e é uma sede ainda em funcionamento da Marinha. Então eles preferiam não arriscar circular pela área militar. Eu mesmo nunca vi essa mata, porque era uma área em que não tinha domicílios.

Havia presença de traficantes armados em algumas ruas do bairro, ligados a uma facção criminosa, que faziam o controle do tráfico de drogas e do acesso de pessoas ao bairro. Em

alguns pontos da comunidade haviam pontos de venda de drogas. Vale a pena esclarecer que essa facção adotava a política de não vender crack, focando suas vendas em cocaína e maconha. Isso gerava impactos importantes na configuração do território, porque não havia cenas de uso de drogas a céu aberto, nem pessoas circulando pela comunidade em situação gravemente degradante, o que é uma característica muito comum nos territórios em que há venda de crack. Além de não vender crack, essa facção criminosa proibia que os moradores fossem a outras comunidades fazer esse uso. Esse nível de controle e opressão sobre os moradores certamente impactava a saúde mental dos mesmos.

Outro aspecto importante é que os líderes do tráfico nesse bairro, e no bairro do CMS descrito anteriormente, eram pessoas que nos últimos tempos adotaram religiões evangélicas, inclusive com certo grau de fanatismo. Em dezembro de 2018 foram hasteadas bandeiras de Israel em ambas as comunidades (tanto essa do território da Clínica da Família, quanto no território do CMS), sob ordem dos chefes do tráfico local. Por ser muito recente, ainda não foi possível saber o motivo dessa novidade, mas alguns agentes comunitários de saúde me disseram estar relacionado à religião dos chefes, e isso me chamou muito a atenção. Eu acredito que uma população que mora em uma comunidade e vive sob as regras internas de uma facção comandada por homens religiosos fanáticos, tenha impactos significativos. Eu não consegui perceber esses impactos, são coisas novas, e são assuntos difíceis de serem conversados (as pessoas tem medo de falar de temas relacionados aos chefes do tráfico). Mas mesmo assim eu achei importante registrar esse fato, nem que por enquanto seja apenas para fins de compartilhamento de informação sem possibilidade de análise científica, visto que isso tende a ser uma tendência na configuração de algumas facções criminosas no Rio de Janeiro, posto que eu já estive em alguns espaços com profissionais de saúde de outros territórios, que comentaram que nas regiões em que trabalham os chefes do tráfico também passaram a obrigar que os integrantes da facção passassem a seguir religiões evangélicas, indicando, portanto, ser um fenômeno novo, mas que está crescendo na realidade da organização das facções cariocas.

Como dito previamente, tal Clínica da Família possuía também três equipes de Estratégia de Saúde da Família localizadas na parte de fora da comunidade. A própria Clínica da Família em questão fica nesse território. O mesmo era caracterizado por ruas largas e asfaltadas, algumas com aclives e declives muito acentuados. Todas as casas eram de tijolo nessa parte do bairro. Algumas casas eram muito pequenas, simples e pobres; outras eram de nível mediano, havendo inclusive domicílios em que os moradores não usavam os serviços da Clínica da Família por usarem a rede privada de saúde. Havia também uma escola particular

ocupada por moradores, em péssimas condições de higiene, conforto e qualidade de vida, e com um uso de drogas muito mais ostensivo que na parte de dentro da comunidade.

Não havia presença de pessoas armadas e nem do tráfico de drogas. No entanto, por ser o mesmo bairro em que a parte de dentro da comunidade era controlada por uma facção criminosa, é como se aquela área de alguma maneira fosse também ligada àquela facção. Desse modo, não circulavam muito por ali pessoas de outros bairros e outras facções. Os traficantes da parte de dentro da comunidade tinham facilidade para “resolver assuntos” na parte de fora, caso se sentissem ameaçados por outras facções. Apesar disso, nas ruas da parte de fora da comunidade não era incomum haver assaltos a pedestres (em especial para levar celulares), bem como furtos e roubos de carros. Os profissionais de saúde do território explicavam que essa prática era realizada por pessoas que eram de facções criminosas rivais à facção daquele território. Essa é uma prática comum entre as facções do Rio de Janeiro, porque além de não roubar pessoas que moram no território dominado pela própria facção, as denúncias de roubo nas delegacias de polícia aumentavam a circulação de viaturas e operações policiais na região. No entanto, era sabido que, caso um ladrão de outra facção fosse pego em flagrante pela facção da região daquele território, o preço pago era com a própria vida. Em 2018 eu estava na unidade de saúde, e ouvi muitos gritos na rua. Fui ver, a população conseguiu “pegar” um garoto que estava fazendo roubo de celular com frequência na região. Estavam o espancando. Eu fui lá tentar interferir, dar a opção de chamar a Polícia (na verdade já tínhamos feito a solicitação explicando a situação aos policiais, que prometeram que iriam mandar uma viatura e a mesma nunca chegou, o que é mais um analisador da violência do Estado a esse grupo populacional). O rapaz já tinha apanhado muito na cabeça e continuava apanhando. Os moradores (cerca de 20 pessoas, homens e mulheres, com idade entre 15 e 70 anos, aparentemente) mandaram eu me retirar daquela cena, de modo que fui efetivamente expulso e de certa forma ameaçado caso continuasse tentando interferir no espancamento. Eu fui obrigado a me retirar, e os agentes comunitários me informaram que os traficantes vieram de dentro da favela e levaram-no para dentro da comunidade. Segundo os ACS me informaram, quando isso acontece não há a menor chance de que o sujeito sobreviva, ao contrário, normalmente morrem sendo torturados. Trago um pouco desse contexto para demonstrar que não é porque três equipes ficam fora da comunidade que os problemas são menores. Eles são diferentes, normalmente mais difíceis de serem resolvidos, mas não necessariamente menos graves que a realidade dentro da comunidade.

As seis equipes de Estratégia de Saúde da Família dessa unidade de saúde possuíam, até 2017, seis agentes comunitários de saúde cada uma. A partir de 2018 esse número caiu para

cinco agentes por equipe, e desde 2019 a configuração passou a ser de quatro ACS por equipe ESF. Havia cinco enfermeiras contratadas, sendo duas delas preceptoras de seis residentes de Enfermagem do Programa de Residência de Enfermagem do Município do Rio de Janeiro. A unidade também possuía grande dificuldade de adesão e fixação de profissionais médicos. Nos quatro anos em que estive nesse emprego, nunca houve período em que todas as equipes tivessem médicos com a carga horária de 40 horas/semana, apesar dos esforços da gerente da unidade em conseguir alocar médicos. Sem dados para poder me certificar do percentual de ocupação médica nesses anos, estimo, em minha percepção, que a média de ocupação de médicos variava entre 50 e 75%. Havia apenas duas médicas (20 e 40 horas de trabalho semanais, respectivamente) com mais de cinco anos de trabalho na unidade (a unidade foi inaugurada em 2012).

Essa Clínica da Família tinha uma característica muito peculiar: ser uma unidade que tinha um número significativo de residentes, estagiários e acadêmicos, de vários programas de formação. Já foi citado anteriormente a presença das residentes do Programa de Residência de Enfermagem do Município do Rio de Janeiro, com ênfase na atenção primária. Nesse programa, seis residentes (três R1 e três R2)⁷ ficavam à frente da rotina de enfermagem de três equipes ESF da unidade, supervisionadas por duas enfermeiras preceptoras. Ou seja, das seis equipes da Clínica da Família, três possuíam residentes de enfermagem e supervisão efetivamente adequada.

Além disso, nos últimos três anos, houve também duas equipes com alunos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), sob a preceptoria de profissionais das equipes ESF e em especial da equipe NASF, uma vez que esse programa de Residência é composto por profissionais de Educação Física, Enfermagem, Farmacologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. Todos esses alunos passavam a ser referência de uma única equipe ESF durante dois anos. Eu fui um dos preceptores NASF que ocupou papel de maior referência dos alunos desse programa de residência. Infelizmente, devido às demissões que foram acontecendo aos profissionais em nossa equipe NASF a partir de 2018, bem como o risco significativo de haver mais demissões de equipe NASF nos anos subsequentes, tanto para os alunos que se formaram em 2018, quanto para nós da equipe NASF, e ainda para a coordenação do programa, foi unânime a compreensão de que a partir de 2019 não era um bom momento para inserir alunos nesse campo, uma vez que outras áreas da cidade não tiveram cortes de equipe NASF na intensidade que houve em

⁷ R1 é o apelido que se dá aos residentes que estão no primeiro ano do curso; R2 são os que estão no segundo ano.

nossa região. Nesse programa de residente em específico, é complicado haver equipes incompletas de preceptores NASF, bem como desmontes de equipe NASF, porque necessariamente são sete residentes, de várias categorias profissionais, e que ficam num único cenário de prática ao longo dos dois anos de curso. O que foi uma pena, pois a passagem deles nos três anos em que estiveram nessa Clínica da Família, foi muito marcante para os trabalhadores e para os usuários, porque a especialização deles era exatamente na atenção primária, na ESF e na Saúde Pública.

Entre 2017 e 2019 a unidade foi cenário de prática do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. A unidade recebeu em torno de três residentes ao ano, que ficaram ou um ou dois semestres no campo, a depender do desejo de cada um. Nesse programa, cada residente passava a ser referência em saúde mental para uma equipe ESF, sob supervisão do NASF, fazendo o matriciamento dos casos de saúde mental, e, ao mesmo tempo, aprendendo a rotina e os desafios de cuidar em saúde mental na atenção primária. Eu e o psicólogo do NASF fomos preceptores desse programa de residência durante três anos.

No que concerne aos programas de estágio, a unidade era campo de formação para acadêmicos de medicina em estágio na atenção primária, supervisionados por duas médicas; campo de formação para estagiários do curso de Odontologia, supervisionados por um dos dentistas da unidade; estagiários de Psicologia, supervisionados pelos psicólogos da equipe NASF; estagiários de Serviço Social, supervisionados por mim; estagiários de Fisioterapia supervisionados pela fisioterapeuta do NASF; e estagiários de Nutrição, supervisionados pela Nutricionista do NASF.

Nessa Clínica da Família eram realizadas muitas atividades em grupo, a saber: Grupo de Psicomotricidade, coordenado pelo educador físico, cujo público-alvo eram os idosos; Grupo de Tabagismo, sob a coordenação de uma enfermeira ESF; Grupo de Gestantes, cuja coordenação era feita através de rodízio entre todos os profissionais da unidade; Grupo de saúde mental, que era coordenado por mim e pelo psicólogo do NASF, com a participação também de outros residentes; Grupo de Crianças, que era coordenado pelo psicólogo do NASF com a colaboração de residentes em Saúde da Família (ENSP) e de saúde mental (IPUB); Grupo de Mulheres, coordenado pela psicóloga do NASF, uma enfermeira da unidade e residentes da ENSP e do IPUB; o Grupo de Introdução aos Novos Alimentos para bebês de seis meses, bem como o Grupo de Alimentação Saudável, que tem como público alvo pessoas que estão subnutridas, obesas, ou com Hipertensão Arterial ou Diabetes, ambos que eram coordenados pela nutricionista do NASF; o Grupo de Alívio da Dor Crônica, que era realizado pela

fisioterapeuta do NASF, e que chegava a ter a participação de 40 usuários por semana. Considerando que a equipe NASF foi sendo gradualmente desmontada entre outubro de 2018 e fevereiro de 2020 – restando apenas o cargo do educador físico, quase todos esses grupos deixaram de existir, impactando significativamente na saúde da população.

4. Tá puxado pra atenção primária e pra Estratégia de Saúde da Família nesses últimos governos

Vou iniciar essa seção marcando uma escolha conceitual presente nesse estudo: o uso dos termos vulnerabilização e vulnerabilizados, em detrimento ao termo vulnerabilidade. Conforme aponta Oliveira (2018), ao adotar os termos vulnerabilização social e de pessoas vulnerabilizadas, ressalta-se que essas são condições que não são naturais, mas sim, “fruto de ações políticas, econômicas e sociais vulnerabilizantes” (OLIVEIRA, 2018, p. 45) A ideia, portanto, é não perder de vista que as vulnerabilizações que acometem a vida de grande parte da população, são produzidas pelas ações políticas do Estado e pela organização da estrutura econômica brasileira.

O Brasil vive um processo de ataque aos direitos civis nos últimos anos, em especial a partir de 2016, com a aprovação da Reforma Trabalhista sob o governo interino de Michel Temer, que diminui os direitos trabalhistas da população, aumentando a vulnerabilização dos trabalhadores; assim como estamos vivendo sob a sombra da aprovação da Reforma da Previdência, efetivada ao final do ano de 2019 pelo governo de Jair Bolsonaro, diminuindo os direitos previdenciários da população e aumentando o tempo de contribuição para a aposentadoria; e finalmente estamos já experienciando intensos cortes financeiros nas áreas sociais no Brasil, com a redução significativa de investimentos nas áreas de Assistência, Educação e Saúde. A fim de justificar essa dissertação sob um aspecto macro, é fundamental nos debruçarmos sobre esse movimento de corte de financiamento público na área da Saúde, impulsionado sobretudo pela Emenda Constitucional (EC) número 95, aprovada em 2016 sob a gestão de Michel Temer, também conhecida originalmente por Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 241. A Emenda Constitucional 95 define, de maneira resumida, que os gastos públicos sejam congelados durante vinte anos, a contar de 2017, aos níveis de investimento tendo como base o ano de 2017 (BAHIA et al., 2016), de modo que os reajustes anuais serão corrigidos apenas pela inflação (MENDES, 2016). No entanto, a previsão para os próximos 20 anos no Brasil é de crescimento populacional significativo, e grande aumento de pessoas aposentadas em comparação à realidade populacional do ano de 2017. Uma vez que o governo não pode deixar de pagar a aposentadoria das pessoas, somado à previsão de aumento populacional, a consequência da EC-95 será a drástica diminuição de gastos na área da educação e da saúde nas duas próximas décadas no Brasil (ROSSI e DWECK, 2016). Bahia et al. (2016) explicam que a diminuição de investimentos em saúde iniciada no governo do presidente Michel Temer, através do Ministro da Saúde Ricardo Barros, tem por objetivo

expandir e popularizar a difusão de planos de saúde privados de baixo custo à população de baixa renda, dessa forma, mercantilizando a saúde e correspondendo aos interesses do lobby das grandes operadoras de planos de saúde privados, configurando, assim, um grave ataque ao Sistema Único de Saúde do Brasil.

No que concerne a atenção primária, é importante lembrar que após o golpe político que impediu a continuidade do mandato da Presidente Dilma Rousseff em 2016, Michel Temer aprovou, em 2017, uma nova Política Nacional de Atenção Básica, em nível nacional. Dentre as várias mudanças previstas na nova PNAB, se destaca que haverá dois tipos de equipes na atenção primária: as Equipes de Atenção Básica (EAB), e as equipes de Estratégia de Saúde da Família, a partir de um tipo de “classificação de vulnerabilidade” dos territórios. Isso incidirá em uma diminuição significativa de agentes comunitários de saúde por equipe, em alguns casos reduzindo de seis ACS de uma equipe ESF, para apenas um agente comunitário de saúde ao se transformar essa equipe ESF em Equipe de Atenção Básica, nos territórios que forem classificados como de menor vulnerabilização. O que é uma equipe de atenção primária com um ou dois agentes comunitários cobrindo mais de três mil habitantes em um único território? Que cuidado é possível fazer nesse desenho de atenção primária? E não se pode dizer que ao tomar essa decisão o governo esteja promovendo equidade, pois na nova Política Nacional de atenção primária não há nenhuma categoria de classificação de “vulnerabilidade social” que aumente o número de agentes comunitários por equipe em relação à PNAB anterior. Ou seja, se trata, efetivamente, de uma política que veio para cortar recursos humanos na área, despotencializar a atenção primária, e diminuir o escopo de atuação nesse nível de atenção à saúde. Consequentemente, irá diminuir o acesso à saúde para a população, em todos os níveis, visto que a atenção primária é a maior porta de entrada para os outros níveis da rede de saúde. Se não se chega no tempo e condições adequadas à atenção primária, possivelmente não se chegará nos níveis secundários e terciários. Desse modo, em minha opinião, a rigor é uma mudança na política que trará aumento significativo de mortes de pessoas pobres. Esse é um dos motivos de eu considerar a pertinência desta pesquisa. Ao trazer situações, questionamentos, estranhamentos, olhares para as pequenas e para as grandes contribuições que a ESF tem com os casos de saúde mental nesse campo, eu estou, sobretudo, trazendo a discussão e reafirmando para o campo científico a importância imensurável da Estratégia de Saúde da Família, das equipes com um número significativo de trabalhadores, de uma atenção primária adequadamente encorpada com condições de cuidar da população com a qualidade que lhe é assegurada na Constituição Federal de 1988, na Lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde (Nº 8080, de 1990), bem como na Lei da Reforma Psiquiátrica (Nº 10216/2001).

Mais adiante nesse estudo será realizada uma discussão mais aprofundada sobre o NASF e o apoio matricial. No entanto, dada aqui a necessidade de discutir os desmontes das políticas de saúde, vamos adiantar nessa seção a reflexão de que a PNAB de 2017 também traz alterações significativas às equipes NASF. O mesmo deixa de se chamar Núcleo de Apoio à Saúde da Família, e passa a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família. Essa alteração do termo, de Apoio para Ampliado, se justifica na medida em que a Política Nacional de Atenção Básica de 2017 retira do texto das funções do NASF o destaque ou a menção ao apoio matricial, que até a PNAB anterior era a direção de trabalho prioritária prevista aos profissionais das equipes NASF. Segundo BRASIL (2010),

O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe (BRASIL, 2010, p. 12).

A saúde mental também, por sua vez, também tem sofrido grandes ataques nos últimos governos. Em nível nacional, na gestão de Michel Temer foi aprovada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a Resolução N°32, de 14 de dezembro de 2017. Nessa resolução, o hospital psiquiátrico volta a ser serviço de referência no cuidado das pessoas com transtornos mentais e/ou que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, aumentando, inclusive, o valor pago por dia de internação, conforme o item IV do 9º Artigo: “Reajustar o valor de diárias para internação em hospitais especializados de forma escalonada, em relação aos atuais níveis, conforme o porte do Hospital” (BRASIL, 2017b). No que concerne o cuidado de pessoas que fazem uso abusivo de drogas, o 11º Artigo orienta que se deve “fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre Ministério da Saúde / Ministério da Justiça / Ministério do Desenvolvimento Social / Ministério do Trabalho em relação as Comunidades Terapêuticas” (BRASIL, 2017b). As comunidades terapêuticas são instituições que se propõem tratar ou curar as pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. As mesmas adotam a internação como meio de cuidado, e normalmente são instaladas longe dos centros urbanos, situando-se muitas vezes no meio rural, dificultando o acesso das famílias aos usuários, bem como os mantendo longe de seus territórios identitários e de referência. Lima (2016) aponta outras características que costumam estar presentes nesses serviços, a saber: estarem ligados a instituições religiosas; adotarem caráter assistencial confessional aos usuários; terem o modelo de abstinência como meta única para o cuidado; e requisitarem fundo público para seu financiamento. (LIMA, 2016, p. 145)

Portanto, considerando as orientações de cuidado previstas pela Reforma Psiquiátrica, a Resolução Nº 32/2017 é uma afronta grave à Reforma Psiquiátrica no Brasil, orientando, ampliando e incentivando um modelo de cuidado em saúde mental que não oferece aos usuários cuidado em liberdade; sem equipe multiprofissional atuando através da lógica de cuidado medicinal, social, psicológico etc.; retoma a lógica da internação; utiliza meios religiosos para o tratamento e rejeita a clínica de redução de danos, que é a direção de cuidado recomendada para esses usuários pelos principais órgãos de saúde; e finalmente volta a transferir dinheiro público do cuidado em saúde para instituições que são de capital privado, as igrejas.⁸

Antes de seguir para a apresentação dos cortes realizados no campo da atenção primária e da saúde mental no Rio de Janeiro nos últimos anos, é importante contextualizar o modelo de gestão dos serviços de saúde adotado na capital fluminense nas últimas duas décadas: Teixeira et al. (2018) explicam que em grande parte das nações do mundo, a partir da década de 1990, a administração direta de serviços públicos passou a ser criticada, sob o argumento de que a gestão diretamente realizada pelas instituições públicas eram caracterizadas pela “ineficiência, incapacidade, falta de transparência e controle dos recursos” (TEIXEIRA et al., 2018, p. 118), ao mesmo tempo que se imprimia a noção de que a gestão indireta, realizada por entes do setor privado e competitivo, possibilitava que a gestão e administração dos serviços fossem executadas com “eficiência, transparência e competência” (TEIXEIRA et al., 2018, p. 118). Dessa forma, ainda nos anos de 1990, foi iniciada uma reforma na administração pública dos serviços em grande parte dos países, e não foi diferente em muitos municípios do Brasil, como o caso do Rio de Janeiro. Essa forma de gerenciar os serviços públicos sob a lógica da organização da iniciativa privada fundamenta-se através de “uma maior flexibilidade dos processos, produtos, padrões de consumo e da organização do trabalho, com crescente terceirização, contratos temporários, subcontratação” (HARVEY, 1992 apud TEIXEIRA et al, 2018, p. 118), configurando, dessa forma, o modelo gerencialista de gestão, o qual foi adotado na gestão dos serviços da atenção primária e da saúde mental do município do Rio de Janeiro a partir dos anos 2000.

Para efetivar a gestão dessas redes de saúde do Rio de Janeiro nos moldes do gerencialismo, os governos municipais fizeram a escolha claramente política de contratar Organizações Sociais (OS) para desempenhar essa função, definidas na reforma administrativa

⁸ Logo no primeiro mês do governo de Jair Bolsonaro, em janeiro de 2019, foi lançado um documento oficial que reforça a centralidade dos hospitais psiquiátricos e da lógica manicomial no cuidado em saúde mental. No entanto, diante de tanta polêmica que esse documento causou, o governo rapidamente tirou essa nota do ar. Mas já serviu como um indicativo sobre o modelo e a direção de cuidado em saúde mental que esse novo governo defende.

brasileira como “um modelo de organização pública destinado a absorver atividades consideradas publicizáveis (incluindo as atividades de saúde), mediante qualificação específica” (TEIXEIRA et al., 2018, p. 123). No entanto, os autores destacam que esses

modelos de gestão são resultantes de processos sociais e políticos que produzem linguagem e práticas fundadas em valores como racionalização (portador de um imaginário cientificista), eficiência (fundado no custo e não na necessidade), *accountability* (como ferramenta de prestação de contas à população e não como dispositivo de participação social) e mérito (competitividade e gratificação por desempenho). Assim, a gestão é um objetivo, uma finalidade em si. (TEIXEIRA et al., 2018, p. 136).

Desse modo, os campos da atenção primária e da saúde mental do Rio de Janeiro são orientados por um modelo de gestão que se ocupa dos aspectos da racionalização das ações em saúde, que mede o trabalho profissional pelos números e pela quantidade de ações realizadas pelo trabalhador, e não pela qualidade do cuidado que o mesmo executou. Só esse elemento já abre um desafio no que concerne ao cuidado em saúde mental: qual o tempo necessário para cuidar de forma satisfatória de uma pessoa em sofrimento psíquico? O trabalhador desse modelo de gestão muitas vezes se vê obrigado a cuidar de forma superficial ou até conscientemente inadequada, para conseguir atingir as metas estipuladas a ele. Portanto, o modelo gerencialista tensiona constantemente o trabalhador quanto às condições de viabilidade de tempo necessário para o cuidado com qualidade na atenção primária, não só em saúde mental, mas também na mesma.

Outros aspectos desse modelo que aparecem de forma prática tanto no campo da atenção primária quanto no da saúde mental no município do Rio de Janeiro são a precariedade dos vínculos trabalhistas; os contratos de trabalho com baixos salários e nenhuma segurança; a facilidade com que esse modelo demite trabalhadores e coloca outros no lugar, trocando os profissionais feito “peças”; a sensação e a consciência permanente dos trabalhadores de que há um risco iminente de demissão; os cortes de cargos, muitas vezes orientados estritamente por questões financeiras de gestão, que são realizados sem nenhum constrangimento junto à população e nenhum compromisso quanto à noção de vínculo do cuidado; e os assédios morais praticados contra os trabalhadores nas mais diversas formas. Portanto, essas relações de trabalho nesse contexto são altamente adoecedoras para os trabalhadores, e comprometem o processo de cuidado em saúde realizado tanto pela atenção primária quanto pela saúde mental. Como se verá a seguir, é nesse contexto de gestão dos serviços de saúde e de condições trabalhistas que se desenham os cortes substanciais de profissionais da atenção primária e da saúde mental nos últimos anos no Rio de Janeiro. Por outro lado, é impressionante refletir que é também nesse contexto crítico de condições de trabalho que se realizam práticas tão potentes

de cuidado em saúde mental no campo da atenção primária, visto que todos esses elementos do modelo gerencialista sempre estiveram presentes – em graus maiores ou menores, a depender do momento – na experiência retratada nesse estudo.

Retomando a discussão sobre o processo de precarização do Sistema Único de Saúde, no Rio de Janeiro a área da saúde vem sofrendo cortes financeiros muito significativos sob a gestão do Prefeito Marcelo Crivella, em especial a atenção primária. Em 2017, algumas equipes NASF foram integralmente demitidas. No mês de agosto de 2017 foi noticiado o fechamento de 11 clínicas da família em uma região da cidade. Algumas pessoas tiveram o aviso prévio assinado, mas houve uma movimentação intensa e veloz de trabalhadores e usuários, que ainda no dia do anúncio fizeram uma manifestação nessa região. Nos dias subsequentes, passou a ter manifestações em defesa da atenção primária em todas as áreas do município. Pressionado, o Prefeito naquele momento cancelou os avisos prévios anunciados. Entre agosto de 2017 e março de 2018 houve atrasos regulares de salários, falta de insumos para a realização mínima do trabalho (que ia desde a falta grave de medicações nas farmácias das unidades de saúde, e à falta de papel A4 para imprimir receitas médicas, até mesmo caso de cortes de internet para acesso aos prontuários eletrônicos, e cortes de energia por falta de pagamento, por exemplo), além da sensação que os trabalhadores tinham de poderem ser demitidos a qualquer momento. Diante disso, houve manifestações de trabalhadores e usuários ramificadas em todas as regiões da cidade, além de manifestações bem maiores no Centro da cidade, em especial na Prefeitura. Quase todas as categorias profissionais que trabalham na atenção primária entraram em greve nesse período, incluindo os médicos e os Agentes Comunitários de Saúde, que possuem sindicatos muito fortes e bem organizados, com grande potencial de interação e articulação com a sociedade civil. A partir de abril de 2018 foi normalizado o pagamento dos salários e a compra de insumos e serviços para o funcionamento das unidades da atenção primária, finalizando, dessa forma, a greve das categorias, apesar do imenso desgaste emocional dos trabalhadores por todos esses fatores, e em especial pelo risco iminente de demissões.

Em outubro de 2018, antes de reiniciar os sistemáticos atrasos salariais, em três dias houve demissão de 17 profissionais de equipe NASF na área em que eu trabalhava. Isso significou o desligamento integral de duas equipes NASF, e cortes em profissionais de quase todas as equipes NASF dessa área. Nessa região do município havia 11 equipes NASF com cerca de 7 profissionais em cada. Com os cortes, em fevereiro de 2019 já eram apenas 8 equipes NASF com cerca de 5 profissionais cada, na região. Foi nessa leva de demissões que a equipe NASF em que eu trabalhava perdeu a fisioterapeuta e a nutricionista, que estavam no NASF desde a inauguração, com três anos e meio de experiência nesse território. E isso foi um choque

emocional e de organização do processo de trabalho enquanto equipe para todos nós. A categoria profissional mais cortada foi a dos Nutricionistas, o que certamente teve grande impacto sobre o cuidado dos hipertensos, diabéticos e obesos, considerados grupos de risco na atenção primária. Também conforme eu já mencionei nesse estudo, as demissões foram por categoria profissional, e não a partir de avaliação técnica dos profissionais.

Entre outubro de 2018 e janeiro de 2019 foram demitidos, em forma de cortes, mais de 400 profissionais da atenção primária do município do Rio de Janeiro, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e em especial agentes comunitários de saúde, além de profissionais do NASF. Tratava-se, desse modo, do início de uma série de cortes na atenção primária e da rede de saúde mental realizados pela Prefeitura sob o comando de Marcelo Crivella. Essas demissões foram orientadas pelo plano municipal intitulado “Reorganização dos serviços de atenção primária à saúde – estudo para otimização de recursos” (Rio de Janeiro, 2018) que tinha como sustentação legal de reorganização da rede de saúde a Política Nacional de Atenção Básica, de 2017, possibilitando não só diminuir o número de agentes comunitários de saúde por equipe ESF, como transformar equipes de Estratégia de Saúde da Família em Equipes de Atenção Básica, diminuindo de modo efetivamente drástico o número de agentes comunitários nessa segunda modalidade de equipe. Segundo matéria do site G1 intitulada “Prefeitura do Rio começa a demitir funcionários do programa Clínica da Família”, publicada na internet em 17 de Janeiro de 2019, no mês de Janeiro de 2019 “foram mais de 400 trabalhadores mandados embora. A maior parte é de agentes comunitários: 387 demissões, que aparecem na lista com a sigla ACS (G1, 17/01/2019, veiculação online com acesso público)”. Segundo essa mesma matéria, ainda sobre os cortes na “reestruturação da atenção primária” do governo de Marcelo Crivella:

A prefeitura pretende cortar ao todo 1.400 postos de trabalho e espera economizar R\$ 166 milhões com os cortes. A Secretaria de Saúde afirma que esses recursos continuam na saúde, e vão ser usados para cobrir outros gastos (G1, 17/01/2019, veiculação online com acesso público).

De maneira prática, o que se percebeu é que com a reestruturação, equipes que antes tinham seis agentes comunitários de saúde passaram a ficar com quatro. Em áreas mais afetadas por essas demissões de ACS, tiveram equipes que foram inteiramente desfeitas, não sobrando nenhum agente comunitário de saúde, médico ou enfermeiro. A Prefeitura, dessa forma, conforme já tinha anunciado poucos meses antes, foi efetivamente reduzindo a área de cobertura de Estratégia de Saúde da Família no município. Segundo matéria do site O Globo, publicada em 04 de Outubro de 2018, que se intitula “Prefeitura vai reduzir atendimentos nas Clínicas da

Família para poder cortar gastos”, afirma que “programa que beneficia cerca de 70% da população recuará ao patamar do início de 2016, que era 55%” (O Globo Online, 04/10/2018, veiculação online com acesso público). Efetivamente a redução foi ainda mais drástica, pois segundo Saffer et al. (2020), em consulta realizada em abril de 2019 no portal da informação e gestão da Atenção Básica (E-Gestor AB), os dados oficiais indicaram que a taxa de cobertura de Estratégia de Saúde da Família recuou para 50,5% no município do Rio de Janeiro.

Ao longo do ano de 2019 e início de 2020, essas demissões foram sendo gradualmente efetivadas. De acordo com o plano de “Reorganização dos serviços de atenção primária à saúde – estudo para otimização de recursos” (Rio de Janeiro, 2018), o planejamento era que 184 equipes de saúde da família fossem desativadas. Considerando que cada equipe de saúde da família é composta minimamente por um médico, uma enfermeira e 5 agentes comunitários de saúde em média, totalizando 7 profissionais por equipe, foram em média 1288 profissionais demitidos só com a diminuição de equipes ESF prevista nesse plano. No entanto, é necessário salientar que no mesmo documento também foram previstas a extinção de 55 equipes de saúde bucal, cada uma composta por 1 dentista e 1 auxiliar ou técnico de saúde bucal, somando-se, desse modo, mais 110 demissões com extinção de cargo, totalizando, dessa forma, o fechamento de pelo menos 1398 cargos profissionais na atenção primária do Rio de Janeiro, entre outubro de 2018 e fevereiro de 2020.

Não é possível afirmar exatamente quantos trabalhadores foram demitidos da atenção primária na gestão de Marcelo Crivella. Os dados acima, por terem sido apresentados no plano de reorganização da atenção primária do município, são mais fáceis de serem indicados nesse estudo. No entanto, entre o fim do ano de 2018 e fevereiro de 2020, muitos cargos foram cortados: até então era uma equipe de saúde bucal para duas equipe ESF, passando a ser uma equipe de saúde bucal para cada três equipe ESF; houve também diminuição na quantidade de auxiliares administrativos em grande parte das unidades de saúde da família; os profissionais NASF foram sendo aos poucos demitidos sem reposição, bem como os que pediam demissão também não eram repostos, o cargo era extinto; o mesmo aconteceu com cargos de agentes comunitários de saúde, de modo que os que pediam demissão não eram repostos e os profissionais remanescentes tinham que se organizar para suprir o trabalho do companheiro desligado. Ou seja, a experiência do campo na rede de atenção primária no Rio de Janeiro entre 2018 e 2020 foi marcada por uma quantidade enorme de desligamentos de postos de trabalho de agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos ou auxiliares de saúde bucal e auxiliares administrativos.

Diante desse cenário de fragilização da atenção primária no Rio de Janeiro, ocorrido especificamente na gestão do prefeito Marcelo Crivella (2017-2020), realizei em março de 2020 três pesquisas no portal E-Gestor AB, que é a plataforma oficial de informação e gestão da Atenção Básica, sob domínio do Governo Federal. Com o objetivo de obter dados mais atualizados e concretos sobre o percentual de cobertura de Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, solicitei relatórios sobre o percentual de cobertura ESF nesse município, referentes aos meses de dezembro de 2017, dezembro de 2018 e dezembro de 2019. Os resultados apontaram que em dezembro de 2017 o município do Rio de Janeiro havia 62,7% de cobertura ESF, sendo esse o primeiro ano da gestão de Marcelo Crivella; em dezembro de 2018 a taxa de cobertura de ESF no município caiu para 57,8%, já com os impactos do início do desmonte feito nessa gestão municipal; e finalmente em dezembro de 2019 o percentual de cobertura ESF no município do Rio de Janeiro era de 44,3%, explicitando uma queda de 29% da área de cobertura de Estratégia de Saúde da Família no Rio de Janeiro, em comparação com dezembro de 2017, mostrando que a atenção primária foi significativamente impactada pela execução do plano de “Reorganização dos serviços de atenção primária à saúde – estudo para otimização de recursos” de 2018.

Para além das demissões que esses números representam, é preciso se perguntar qual o impacto na vida desses 29% de pessoas que perderam acesso à Estratégia de Saúde da Família nesses últimos anos? Como vivem agora os 29% de idosos, deficientes ou pessoas com baixa mobilidade, diabéticos e hipertensos que deixaram de receber visitas de agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem? É inacreditável que a gestão do prefeito Marcelo Crivella ignore o fato de que o Rio de Janeiro é um município com uma enorme população vivendo em grande vulnerabilização social, com péssimas condições de moradia, financeiras, culturais e de saúde, executando, dentro dessa realidade populacional, uma redução tão significativa da cobertura de Estratégia de Saúde da Família, sendo esse o modelo de cuidado em saúde que se propõe a estar efetivamente mais próximo às pessoas nas suas mais complexas realidades.

Considero fundamental problematizar, particularmente, a extinção de uma grande quantidade de cargos profissionais que compunham as equipes NASF nos últimos anos. Qual o impacto na vida e no cuidado das pessoas que moram em territórios que tiveram os assistentes sociais demitidos? Quem está olhando esses casos trazendo para discussão a dimensão das expressões da questão social? E fazendo orientações sobre benefícios? Quem está escrevendo os relatórios sociais para essas pessoas conseguirem mais facilmente acessar seus direitos, bem

como articulando o cuidado com os serviços das redes de Assistência e do Judiciário evidenciando os elementos sociais?

Nos serviços que perderam os fisioterapeutas da equipe NASF, quem está fazendo as avaliações e orientações cinesioterápicas, traumato-ortopédicas e neurológicas? Quem está orientando e articulando para que os usuários tenham acesso às próteses e órteses? Quem está realizando os grupos de pessoas com dor crônica nesse território? E com quem fica o acompanhamento semanal dos usuários com paralisia facial, pós-trauma/fratura e acidentes vasculares encefálicos (AVE)? Que profissional tem se debruçado sobre os cuidados paliativos para dor oncológica?

No que concerne à população que deixou de ter nutricionistas nas equipes NASF de referência, quem está fazendo o acompanhamento nutricional das pessoas que são mais vulnerabilizadas, em especial os beneficiários do Bolsa Família? Quem está acompanhando os casos de obesidade e desnutrição desses territórios? Qual profissional está fazendo as orientações nutricionais para as puérperas? E quem está ensinando sobre as dietas de crianças a partir dos 5 meses de idade, combatendo significativamente a mortalidade infantil? Qual profissional está montando as dietas dos diabéticos e hipertensos individualmente, considerando as diferentes condições clínicas, financeiras, sociais e culturais de cada usuário?

Nos territórios em que foram extintos os profissionais da Psicologia, quem está considerando e promovendo a importância da subjetividade e ajudando a reconhecer os sofrimentos psíquicos nos mais diversos casos que aparecem na atenção primária? Qual profissional está sendo apto no cotidiano desses serviços para diferenciar os determinados casos que são da saúde mental na dimensão multiprofissional, dos que devem ser cuidados efetivamente pela Psicologia?

E finalmente às pessoas que tiveram os terapeutas ocupacionais desligados da equipe NASF de seus territórios, quem está fazendo as avaliações dos casos de reabilitação física e/ou mental, e contribuindo na reorganização das atividades de vida diária dessa população? Quem está avaliando os casos de reabilitação física e ensinando às equipes para quais tipos de serviços cada caso deve ser encaminhado? O caso da Terapia Ocupacional, particularmente, impacta na potência do cuidado do serviço sobre os casos de saúde mental, visto que um dos eixos fundamentais na formação básica da profissão é a saúde mental.

É imprescindível esclarecer que nem todas as categorias profissionais que compõem as equipes NASF do Rio de Janeiro foram listadas acima. Meu objetivo foi trazer à reflexão o impacto para a população que perdeu, em seus territórios, profissionais NASF de algumas das categorias, a saber, as quais tiveram cortes substanciais nas equipes NASF durante a gestão

Crivella. Outro ponto importante é que nem todas as equipes NASF afetadas pelo desmonte dessa gestão foram integralmente extintas. A quantidade de categorias profissionais cortadas das equipes NASF variou em cada serviço da rede de atenção primária carioca, bem como variou o tempo do desmonte, de modo que houve desde equipes NASF completamente extintas em um único dia, a equipes que foram sendo diminuídas aos poucos, de forma parcial ou chegando à extinção completa, ao longo do período de 2018-2020.

Ao fazer a descrição das principais atribuições profissionais de algumas categorias profissionais que foram bastante afetadas pelos cortes da atenção primária na gestão municipal de Marcelo Crivella, meu primeiro objetivo é contribuir para enxergarmos melhor e de forma prática alguns reflexos possíveis da perda desses profissionais no processo de cuidado em saúde dessas pessoas. É muito grave uma pessoa em vulnerabilização social não ter acesso a um assistente social que consiga olhar, orientar e conduzir de maneira potencializada os caminhos de cuidado mais adequados para a sua realidade social; é gravíssimo não haver mais no território um profissional apto a cuidar da dor crônica dos pacientes, bem como do grande número de casos de AVE e demais traumas ortopédicos; aumentam os riscos de morte dos pacientes diabéticos, hipertensos, obesos e desnutridos que não tem acompanhamento nutricional especializado e dietas montadas de maneira individuais; há enormes chances de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) serem inadequados e darem errado nas discussões de caso da atenção primária que não passam pela problematização que os psicólogos fazem sobre a importância da subjetividade no cuidado, independentemente do tipo de demanda objetiva que esteja sendo discutida; e é fundamental que pessoas que precisem de reabilitação física e/ou mental possam ser avaliadas por terapeutas ocupacionais, logo, de maneira adequada por quem entende sobre a diversificada rede de reabilitação que existe, bem como possam ser orientadas sobre adaptações práticas em seus domicílios e em suas atividades de vida diária a fim de que a recuperação seja a melhor possível. O que eu quero dizer, com todos esses exemplos, é que uma gestão de política como a de Crivella, que promove um recuo da oferta desse tipo de cuidado em saúde na população, configura-se uma gestão absolutamente inconsequente e irresponsável.

O meu segundo objetivo ao descrever, de maneira prática, as atribuições de todas essas categorias profissionais no campo da atenção primária, é porque quando uma população deixa de ter acesso a todos esses profissionais e, conseqüentemente, a todos esses recursos no território, esse vai ser um fenômeno que certamente vai impactar não só nas questões orgânicas específicas de cada usuário, mas também, de forma direta ou indireta, em suas condições mentais a partir da experiência do adoecimento que não recebe ou deixa de receber cuidados

mais adequados. Como ficam as condições mentais de uma pessoa em situação social vulnerável sem cuidado apropriado de uma assistente social? E como fica uma pessoa com dor crônica que não consegue sair do território para se cuidar, sem um fisioterapeuta? E de um hipertenso, diabético ou obeso sem o acompanhamento de um nutricionista que considere suas realidades e limitações na elaboração de suas dietas? E de um neurótico grave que é visto simplesmente como alguém com frescura por sua equipe diante da ausência de um psicólogo no território? E de uma pessoa precisando de reabilitação que não passa pela avaliação de um terapeuta ocupacional, e é encaminhada para serviços inadequados pela equipe ESF que não tem propriedade sobre a complexa rede de reabilitação?

Em todos esses casos, de maneira direta ou indireta, há impactos na saúde mental da população que perde acesso aos profissionais da equipe NASF. É muito importante destacar que na atenção primária, diferente da rede de saúde mental especializada cujos casos aparecem normalmente muito bem desenhados dentro das neuroses graves e das psicoses, os sofrimentos psíquicos na atenção primária estão diluídos no cotidiano das pessoas, muitas vezes sem a própria pessoa ter ferramentas para reconhecer que precisa de cuidado em saúde mental. Como estão os sofrimentos de uma mulher que pesa 110kg? Como estão as condições psíquicas de alguém que recebe R\$190 de Bolsa Família e possui uma família de 5 pessoas para sustentar? Quem está olhando para o sofrimento de um trabalhador informal que sofreu um acidente e passou a ter a mobilidade reduzida?

Esses são exemplos clássicos de cuidado em saúde mental na atenção primária, para além dos casos graves do território, é claro. A saúde mental no campo da atenção primária tem uma característica transversal às demandas que aparecem no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família. Ou seja, a parte mais substancial dos casos são bastante relevantes e numerosos, e precisam de um olhar cuidadoso até mesmo para serem reconhecidos como casos de saúde mental, cujas construções de caminhos de cuidado são bastante singulares, não precisam necessariamente de intervenções diretas do NASF, mas como veremos mais adiante nesse estudo, são potencializadas pelas contribuições dos olhares do NASF. Isso torna ainda mais grave a escolha política da gestão Crivella de diminuir significativamente as equipes NASF do município do Rio de Janeiro.

No que concerne à minha experiência como trabalhador, no caso específico da trajetória da equipe NASF que fiz parte, primeiro, assim que Marcelo Crivella foi eleito, a Organização Social (OS) que administrava os serviços da atenção primária no território em que eu tinha inserção, demitiu e recontratou [usando outro Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ)] todos os trabalhadores no dia 21 de dezembro de 2016, alegando que eles eram uma OS que

estava com as contas em dia, e isso significava ter muito dinheiro em uma conta para fins rescisórios, e que com a entrada da gestão Crivella na semana seguinte, a prefeitura poderia usar esse dinheiro de outras formas. Então eles decidiram demitir todos os trabalhadores e garantir o pagamento de todos os direitos rescisórios dos trabalhadores até a presente data. Se isso foi um argumento real ou não, é impossível de saber. Mas foi absolutamente impactante chegar uma grande equipe da OS no serviço, reunir todos os trabalhadores, e em menos de trinta minutos ter que assinar o aviso prévio, e imediatamente assinar um novo contrato de trabalho, com a mesma empresa, mas com um novo CNPJ, mantendo todos os salários e benefícios. Olhávamos uns para a cara dos outros e perguntávamos: “É isso? Acabamos de ser demitidos? E recontratados? Isso é normal?” Foi assustador viver isso e saber que o mesmo estava acontecendo com milhares de pessoas ao mesmo tempo naquele mesmo dia. A quantidade exata de pessoas que passaram por isso nunca foi divulgada. No entanto, nesse episódio não houve relatos de cortes profissionais. Um dos grandes impactos disso todos nós sentimos no ano seguinte, visto que nossas férias foram pagas em dinheiro na rescisão, mas perdemos o direito ao gozo das férias até completar um ano do contrato novo. Ao longo do ano seguinte vários profissionais entraram em processo de adoecimento, por exaustão e falta de descanso pelas perdas das férias naquele ano. Na equipe NASF que eu fazia parte, uma excelente profissional não aguentou e por isso pediu demissão em janeiro de 2018, para poder efetivamente tirar férias e descansar. Outra profissional da equipe pediu demissão em março de 2018, tanto pelo longo período que ficou sem férias, quanto porque não suportava mais o cansaço e a complexidade dos casos ao longo de três anos intensos integrando a equipe NASF num território com tamanha vulnerabilização. Essas duas demissões foram repostas e a equipe ficou completa novamente, sem diminuir o nosso abalo de vermos a dificuldade de sustentar o trabalho nesse campo, nessas condições frágeis de trabalho e nesse contexto político ruim.

Em outubro de 2018 houve o fatídico dia em que 20% dos profissionais NASF foram demitidos em nosso território, já nos cortes de gastos da atenção primária pela gestão Crivella. Nesse dia a fisioterapeuta do NASF em que eu trabalhava foi demitida e o cargo extinto. Esse foi o primeiro momento em que a equipe NASF que eu fazia parte diminuiu, de sete para seis profissionais. Ainda em 2018, no mês de dezembro, outra profissional da equipe não suportou mais a tensão dessa vulnerabilidade que a gestão Crivella colocava nos trabalhadores, e pediu demissão. O cargo dela também foi extinto, e ficamos cinco na equipe. Em junho de 2019 demitiram outra profissional de nossa equipe, e em outubro de 2019 o quarto membro remanescente da equipe pediu demissão, restando três profissionais. Em fevereiro 2020 houve uma troca de OS em nosso território, e nessa troca eles aproveitaram para extinguir um grande

número de cargos da atenção primária, e assim eles extinguiram outros dois cargos da equipe NASF que eu ocupava, incluindo o meu, restando, portanto, apenas o educador físico, claramente sustentado pela força do programa Academia Carioca, e não em respeito da gestão municipal pelo NASF enquanto dispositivo de cuidado em saúde. A minha compreensão é que em um governo como o do Prefeito Marcelo Crivella, marcado pelo completo descaso com o povo pobre, associado a um sistema judiciário que não efetiva seu papel na proteção aos trabalhadores, mais uma vez fica claro que trata-se de uma política que direta ou indiretamente autoriza ou promove o adoecimento e a morte de pessoas pobres e negras. Existe um recorte claro de classe social e étnico na ação política desses cortes em saúde.

Particularmente, como trabalhador, foi muito difícil viver a realidade desse desmonte. Assistir, ao longo de um ano e meio, bons trabalhadores sendo demitidos de quase todos os setores que compõem os dois serviços de saúde em que a minha equipe ficava lotada; ir tendo notícias de outras demissões acontecendo ao mesmo tempo em todo o município; ir perdendo, aos poucos, a parceria de excelentes colegas de trabalho; ter que responder aos usuários que o profissional de referência em seus tratamentos foi demitido nos cortes recentes, e que não haverá substituição; ver grupos que eram realizados pelos profissionais do NASF sendo extintos e deixando, muitas vezes, dezenas de pessoas sem referência; ver projetos e fluxos que sustentavam cuidados efetivos e de qualidade no território deixando de existir, além, é claro, da minha experiência dolorosa de informar ao grupo de saúde mental que eu coordenava há quatro anos, que eu estava sendo desligado, foi um fechamento muito sofrido do meu processo de saída desse campo enquanto trabalhador NASF.

É possível perceber que o município do Rio de Janeiro, na gestão do prefeito Marcelo Crivella, se apropriou rapidamente de algumas possibilidades que a PNAB de 2017 apresenta, em especial a adoção das equipes de Atenção Básica em detrimento das equipes de Estratégia de Saúde da Família, tendo como consequência a redução do número de agentes comunitários de saúde por equipe ESF, exatamente como pude vivenciar nos meus últimos anos de campo no NASF; a outra consequência é a supressão completa de algumas equipes ESF, transformadas em EAB, sem mais haver possibilidade de trabalho nos territórios, que é a característica mais importante das equipes ESF. Se não fosse a PNAB de 2017, muito provavelmente a gestão Crivella não conseguiria reduzir a área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Rio de Janeiro, ou não seria uma redução tão significativa. Um dos maiores riscos, ao meu ver – além dos danos direta e indiretamente causados à população que perdeu acesso a esse tipo de cuidado territorial – é que o município do Rio de Janeiro se torne referência no Brasil no que

concerne o encolhimento da Estratégia de Saúde da Família e do desmonte da atenção básica e da atenção primária.

É imprescindível concluir essa seção esclarecendo que a crise aqui tratada não é temporária, não tem a ver com um recorte temporal ou das contas de um governo específico, em um momento específico. Trata-se, portanto, de uma crise estrutural e estruturante das políticas públicas no Brasil, agravada pelo atravessamento de gestões políticas em consonância com o sistema judiciário, não se importa com vidas pobres e, na sua maioria, negras. Porém, como se verá no decorrer desse trabalho, os trabalhadores da saúde pública têm se desdobrado, através de produção implicada de cuidado, na luta contra essa estrutura política que produz mortes a pessoas vulnerabilizadas.

5. Encontros e estranhamentos com a saúde mental na atenção primária – situando o lugar de fala do pesquisador

Assim que eu fui contratado como assistente social para o NASF, a minha apoiadora na Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) me informou que eu havia sido selecionado para o cargo devido a minha especialização em saúde mental, bem como minha trajetória acadêmica em saúde mental. Segundo ela, era esse o perfil de assistente social que eles estavam procurando para aquele NASF, um profissional que tivesse maior facilidade para compreender que os aspectos relacionados às vulnerabilizações tipo ausência histórica do Estado no território, desemprego, fome e violência territorial têm implicação na saúde mental dos sujeitos. Desse modo, minha apoiadora na CAP requisitou que eu me colocasse como uma das referências em saúde mental nas duas unidades de saúde cobertas pelo NASF, bem como combinaram de eu ser uma referência externa em saúde mental apoiando a própria CAP, em atividades que a minha participação fosse solicitada.

No NASF em que eu estava inserido, passaram ao total nove profissionais pela equipe, durante os quase cinco anos em que a equipe existiu. Todos ficaram no mínimo dois anos compondo a equipe, e eu fui o que permaneci mais tempo – quatro anos, além do profissional de Educação Física, que estava no serviço desde a inauguração da Clínica da Família, em 2012, e continua até a maio de 2020, período de fechamento da escrita dessa dissertação. No que se refere à formação dessas nove pessoas, uma tinha especialização em Saúde Pública, duas possuíam especialização em transtornos mentais da infância; quatro fizeram Residência em Saúde da Família; duas pessoas fizeram Residência em Saúde Mental; cinco tinham mestrado concluído, duas tinham o mestrado em andamento (eu sou um deles), uma pessoa estava fazendo doutorado quando teve o cargo extinto, e outra havia acabado de passar no processo seletivo do doutorado quando teve também o cargo extinto no NASF. Todos os que fizeram/fazem mestrado e doutorado realizaram suas pesquisas tendo como tema de estudo as áreas da atenção primária, ou da ESF ou da saúde mental.

A qualificação profissional dessa equipe foi um dos elementos decisivos para que, à época do meu processo seletivo, eu fosse designado para compor a mesma. Tratava-se de um processo seletivo com três vagas para equipes NASF distintas nessa região. Nossa apoiadora NASF na CAP, que realizou as entrevistas no processo seletivo e que conhecia todas as equipes, me informou que um dos motivos de ela ter me alocado nessa equipe foi por achar que as minhas características combinavam com o perfil acadêmico dos profissionais dessa equipe em específico, visto que, segundo a mesma, as equipes NASF dessa área da cidade não eram

compostas por tantas pessoas com especialização numa única equipe, até mesmo por ser uma região afastada do centro da cidade, pouco atraente às pessoas que tem as melhores formações e possibilidades de trabalhar em locais mais próximos ao Centro e à Zona Sul da cidade.

O aspecto mais relevante de eu trazer a qualificação profissional dos trabalhadores que compunham a equipe é o fato de que trabalhar em parceria com pessoas tão bem preparadas prática, teórica e academicamente para esse campo, que acreditam e se debruçam sobre a Saúde Pública, a atenção primária e a saúde mental, fez uma diferença imensurável para a minha experiência nesse campo, para o meu aprendizado sobre esse universo novo que se colocava à minha frente, para eu ter algumas respostas para as minhas inquietações, e para ser provocado por eles a ter muito mais inquietações sobre o cotidiano dessa área.

Eu considero, desse modo, que a minha trajetória no campo da atenção primária, debruçado na saúde mental, foi altamente privilegiada. Por mais que essa região seja geograficamente distante do Centro da cidade e marcada por violência urbana ostensiva; a área da atenção primária seja preterida pelos gestores na alocação dos recursos financeiros, provocando consequências substanciais do cuidado em saúde nesse território; e que o campo da saúde mental nessa região seja especialmente complexo devido à distância dos serviços especializados de referência, a minha percepção é que integrar uma equipe tão bem capacitada e efetivamente atuante sobre as reflexões do cuidado nesses contextos de campo e nessas condições, foi realmente decisivo para eu conseguir ir percebendo as potencialidades da atenção primária no cuidado em saúde mental.

Portanto, é de suma importância a ciência de que em momento nenhum da minha trajetória eu estive sozinho, desamparado ou solitário, por mais perdido que eu tenha ficado ao me inserir nesse campo, em especial no começo. A parceria desses companheiros – hoje amigos – em todo o meu processo de vivência do campo da atenção primária é um elemento fundamental para que se compreenda de que lugar falo hoje, como profissional e como pesquisador.

A minha entrada no NASF foi meu primeiro contato com a atenção primária, após uma trajetória na saúde mental especializada. E honestamente, para mim, foi um choque estar diante da complexidade dos desafios postos ao cotidiano da atenção primária e da Estratégia de Saúde da Família, bem como os que tangem ao próprio NASF. Mas antes de falar dos desafios naturais do campo da atenção primária, eu preciso voltar no tempo e falar dos meus desafios pessoais em estar nessa área. Para mim foi muito estranho ter que passar a prestar a atenção e considerar aspectos orgânicos da saúde do usuário, como diabetes, hipertensão, obesidade, ou problemas de circulação. Em todas as minhas experiências profissionais anteriores, na atenção

especializada em saúde mental, esses problemas orgânicos eram pouco considerados como problemas da rede de saúde mental, eram direcionados aos serviços de atenção primária, e pouco nos ocupávamos dessas questões. Mas agora eu estava na atenção primária, e tinha que pensar o cuidado da loucura considerando todos esses aspectos, e isso foi muito desafiador. Eu tive que aprender a fazer isso como quem começa do zero, estudar sobre o cuidado em saúde nesse campo novo que eu estava me inserindo, não-especializado, e fui exaustivamente solicitando aos outros profissionais da equipe NASF que me orientassem e discutissem, a partir de suas experiências e seus conhecimentos teóricos e técnicos, quanto a essas questões gerais do campo da atenção primária, em especial a nutricionista (que tem em seu cotidiano de trabalho um olhar bastante voltado para a alimentação saudável, a obesidade, e as doenças decorrentes da mesma), e também aos profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, que foram me ensinando como ter um olhar atento para os aspectos ligados tanto aos problemas orgânicos dos usuários, como à mobilidade e acessibilidade dentro do lar dos mesmos. Isso tudo foi muito novo, intenso e rico para mim. Olhar para o sujeito considerando vários aspectos de sua realidade fez eu sentir, particularmente, que a atenção primária estava num grau mais elevado de proporcionar integralidade do cuidado, em comparação à saúde mental especializada. E isso fez com que eu, pela primeira vez, desse uma guinada no que eu entendia ser a melhor direção da minha atuação profissional, visto que desde a adolescência eu me projetei para estar na saúde mental cuidando de usuários com transtornos mentais, a partir da experiência do NASF fui passando a me projetar como um profissional da atenção primária cuidando dos casos de saúde mental.

Na minha formação em Serviço Social eu fui bastante preparado para atuar no SUS, considerando rigidamente o princípio da integralidade do cuidado. Na minha formação em saúde mental, a integralidade também foi um elemento norteador da minha atuação. No entanto eu senti uma diferença extremamente significativa na forma de pensar a integralidade do cuidado nos serviços especializados e na atenção primária. Nos serviços especializados, focados em especial na saúde mental, considerar a integralidade do sujeito era inseri-lo em suas redes de apoio afetivos, em territórios existenciais, e finalmente aos serviços de saúde em geral. O desenvolvimento do cuidado ia chegando ao final à medida que esses processos avançavam.

Na minha experiência de atenção primária, por sua vez, o principal elemento a se considerar no que tange à integralidade do cuidado do sujeito, é a própria rede de atenção primária. Ou seja, o usuário da atenção primária não tem alta à medida que se avançam os projetos pessoais de integralidade do cuidado dele. O usuário continua sendo de referência mesmo que ele entenda que está tudo bem, afinal, ele é do território de referência, e, portanto,

pensar a integralidade do cuidado dele é uma necessidade e exercício contínuo do profissional de saúde na atenção primária.

Esse ponto é o que eu considero o mais importante do meu lugar de fala e de pesquisador: Se por um lado o meu objeto de estudo é a saúde mental, que é uma área que eu já possuía experiência anterior, através de disciplinas, estágios, projetos de extensão e iniciação científica, curso de Residência, atuação em hospitais psiquiátricos e CAPS, configurando, dessa forma, um campo que eu considero ser familiar a mim; por outro lado também compõe meu objeto de estudo a atenção primária e todo o seu complexo universo, pesando de maneira especial as potencialidades de se realizar o cuidado em saúde mental nessa área, que é nova para mim, exótica. Foi muito impactante perceber que a minha bagagem de experiência em saúde mental não dava conta, por si só, dos desafios do cuidado em saúde mental na atenção primária. Nesse campo, a saúde mental que sempre me foi familiar, já não me era tão familiar assim. E o modo de cuidado em saúde mental na atenção primária, exótico às minhas experiências anteriores, de certa forma me davam a sensação de familiaridade. Mesmo eu não conhecendo tão bem, eu via um sentido extremamente significativo em apostar no cuidado em saúde mental na atenção primária. Aparentemente essa bagunça de estranhamentos e identificações não é novidade para a Antropologia, pois, segundo Gilberto Velho (1981):

O que sempre vemos e encontramos pode ser familiar mas não é necessariamente conhecido e o que não vemos e encontramos pode ser exótico mas, até certo ponto, conhecido. No entanto, estamos sempre pressupondo familiaridades e exotismos como fontes de conhecimento ou desconhecimento, respectivamente (VELHO, 1981, p. 126).

Portanto, não foi apenas um encontro com um novo local de trabalho, mas uma mudança de perspectiva de onde quero estar e no que quero apostar profissional e academicamente, que é promover e estudar o cuidado em saúde mental no campo da atenção primária.

Vale a pena localizar aqui, ainda fazendo conexão com o meu lugar de pesquisador, que eu me encontro no lugar de nativo do objeto a ser estudado, visto que eu fazia parte de uma equipe que atua dentro da atenção primária, e era um dos profissionais de referência para os casos de saúde mental nos territórios de trabalho em que estou lotado. Por que então estudar uma realidade em que o próprio pesquisador é nativo? Porque há aspectos exóticos no campo para mim, bem como estranhamentos de pontos que me são familiares. E sobre refletir e investigar o que é familiar, Velho (1981) afirma que “possibilita uma dimensão nova da investigação científica, de consequências radicais – o questionamento e exame sistemático de seu próprio ambiente” (VELHO, 1981, p.128). É nessa aposta de refletir sobre o que se tornou familiar na minha trajetória nesse campo de trabalho, sem abdicar em nenhum momento dos

estranhamentos do que eu considerava exótico, que eu particularmente acredito que essa pesquisa tenha capacidade de contribuir como um elemento transformador, não só para mim como pesquisador, como em especial para o campo prático e científico do cuidado em saúde mental na atenção primária.

À medida que eu fui encontrando o familiar para mim – a saúde mental – em um campo que era exótico na minha trajetória – a atenção primária – e ia experimentando o encontro com essa realidade, cada vez mais eu me questionava sobre “Quais as potencialidades do cuidado em saúde mental na atenção primária?” Desse modo, eu sentia que as minhas experiências profissionais anteriores, restritas aos serviços especializados, me ajudavam a reconhecer e a não naturalizar o que poderia ser produzido de interessante em saúde mental na intercessão com a Estratégia de Saúde da Família. Ou seja, meu desejo de estudo parte tanto dos encontros como dos estranhamentos que tive nessa experiência profissional.

6. Precisando respirar, o pesquisador focou nas potencialidades

Esses quatro anos em que estive como assistente social de equipe NASF no município do Rio de Janeiro, cuidando em especial dos casos de saúde mental, foram caracterizados por elementos bons e ruins. De modo geral, os ruins foram os que eu descrevi na seção dos desmontes que tem acontecido na Saúde, sobre os efeitos do processo de redução de investimentos financeiros na Estratégia de Saúde da Família no município, sob a gestão de Crivella. Os elementos bons, no entanto, estiveram presentes quase que integralmente em meu percurso, de modo que mesmo nas fases mais difíceis, havia elementos extremamente positivos nessa experiência no campo da atenção primária.

Durante todo o processo de campo de trabalho no NASF, a minha sensação foi a de ser muito privilegiado nessa trajetória, por vários motivos. Eu gostaria de destacar, em especial, cinco deles: 1) Estar em uma equipe NASF tão comprometida com a atenção primária, a Estratégia de Saúde da Família, a saúde coletiva, a saúde mental e os princípios do SUS; 2) Ter tido uma excelente apoiadora NASF no nível regional de gestão, nos primeiros dois anos da minha vivência no campo, sendo ela uma pessoa reconhecidamente de referência na atenção primária no município do Rio de Janeiro, completamente comprometida com o cuidado em saúde mental na atenção primária, incentivando-nos a seguir por esse caminho e nos dando liberdade, apoio e confiança para realizarmos o trabalho da melhor maneira possível; 3) As duas unidades de saúde que a equipe NASF cobria tinham muito mais potências do que fragilidades, e a grande maioria dos profissionais topavam a proposta de trabalho da equipe NASF, e nos valorizam de uma maneira impressionante. Como, em minha opinião, a direção de trabalho mais importante de uma equipe NASF é a técnico-pedagógica, quando a gente se depara com profissionais das equipes ESF efetivamente interessados no apoio matricial, e confiando nos nossos saberes para melhor ajuda-los a pensar nos casos, a experiência vai se tornando cada vez mais gratificante; 4) Ter tido a experiência de ser preceptor das residências multiprofissionais em saúde mental e de saúde da família ao longo dos quatro anos da minha trajetória nesse campo, que tinha como efeito para mim, particularmente, a contínua reflexão sobre as minhas práticas profissionais, clínicas, éticas e políticas, bem como os reflexos disso no cuidado em saúde ofertado à população do território; 5) A minha aproximação com a ENSP-Fiocruz e com a saúde coletiva, bem como a manutenção da minha proximidade com a Residência Multiprofissional do IPUB e com o campo da saúde mental.

Apesar de todas as dificuldades encontradas nesse caminho, eu não conseguia deixar de ver todas as coisas potentes que aconteciam na minha experiência de trabalho, bem como,

principalmente, me saltava aos olhos o tempo inteiro a potência do cuidado em saúde mental na atenção primária. Eu também percebia que se eu ficasse deixando as dificuldades, os desafios e as minhas queixas e incômodos tomarem conta da minha experiência nesse campo de trabalho, eu ia começar a ter cada vez mais dificuldade de enxergar as coisas boas e potentes que também estavam o tempo inteiro presentes. Ou seja, se eu focasse em questões como a longa distância entre a minha casa o trabalho; trabalhar em território com grande e ostensiva violência urbana; dificuldade com alguns profissionais que recusavam o apoio matricial (tratarei disso mais adiante); o desmonte da ESF e o enfraquecimento das políticas de saúde mental, eu iria automaticamente perder de vista os cuidados potentes que eram ofertado na prática profissional daquele campo mesmo diante das dificuldades. Eu compreendia que perder a confiança nas potencialidades das ações iria refletir direta ou indiretamente na aposta do cuidado territorial em saúde, e, conseqüentemente, a diminuição da minha aposta nas coisas boas do campo afetaria os profissionais que contavam com o meu apoio, afetando por fim o cuidado dos usuários, que são a nossa prioridade nesse campo.

O fato é que eu tinha muito receio de ficar cego sobre as coisas bacanas que aconteciam, ter um olhar injusto sobre o trabalho dos profissionais da atenção primária. Medo de, ao perder a confiança na aposta de cuidado em liberdade dos usuários, eu passasse a ter um olhar com viés manicomial das práticas em saúde.

A aposta nas potencialidades também era a forma que eu melhor conseguia respirar e oxigenar a minha experiência de campo. E, ao afinar esse olhar, eu observava claramente muitas coisas potentes em saúde mental acontecendo nos serviços que eu estava inserido, através da ESF. Eu percebia que muitas vezes os profissionais tinham práticas potentes de cuidado em saúde mental nesses dois serviços da atenção primária, mas não tinham o reconhecimento da gestão, da equipe de referência, dos outros profissionais do serviço, e muito frequentemente, eles mesmos não percebiam a potência clínica das suas ações de cuidado sobre a vida das pessoas em sofrimento psíquico pelas quais eles se debruçavam.

Tenho a sensação também de que optar por olhar sob os aspectos positivos da experiência desse campo me ajudava a conseguir passar de forma menos dolorosa pelas adversidades enfrentadas nessa trajetória, bem como me dava força para apoiar aos demais trabalhadores dos campos em que eu estava, e me mantinha focado em cuidar com qualidade dos usuários que eu acompanhava diretamente.

Desse modo, percebi que seria interessante eu fazer um estudo trazendo o viés das potencialidades das práticas de cuidado de saúde mental na atenção primária. A principal razão é que me parece justo – a partir da minha experiência de quem é profissional NASF e com

formação em saúde mental, bem como se ser um profissional de atenção primária mas não fazer parte das equipes ESF – usar as percepções dos meus encontros e estranhamentos sobre o que me era exótico e o que me era familiar nessa experiência, e contribuir no sentido de dar visibilidade às coisas potentes em saúde mental realizadas no cotidiano da ESF, no interior da atenção primária.

7. A experiência indicando pistas a serem seguidas – apresentando os caminhos metodológicos

Quais são as potencialidades do cuidado em saúde mental na atenção primária? Essa pergunta, que orienta o fio argumentativo desse estudo, esteve quase sempre presente no meu olhar e nas minhas reflexões sobre o campo de prática profissional ao longo dos quatro anos em que trabalhei na equipe NASF. Obviamente não era uma questão formulada de maneira tão objetiva, tão clara. Na realidade, eu comecei a me perguntar isso, ou algo muito próximo a isso, quando, assim que entrei nesse campo – que nesse momento ainda era apenas campo de prática, não de estudo – fui me surpreendendo com algumas cenas cotidianas que me davam “pitadas” de quanto a atenção primária poderia ser potente no cuidado dos pacientes em sofrimento psíquico. Eu tinha a opção, como ser humano livre que sou, de ignorar essas “pitadas”, esses sinais, e seguir o meu cotidiano de trabalho sem me deixar afetar pela inquietação dessa pergunta. Ou eu tinha a opção de passar a olhar para essa pergunta, e transformá-la efetivamente em questão, mesmo sem ter a menor ideia do que eu poderia fazer com ela. O que me cabia, naquele contexto, era apenas estar atento aos processos de cuidado em saúde mental na atenção primária, e pensar sobre o que eu observava no campo. Para Bondía (2002), “pensar não é somente ‘raciocinar’ ou ‘calcular’ ou ‘argumentar’, como nos tem sido ensinado algumas vezes, mas é sobretudo dar sentido ao que somos e ao que nos acontece” (BONDÍA, 2002, p. 21). E isso foi exatamente o que fui fazendo, ainda nos primeiros meses de campo de prática, de modo natural, sem ter muita clareza aonde eu queria chegar.

Porém, mesmo sem saber aonde eu gostaria de chegar, o fato é que aquilo tudo era extremamente interessante a mim: a saúde mental, o campo da atenção primária (que me era novo) e as estratégias de cuidado eram elementos que muito me interessavam. Portanto, eu já pensava na questão que é o fio argumentativo desse estudo, muito antes de imaginar que um dia poderia me debruçar e fazer um estudo sobre isso. Desse modo, eu refletia sobre as potencialidades da atenção primária no cuidado em saúde mental porque dentro daquele contexto e da minha trajetória profissional, fazia sentido que eu mantivesse essa questão ativa no foco do meu olhar sobre aquele campo de trabalho e de cuidado em saúde.

Há de se destacar, portanto, que houve um momento, marcado a partir da minha entrada no curso de mestrado, que o meu campo de prática profissional se tornou também o meu campo de estudo. Essa sobreposição entre os campos de prática e de estudo foi significativamente facilitada pela minha forma de observar os fenômenos do campo de prática e de estudo, que se aproximava à forma com que Kastrup (2015) trata a atenção que o cartógrafo deve ter sobre o

campo na coleta de informações: “A detecção e a apreensão de material, em princípio desconexo e fragmentado, de cenas e discursos, requerem uma concentração sem focalização” (KASTRUP, 2015, p. 33). No início, quando era apenas campo profissional, eu ainda não estava coletando informações para a presente pesquisa, mas eu observava as situações, organizações, falas e efeitos, de uma forma aberta, despreziosa, sem procurar respostas lógicas e assertivas para o cuidado em saúde mental na atenção primária. Mas quando passou a ser meu campo de estudo, esse processo foi facilitado pelo meu olhar, que sempre foi sobre os processos envolvidos, os afetos, os efeitos. Jamais busquei fórmulas infalíveis. Até porque a minha aposta sempre foi nos encontros dos sujeitos, ou seja, dos trabalhadores com os usuários.

É importante também esclarecer que o exercício de me manter atento sobre as potencialidades que a atenção primária oferecia ao cuidado dos usuários com transtorno mental, era algo que me auxiliava significativamente na compreensão sobre esse campo de prática, visto que era novo para mim, e conseqüentemente, instrumentalizava o meu fazer profissional, já que a minha inserção na equipe NASF tinha um grande compromisso no apoio às equipes ESF quanto às questões de saúde mental do território. Desse modo, era altamente estratégico eu observar, no cotidiano da atenção primária, os elementos e processos de cuidado envolvidos e que tiveram impacto para uma boa evolução dos casos de saúde mental naquele cenário. Ter essa referência, um pouco objetiva, fazia com que eu exercitasse, inconscientemente, o segundo fenômeno que Kastrup (2015) trabalha sobre o estado de atenção do pesquisador no campo, que pode ter diferentes funções e processos complexos, como “seletivo ou flutuante, focado ou desfocado, concentrado ou disperso, voluntário ou involuntário, em várias combinações como seleção voluntária, flutuação involuntária, concentração desfocada, focalização dispersa, etc” (KASTRUP, 2015, p. 33), mesmo que nesse primeiro momento fosse apenas a de experiência de um campo de prática, e não de estudo.

Desde o primeiro momento que entrei no campo de trabalho da atenção primária, me intrigava como as equipes ESF do NASF em que eu trabalhava produziam cuidados tão potentes em saúde mental. E ao mirar nas potências, passei a observar um cenário com intensidades muito significativas sobre esse objeto de pesquisa. Pensar nessas intensidades fizeram eu escolher o método cartográfico como uma estratégia adequada para realizar esse estudo, que é uma cartografia do vivido, a qual eu acessarei a memória para fazer nova reflexão a partir da mesma questão que me acompanha desde o início da minha entrada nesse campo de prática: Quais as potencialidades do cuidado em saúde mental na atenção primária?

Segundo Suely Rolnik (2016), na Cartografia o plano que é gerado é o da micropolítica, marcado apenas por intensidades, com uma série de “afetos não subjetivados, determinados

pelos agenciamentos que o corpo faz, e, portanto, inseparáveis de suas relações com o mundo” (ROLNIK, 2016, p. 60). Foi sob essa perspectiva, afetiva e intensa, dos processos de cuidado em saúde mental, dos trabalhadores da ESF – o qual me incluo, e do campo da atenção primária, que eu optei por cartografar o meu estudo.

No entanto, acredito que o aspecto mais fundamental dessa escolha tenha sido o reconhecimento claro dos desejos nesse processo. Primeiramente os meus, de ser um assistente social da saúde mental, de estar na atenção primária, de me interessar e reconhecer potências de cuidado em saúde mental no campo da atenção primária; de estudar formalmente esse objeto, de me instrumentalizar para entender melhor esses processos, de possibilitar que a minha experiência e meus anos de observação servissem como fonte de pesquisa, de resultar em um estudo, de contribuir com as reflexões sobre cuidado em saúde mental em liberdade, e de reforçar que a prática profissional produz ativamente conhecimento científico, apesar de ainda ser um desafio no Brasil o reconhecimento desse saber científico.

Eu também considero que, ao fazer uma cartografia sobre o cuidado em saúde mental na atenção primária, reconhecendo potencialidades, eu esteja contribuindo no sentido de dar visibilidade a ações realizadas por trabalhadores que, em alguma medida, também têm desejo de promover cuidado com dignidade para as pessoas que possuem sofrimento psíquico no campo da atenção primária. Esses desejos são agenciados pelos seus corpos no exercício profissional, indo inteiramente de acordo com a definição que Rolnik (2016) faz sobre “desejo como movimento de atualização de novas práticas e novos discursos e desatualização de outros, obsoletos” (ROLNIK, 2016, p. 229).

Ainda sob o sentido da cartografia, Suely Rolnik (2016) afirma que o desejo é o “processo de produção de universos psicossociais; o próprio movimento de produção desses universos” (ROLNIK, 2016, p. 31). Portanto, tanto a prática profissional dos trabalhadores que viabilizam cuidados potentes em saúde mental no campo da atenção primária, quanto o meu movimento de construção desse estudo, possuem em comum o caráter de representação de processos de produção de universos psicossociais.

O processo de olhar atento para os fenômenos presentes na minha experiência de campo de prática profissional se iniciou de forma precoce, inconsciente, a partir da surpresa que eu tive quando entrei no campo da atenção primária e me deparei com uma forma de pensar a saúde mental tão diferente da que eu tinha aprendido nos campos da atenção secundária e terciária em saúde. Eu logo passei a observar as coisas com curiosidade, perguntar por quê, como, onde, para que, com que intenção, com grande frequência dentro do meu cotidiano. E isso foi se mantendo, até mesmo se acentuando, à medida que eu deixava de ser um observador

com o objetivo estrito de não me perder tanto no cotidiano de trabalho, e passava a ser um observador dos fenômenos por interesse efetivo no que virou meu objeto de estudo – marcando novamente a transição de um campo unicamente de prática, para um campo de prática e de estudo. Além disso, esse meu interesse espontâneo despertado pelo meu encontro com a saúde mental na atenção primária, fazia com que eu me autorizasse a também ter modulações diante desse objeto, coincidindo com a ideia de que “a cartografia parte do reconhecimento de que, o tempo todo, estamos em processos, em obra.” (BARROS e KASTRUP, 2015, p. 73)

Se por um lado o cotidiano como profissional de saúde mental em uma equipe NASF me saltava aos olhos elementos de potência no cuidado em saúde mental nesse campo, por outro lado me incomodava muito que não havia grande reconhecimento dessa potência. Nos fóruns e reuniões externas, durante a discussão de casos, era muito frequente que profissionais das redes secundárias e terciárias, bem como das redes intersetoriais, se mostrassem impressionados com os relatos que apareciam sobre as práticas de cuidado em saúde mental realizadas na atenção primária. E dentro dos dois serviços de saúde em que eu trabalhava, algumas equipes tinham direcionamentos incríveis de cuidado em saúde mental, mas as demais equipes, as gestões locais dos serviços, e muitas vezes os próprios profissionais que se ocupavam de forma tão cuidadosa e intensa dos casos de saúde mental, tinham dificuldade de perceber que eram agenciadores de ações potentes.

Desse modo, eu percebia uma clara lacuna entre as potências de cuidado em saúde mental na atenção primária, e o reconhecimento dos profissionais, da rede de serviços de saúde, e do meio acadêmico sobre tais potências. Foi nesse mote que eu percebi que a minha experiência no campo de trabalho da atenção primária, somada à minha característica de ter facilidade em observar processos e fenômenos, e também diante do fato de eu estar observando especificamente essas potências desde a minha inserção no campo, resultavam na possibilidade significativa de eu trazer elementos para produzir reflexão e discussão sobre esse objeto, e contribuir na direção de produzir ecos sobre a potência do cuidado em saúde mental no campo da atenção primária.

Partindo do princípio que eu reconheça claramente que exista uma produção subjetiva do cuidado em saúde, não só para os profissionais no campo como pra mim como pesquisador, eu compreendo que o melhor caminho metodológico a ser seguido para atingir esse objetivo seja o cartográfico. A saber:

A cartografia, como portadora de certa concepção de mundo e de subjetividade, [...] traz um novo patamar de problematização, contribuindo para a articulação de um conjunto de saberes, inclusive outros que não apenas o científico, e favorecendo a revisão de concepções hegemônicas e dicotômicas. Nessa proposta, o papel do pesquisador é central, uma vez que a produção de conhecimento se dá a partir das

percepções, sensações e afetos vividos no encontro com seu campo, seu estudo, que não é neutro, nem isento de interferências e, tampouco, é centrado nos significados atribuídos por ele (ROMAGNOLI, 2009).

A minha trajetória profissional no campo da saúde mental, somada à minha experiência como profissional no campo da ESF, lotado em uma equipe NASF durante quatro anos, observando as potencialidades do cuidado em saúde mental na atenção primária, proporcionou que eu realize essa pesquisa com total implicação ao meu processo anterior, marcado por afetações, atravessamentos e intervenções nesse campo, sempre com vistas ao cuidado em saúde mental. Desse modo, para a produção desse estudo será realizada uma cartografia do feito, sobre as potencialidades do cuidado em saúde mental no campo da atenção primária. Tal cartografia será desenhada a partir da minha experiência como assistente social de uma equipe NASF do município do Rio de Janeiro, no período de janeiro de 2016 a fevereiro de 2020. No entanto, conforme já apontado, trata-se de uma cartografia do feito, do vivido ao longo desses quatro anos de campo profissional, que após dois anos passou por um processo de intercessão com a pesquisa, se tornando campo de prática e de estudo simultaneamente, possibilitando resgatar elementos importantes dessa experiência, coloca-los em evidência, travar diálogos, e ressignificá-los, no caminho de buscar compreender as potencialidades do cuidado em saúde mental no campo da atenção primária.

Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros (2015a, p. 17) explicam que ao utilizar a cartografia como método de pesquisa, o pesquisador não realiza seu estudo de forma prescritiva, através de regras pré-existentes, tampouco com objetivos estabelecidos previamente. No entanto, esclarecem os autores, que isso não significa que se trata de uma pesquisa sem direção, uma vez que através da cartografia o sentido tradicional do método é revertido sem que a orientação do percurso da pesquisa seja perdida (PASSOS e BARROS, 2015a, p. 17). Isso significa, segundo Passos e Barros (2015a), que o percurso da pesquisa não será como o sentido tradicional da forma de se pesquisar, em que os passos são dados para atingir a meta esperada. O cartógrafo, por sua vez, vai estabelecendo as metas no caminhar do percurso, à medida em que os passos vão sendo dados e as pistas vão aparecendo.

Por se tratar de uma cartografia do feito, a partir da minha experiência nesse campo, é fundamental que se compreenda que o termo experiência utilizado aqui é o definido por Bondía (2002), que explica que “a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca.” (BONDÍA, 2002, p. 21). Ou seja, as pistas que eu vou tratar nesse estudo, orientadas pela questão “quais as potencialidades da atenção primária no cuidado em saúde mental?”, e que eu fui seguindo no meu percurso de

campo profissional, ao longo dos quatro anos em que estive na equipe NASF, e de campo de estudo, nos últimos dois anos, são as que foram atravessando meu caminhar e me tocando, me afetando. Segundo Suely Rolnik (2016), “fazer passar os afetos: é isso que parece gerar brilho.” (ROLNIK, 2016, p. 47).

É certo que muitas outras coisas foram acontecendo no campo de prática e de estudo nesse período, as quais também indicariam pistas muito significativas na direção de responder à questão que orienta esse estudo. No entanto, não foram pontos que me tocaram de forma especial na minha experiência. Nessa mesma direção, Bondía (2002) diz que “A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece.” (BONDÍA, 2002, p. 21). Essa é uma característica já prevista na cartografia. Muitas pistas aparecem no caminhar do cartógrafo, mas ele vai seguir as que efetivamente o tocaram. Eu assumo, conseqüentemente, que não tenho o menor compromisso com a neutralidade que muitas vezes se espera do pesquisador. Os compromissos que eu assumo nesse estudo são os éticos, sociais, clínicos e políticos.

Considero oportuno tratar brevemente sobre o diário de campo, visto que o mesmo foi a principal fonte de informações utilizada em minha pesquisa, além da minha memória. Barros e Kastrup (2016) afirmam que “há uma prática preciosa para a cartografia que é a escrita e/ ou o desenho em um diário de campo ou caderno de anotações” (BARROS e KASTRUP, 2015, p. 69). Desse modo, as anotações feitas em meu diário de campo profissional foram fundamentais para, através de um processo reflexivo consciente e inconsciente do que eu registrava ali, nas reuniões ESF e nas reuniões NASF, nas visitas domiciliares, nos fóruns de saúde mental e nos fórum NASF, nas consultas individuais e nas interconsultas com outros profissionais, nas supervisões de saúde mental e nas reuniões intersetoriais, eu fosse percebendo o quanto de potência havia de cuidado em saúde mental na atenção primária.

Ainda na graduação de Serviço Social, somos orientados a utilizar o instrumento diário de campo para registrar informações e impressões fundamentais que aparecem nos atendimentos aos usuários, nas reuniões realizadas, e nos demais espaços ocupados durante a rotina da atuação profissional. Eu, particularmente, sempre utilizei o diário de campo, sobretudo nos atendimentos e nas reuniões, porque escrever e ler as informações registradas me ajudam a organizar o pensamento para elaborar as minhas respostas, planejar as direções a serem seguidas e, finalmente, tomar decisões. No entanto, diferente do icônico Malinowski (2001) – que retratou, com riqueza ímpar de detalhes, através de escritas diárias, a maior parte dos meses em que esteve em campo, na sua expedição aos montes da Nova Guiné Britânica, entre os anos de 1914 e 1915 – as minhas anotações quando esse campo era apenas de prática profissional, eram

muito mais objetivas: consistiam basicamente de datas, locais, identificação das pessoas envolvidas na cena (quando eram atendimentos a usuários, anotava nome, idade, bairro, equipe ESF e ACS de referência, com quem mora etc.; quando eram espaços institucionais, tomava nota do nome, cargo, instituição a que pertencia etc.), objetivo e demandas daquele espaço/reunião/atendimento, e brevemente o que cada um dizia.

No entanto, desde que comecei o processo seletivo do mestrado, ou seja, quando fazia um ano e meio que eu estava no campo retratado nesse estudo, percebi que o campo de prática começava a se ampliar para o campo de pesquisa, e então passei a qualificar os meus registros em meu diário de campo, descrevendo com muito maior riqueza de detalhes as informações, falas e acontecimentos. Passei, inclusive, sempre que possível, a anotar as minhas sensações ou sentimentos diante de determinadas situações vividas. Nesses casos, eu tomava o cuidado e tinha atenção redobrada em destacar que se tratava de atravessamentos que diziam sobre mim diante da cena, e não sobre a descrição geral da mesma. Roese et al. (2006), explicam que apesar de não haver uma fórmula única para a construção do diário de campo, costuma-se diferenciar as anotações entre “descritivas” e “reflexivas”. As descritivas costumam ser mais extensas “devido ao esforço empregado pelo investigador para registrar detalhadamente os acontecimentos no campo empírico” (ROESE et al., 2006, p. 3). Eu tomava esse cuidado de diferenciar esses dois aspectos em meu relato, pelo compromisso em ser claro para, no futuro, eu conseguir entender da melhor forma possível as minhas anotações, distinguindo a parte descritiva dos fatos da parte que diziam sobre meus atravessamentos afetivos.

Acredito ser importante reconhecer que em um estudo cuja principal fonte de informações é o diário de campo, algumas limitações devem ser assumidas. Eu gostaria de destacar uma em especial, visto que em minha experiência a mesma esteve presente, indo diretamente em encontro com a percepção de Roese et al. (2006): a necessidade de que o registro seja feito com grande agilidade, para não se perder a atenção sobre o que está sendo falado e o que está acontecendo na cena ali diante do profissional. Eu entendo que se o tempo para fazer as anotações é curto, devido à alta velocidade das dinâmicas de interações no campo, somado à necessidade de não perder atenção aos diversos movimentos que aparecem nos cenários, esses dois elementos podem significar que o que eu consciente ou inconscientemente priorizava relatar em meu diário de campo, tendia a ser os aspectos que mais me afetavam no dinamismo dessas cenas, as coisas que eu considerava mais importantes, que mereciam mais atenção. Desse modo, presumo que já no diário de campo não há neutralidade sobre os fenômenos da minha experiência.

O lugar de profissional do NASF como pesquisador possui uma vantagem muito significativa para a realização desse estudo, visto que a equipe NASF em que eu era inserido cobria oito equipes ESF ao total, em dois serviços de saúde diferentes. Cada equipe ESF – composta por profissionais, características, dinâmicas e funcionamentos distintos – apresentavam universos, modos de cuidado e efeitos interventivos absolutamente únicos. E eu, como profissional de referência de todas essas equipes, implicado com as questões de saúde mental de ambos os serviços, e observador atento dos elementos que tinham maior potência de cuidado em saúde mental nesse campo, pude ir acompanhando esses processos e percebendo pistas, no caminhar da minha trajetória, que orientaram um estudo cartográfico sobre as potencialidades de cuidado em saúde mental na atenção primária.

Para desenhar a presente cartografia, e compreender quais pistas deveria seguir, a partir dos quatro anos da minha experiência como sujeito implicado sobre esse objeto de estudo no campo profissional, a primeira coisa que eu fiz foi retomar todos os meus diários de campo, e ir observando os casos, as questões, os contextos, as formas que com as soluções vinham ou não vinham, e em especial, quais foram os atravessamentos fundamentais para a resolução dos mesmos. Na minha concepção, esse foi um primeiro mapeamento das potencialidades da atenção primária no campo da saúde mental, a partir da minha experiência. Os resultados desse primeiro mapeamento foram um pouco confusos, porque não se tratava, por exemplo, de uma análise quantitativa, afinal, não é por um tipo de recurso clínico ter sido fundamental para resolver um grande número de casos, que necessariamente o mesmo se configure como potência de cuidado. As vezes o mesmo é frequente, resolutivo, prático, mas não efetivamente potente. Um exemplo disso foi constatar que os agentes comunitários de saúde que mais se comprometiam a lembrar aos seus pacientes de referência que a data da próxima consulta em saúde mental estava chegando, tendiam a ser os profissionais que menos tinham usuários que abandonavam o tratamento. Ou seja, característica super importante, efetiva, mas pouco afetiva e transformadora sob o ponto de vista do cuidado vivo em ato. Ainda assim, nesse primeiro mapeamento, foi importante considerar os fenômenos que tiveram graus de incidência de resolutividade significativos no cuidado em saúde.

A partir de então, considerando o grau de incidência do mapeamento anterior, foi possível realizar um segundo voo sobre meus diários de campo. Nesse, passei então a considerar de uma maneira qualitativa, os casos e as situações mais graves, desafiadoras e complexas, e que tiveram desfechos significativamente positivos sob o aspecto clínico do cuidado. Aqui, foi possível observar já bem mais claramente algumas pistas importantes a serem seguidas para estudar as potencialidades do cuidado em saúde mental na atenção primária. O que pesou nessa

fase foi visualizar casos e situações graves de saúde mental, cujo cuidado e o bom encaminhamento dos mesmos, dentro do possível diante da complexidade, só foi viável a partir das ações realizadas pela atenção primária, em especial na Estratégia de Saúde da Família.

E finalmente, a partir das pistas que apareceram na fase acima, a última filtragem realizada foi a que eu fiz, observando a minha experiência de uma maneira um pouco mais ampliada que os diários de campo, considerando a minha capacidade de analisar, entre as pistas que apareceram, na minha experiência de campo ao longo desses anos, as que mais considero potentes para responder o fio argumentativo desse estudo.

Essas pistas não foram encontradas através de um trabalho reflexivo duro e solitário. O processo de definição de que estas seriam as pistas que mereciam ser seguidas para cartografar esse estudo veio através de muitas memórias sobre o campo, da memória de trocas com os pares da equipe NASF e das equipes ESF no campo, das reflexões feitas em sala de aula ao longo do curso de mestrado, das considerações da banca de defesa de qualificação do meu projeto de mestrado, e de sessões de orientação de mestrado. Esses espaços, essas pessoas, e, portanto, esses encontros, foram muito importantes para eu conseguir olhar a minha experiência um pouco de fora, e enxergar as principais pistas sobre as potencialidades do cuidado em saúde mental na atenção primária que atravessaram a minha trajetória no campo de prática e de estudo. Ao final do processo, selecionei quatro pistas, a saber: pista NASF, pista Agentes Comunitários de Saúde, pista da interface da atenção primária com a saúde mental, e pista das invisibilidades.

Para operacionalizar a construção desse estudo, as pistas serão apresentadas em seções distintas, por motivos organizacionais. Todas elas são intimamente ligadas, aparecem/ocorrem de forma concomitante no campo, possuem impactos umas sobre as outras, e nessa pesquisa estão interconectadas pela pergunta que orienta o fio argumentativo desse estudo: quais são as potencialidades do cuidado em saúde mental na atenção primária? Posto isso, esclareço que a primeira seção a ser apresentada no estudo será a da pista NASF; a segunda seção será a da pista dos Agentes Comunitários de Saúde; a terceira será a pista sobre a interface da atenção primária com a saúde mental, e a última seção tratará a pista das invisibilidades.

Cada seção será composta essencialmente por quatro elementos: 1) Um relato de caso traçador vivenciado por mim no campo, para abrir a discussão do tema de cada pista; 2) A minha experiência no campo, subsidiada pelas informações coletadas nos meus diários de campo, bem como a partir das minhas memórias e diálogos com referenciais teóricos; 3) Uma discussão de cuidado sob a ótica de um autor como referencial teórico, para trazer componentes de cuidado em saúde que consideramos potentes e que apostamos em dar visibilidade para dialogar nessa cartografia que tem o cuidado como objeto de estudo. Desse modo, é importante

esclarecer que os quatro elementos aqui indicados, que compõem cada seção, serão apresentados de forma articulada, completamente dialogada. A ideia é trazer um aspecto dinâmico para a exploração das pistas, correndo risco de em alguns momentos as discussões até parecerem bagunçadas, sobrepostas. Essa forma difusa de apresentar a experiência, abordar os casos, dialogar com referências teóricas tanto sobre o tema em questão quanto sobre o cuidado em saúde, coincide com o tom que a atenção primária reflexiona e produz cuidado em saúde mental, tecendo uma teia complexa e híbrida de questões, possibilidades, desafios, limitações, potências, riscos etc.

Os referenciais teóricos que serão utilizados na discussão de cuidado das pistas são: 1) Emerson Merhy e Laura Feuerwerker; 2) Luiz Carlos Cecílio; 3) José Ricardo Ayres; 4) Paulo Amarante. Dito isso, é muito importante esclarecer que esse estudo não se propõe a realizar uma pesquisa avaliativa, que visa avaliar se os profissionais do campo estão produzindo práticas de cuidado que consideramos serem as ideais. Trata-se de um estudo sobre o cuidado em saúde mental na atenção primária, que parte de referenciais do campo da saúde que preconizam um cuidado centrado no sujeito, a produção de subjetividade e a ética. No entanto, não se pretende de forma alguma, nessa dissertação, observar as formas de cuidado no campo de pesquisa com a lente de quem tem uma receita criada previamente sobre quais práticas de cuidado são boas ou ruins, e avaliar as práticas a partir desses referenciais. O objetivo é exatamente ter um olhar aberto sobre as ações de cuidado no campo, e conhecer, em miúdos do cotidiano da atenção primária, as práticas que se configurem como potencializadoras do cuidado em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Reconhecendo, no entanto, que as práticas em saúde que aparecerem no estudo de campo e que coincidirem às abordagens defendidas por esses referenciais teóricos, terão reconhecimento de boas práticas de cuidado em saúde mental na atenção primária.

A primeira pista a ser seguida nesse estudo é a do NASF, apresentando, através da minha experiência, o modo com que as equipes NASF podem potencializar o cuidado em saúde mental no campo da atenção primária. Para tanto usaremos o caso Ryan como traçador, e dialogaremos sobre o cuidado em saúde segundo Emerson Merhy e Laura Feuerwerker (2009).

A segunda pista que abordaremos será a dos agentes comunitários de saúde, explorando os elementos da atuação profissional desses trabalhadores, que impulsionam a potência do cuidado das pessoas em sofrimento psíquico na área da atenção primária. Utilizaremos para tal finalidade o caso traçador de Carla, e conversaremos com Luiz Cecílio (2011) para refletir sobre cuidado em saúde.

A terceira pista que trataremos será a da interface da atenção primária com a saúde mental, e o modo com que o encontro desses dois campos promove possibilidade de cuidado potente em saúde mental nos territórios sob a égide da ESF. Utilizaremos o caso traçador de Alessandra, e promoveremos um diálogo sobre cuidado com José Ricardo Ayres (2004).

A última pista que seguiremos é a das invisibilidades. Para atingir esse objetivo, iremos explorar o caso de Roberto como traçador sobre a capacidade de descortinar invisibilidades que o cuidado em saúde mental na atenção primária promove. Para complementar essa conversa, será articulada uma discussão com Paulo Amarante (2007) e o cuidado em saúde mental à luz dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

8. Pista NASF, o caso Ryan e o cuidado segundo Merhy e Feuerwerker

Nessa seção explorarei a primeira pista que a minha experiência no campo indicou ser um caminho potente de potencialidade do cuidado em saúde mental na atenção primária, a saber, o NASF. A pista NASF não é mais importante que as demais, mas achei estratégico começar por ela porque apresentá-la significa mostrar também de que lugar falo na minha experiência de campo, e isso subsidiará a compreensão do leitor sobre as experiências que trarei nas discussões das outras três pistas. Nessa mesma direção vale esclarecer que tenho tranquilidade em não ansiar o esgotamento, nessa seção, de todas as dimensões da minha experiência como profissional NASF, porque uma parte já vem aparecendo nas seções anteriores deste estudo, bem como aparecerão nos relatos da minha experiência nas seções de apresentação das demais pistas.

Como metodologia de construção dessa seção, eu iniciarei com o relato do caso Ryan (nome fictício) com o objetivo de abrir a discussão sobre o NASF de forma mais vívida. Meu objetivo não é apenas tentar trazer ao leitor a potência que o NASF tem como um recurso importante da atenção primária para o cuidado de saúde mental, como também tentar trazer um pouco da complexidade enfrentada pela atenção primária no cuidado em saúde mental.

Após a apresentação do caso Ryan, tratei pontos que considerei significativos da minha experiência como profissional NASF, dialogando com a discussão teórica sobre NASF. E na última parte da seção, farei uma discussão sobre cuidado em saúde com Emerson Merhy e Laura Feuerwerker (2009), dialogando com a minha experiência no campo da atenção primária.

Caso Ryan

Certa vez fui solicitado pelo ACS de uma equipe ESF a visitar um usuário chamado Ryan, de 24 anos, branco, ex-militar (serviu o exército durante 4 anos, teve reconhecimento pela excelência na sua trajetória como oficial, e ao final do período obrigatório foi dispensado por excesso de contingente). O relato que o ACS de referência havia me apresentado era de que o usuário havia perdido o pai há um ano e meio, por morte natural, e desde então o mesmo não saía mais da cama, e praticamente não se comunicava com a família, ou seja, sua mãe e sua irmã.

A primeira visita domiciliar que fiz, a mãe me autorizou a entrar no quarto do mesmo, mas ele estava, como de costume, deitado de olhos fechados. Quando cheguei no quarto de Ryan, ele estava sobre um colchão no único quarto da casa, de olhos fechados, balançando as pernas. Cumprimentei-o, e ele não me respondeu. Sua mãe disse então que esse estava sendo o

jeito dele, então prossegui conversando com Ryan, me apresentando, dizendo o tipo de trabalho eu fazia de cuidado em saúde junto à a clínica da família, ouvindo e cuidando de pessoas com sofrimentos e tristeza, e que estava ali para ajudá-lo, visto que era perceptível que ele estava triste, sem sair do quarto etc. Passei cerca de 20 minutos falando com ele, mas sem resposta nenhuma dele à minha interação. Então eu disse a ele que iria voltar em outro momento, em que ele estivesse mais receptivo e disposto, para continuar esse processo de cuidado, mas afirmei que não poderia deixá-lo sem acompanhamento, pois a situação dele nos preocupava muito enquanto equipe de saúde do território.

Cerca de cinco semanas depois, a equipe informa que seria conveniente voltarmos à casa, pois segundo a mãe relatou ao ACS, Ryan estava um pouco mais ativo naqueles dias. Então voltamos à casa do mesmo, subi sozinho para o atendimento nesse primeiro momento, pois o ACS pediu para eu iniciar o atendimento, pois ele iria entregar alguns resultados de exames a moradores daquele quarteirão, e que em dez minutos já voltaria pra acompanhar o atendimento de Ryan comigo. A mãe do usuário me informou, animada, que era ótimo a gente ter ido visitá-lo, pois no presente dia o usuário levantou cedo, tomou banho, circulou pela casa, e naquele momento estava sentado no quarto descansando após o almoço. Ela então me convidou a entrar no quarto, e eu o vi com uma aparência muito boa, ouvindo música. Me apresentei novamente a ele, perguntei se ele se lembrava de mim, e perguntei como ele estava se sentindo. Ele então respondeu, com voz baixa e efetivamente meiga: “É tudo uma encenação. Estão me prendendo. Vou resolver isso” (sic). Eu pedi pra ele me explicar melhor essas palavras, e ele então calma e lentamente se levantou, saiu do quarto, e foi para a sala. Após um segundo, ouvi gritos, e quando olhei, ele estava com uma mão arrastando sua mãe pelos cabelos na casa, e com a outra mão dando socos na cabeça da mesma. A irmã de 26 anos gritando, e eu imediatamente entrei naquela cena, tentando separar a mão dele do couro cabeludo de sua mãe. Com dificuldade consegui separá-lo da mãe, posicionando meu corpo entre ele e ela para que ele não voltasse a agarrá-la. Ele então pegou uma vassoura para conseguir acertá-la, uma vez que meu corpo o impedia de voltar a se agarrar a ela. Eu então fiquei aos gritos pedindo para a mãe sair daquela cena, e ela se recusando, tomando vassouradas dele, e gritando para que sua filha fosse até a rua e chamasse “os meninos” (sic), que significava acionar os traficantes de drogas para aquela cena, e se isso ocorresse, muito provavelmente tinha chances dele ser assassinado ali mesmo, de imediato. A irmã felizmente se negou a acionar o tráfico, Ryan se cansou um pouco de fazer força contra mim, e eu consegui negociar que ele fosse para o quarto, visto que sua mãe efetivamente não se retirou da cena de violência, mesmo diante de todos os meus apelos para que ela saísse. Ele então condicionou a ida para o quarto com a minha saída

da casa, e eu respondi que enquanto tiver gente apanhando na casa, eu não podia me retirar. Expliquei pra ele que a Saúde nunca sai de onde tem gente apanhando. Mas que se ele fosse para o quarto e as coisas se acalmassem, eu poderia me retirar da casa. Ele então cedeu, mas ameaçou a mãe: “A gente dorme no mesmo quarto. Hoje eu mato você” (sic).

Toda a cena relatada acima, da minha chegada à casa ao momento de o usuário ter voltado para o quarto, durou menos de 10 minutos. Foi exatamente o tempo que o agente comunitário de saúde havia me pedido para entregar alguns resultados de exame naquela mesma pequena rua. Quando o ACS chegou, achando que encontraria eu conversando com um usuário tranquilo que não andava saindo da cama, viu em meus braços os hematomas roxos, formados por eu ter usado meu antebraço para receber os golpes de vassoura que o mesmo direcionava à mãe. Bateu tanto que quebrou o cabo de uma vassoura no meu antebraço, e passou a usar outra vassoura. Só me dei conta que isso aconteceu com a chegada do agente comunitário à casa. Eu então expliquei à mãe que naquele dia seu filho não poderia dormir em casa, que ele oferecia risco a ela e à sua filha, e que por isso seria necessário eu chamar uma ambulância para ele ser avaliado por um médico em uma emergência psiquiátrica. Ela aceitou. No relato que fiz ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), expliquei que o usuário tinha agredido a mãe e a mim, que havia sido a primeira crise com uso de violência, e que ele havia ameaçado a mesma de morte. Dessa forma, eu acreditei que a ambulância chegaria rápido. Mero engano, a ambulância demorou 4 horas e meia para chegar.

O território estava sinalizado como em risco de operação policial, e isso significava que ao chegar um carro oficial como o SAMU, havia risco de o carro ser alvejado pelos traficantes. Diante da situação grave de crise (do usuário, do território, da nossa segurança), outros três ACS da equipe se juntaram a nós, tanto para ajudar no cuidado da família, quanto para ajudar caso houvesse outra situação de violência com o usuário na casa. Como as coisas ficaram calmas, os quatro ACS ficaram alternando entre si a vigília do acesso à entrada da comunidade, para logo interceder quando chegasse o SAMU. Nessa função os ACS ficaram parados na rua expostos ao sol forte com risco de haver tiroteio a qualquer momento, dada a tensão que o território estava; e também ficaram alternando entre si no apoio a mim na casa do usuário, pois havia risco de o mesmo sair do quarto e a cena de violência contra a mãe ser retomada. O que felizmente não aconteceu. Durante todo o tempo de espera, ficamos prestando cuidados à mãe e à irmã, e descobrimos que aquele havia sido o primeiro episódio de agressividade do usuário. Por isso elas estavam efetivamente em choque. Mas não completamente surpresas, porque explicaram que nos últimos meses estavam percebendo que o mesmo andava falando cada vez mais sozinho, bem como se portando de modo cada vez mais inadequado, ou seja, era um

processo de agudização dos sintomas psicóticos, e a família na esperança de que ele fosse melhorar, só levou o caso para a equipe de saúde quando o quadro já estava agudizado.

Um elemento muito importante a se destacar nesse caso, é que praticamente todas as categorias profissionais estavam em greve por atraso salarial e péssimas condições de trabalho. Desse modo, naquele dia, havia só um médico e uma enfermeira trabalhando na escala de greve. De modo que eles não podiam se ausentar das dependências da clínica da família para dar suporte naquela situação de crise. Talvez outros caminhos de cuidado possíveis poderiam ter sido abertos nessa situação de crise se as condições de trabalho estivessem adequadas.

Quando finalmente o SAMU chegou, quase cinco horas depois de solicitado, a parte mais complexa para mim, particularmente, foi que eu segurei os bombeiros na entrada da casa, e negocieei que quem mediar a saída do Ryan para a ambulância seria eu, pois eu não queria que ele achasse que foi a mãe que chamou a emergência, e queria que ele entendesse o motivo dessa solicitação. Só deixei eles subirem quando aceitaram a minha proposta de eu ficar à frente nessa condução clínica.

E então tive uma conversa com Ryan, bastante delicada, dizendo que eu, pessoalmente, avalei que ele precisava passar por um atendimento médico, porque não estava tudo bem com ele, visto que ele agrediu sua mãe sem a mesma ter lhe dirigido a palavra. E expliquei ao mesmo que nessas situações, quando o pensamento tá confuso e as coisas fogem do controle dessa forma, era importante para a segurança e a qualidade de vida dele e da família, que um médico adequado fizesse uma avaliação, e por isso ele precisava ir com o SAMU para ser visto por um médico. Ele tentou discutir, me questionava sobre o que o médico ia perguntar para ele, e por que ele deveria falar com o médico. Perguntava-me, ainda, se ele iria ser internado. Eu expliquei que eu não tinha essas respostas, que isso era uma competência médica, e que eu não podia prever. No entanto, reforcei que caso ele voltasse no mesmo dia, no dia seguinte, ou precisasse ser internado, assim que ele retornasse para casa, eu iria continuar acompanhando ele, porque no território, na comunidade, era a clínica da família que fazia o acompanhamento, e que estaríamos sempre por perto no que ele e a família precisassem para ficarem todos bem. Deixei claro que o nosso acompanhamento não se encerrava ali, ao contrário, que era o começo de um processo de cuidado dele e de sua família no território.

Ryan ainda se negava a ir para a ambulância, e foi quando um oficial do SAMU disse a ele: “Você foi oficial, não é? Então, eu sou oficial, eu trabalho para o Corpo de Bombeiros. Quem é oficial precisa cumprir missão, certo? A minha missão é te levar para o médico. Essa foi a missão que a minha chefia me deu, e eu vou ter que cumprir. A gente tem uma equipe aqui que pode fazer isso à força, mas eu sinceramente não queria fazer à força. Tu entende de missão,

tu sabe que precisa ser cumprida. Eu gostaria que você cooperasse com a gente, fosse pro carro tranquilo, passasse no médico, pra eu poder cumprir outras missões da minha chefia” (SIC). Entre a perfeita compreensão de que cumprir missões é inerente à função de um oficial em campo, e a percepção de que de fato, em nome da missão, eles tivessem que levá-lo mesmo que fosse à força, Ryan aceitou cooperar. Trocou de roupa, colocou os chinelos, bebeu bastante água, e caminhou até a ambulância do SAMU.

Após ele passar pela avaliação psiquiátrica, acabou sendo internado num hospital psiquiátrico durante seis semanas. Eu cheguei a visitá-lo na internação junto à enfermeira da equipe ESF de referência, e vi que ele estava bem melhor, visivelmente mais saudável, se comunicando melhor e mais solto. Ele naquele momento não mostrou ressentimento comigo, e a enfermeira e eu pudemos fazer um atendimento bem importante com o mesmo, já orientando sobre a existência e os cuidados do CAPS. Depois visitei-o em casa, poucas semanas após a alta hospitalar. Ele estava no terraço de sua casa, e disse que preferia não conversar comigo naquele momento, mas que estava indo ao CAPS e tomando os remédios. De fato, sua mãe e irmã disseram que ele melhorou muito, aderiu às medicações, estava passando por consultas quinzenais no CAPS, e se comunicando em casa até mais do que era o seu normal antes do falecimento do pai. Eu então expliquei à família que não havia a menor necessidade de eu insistir em vê-lo, visto que ele estava sendo cuidado pelo CAPS, e seguindo adequadamente o tratamento. Colocamo-nos à disposição enquanto equipe ESF e equipe NASF para sermos requisitados a qualquer momento, caso a família entendesse ser oportuno.

Na minha percepção, esse caso possui três aspectos a serem destacados: 1) Quanto à potência que a atenção primária tem de acessar casos e problemas no território que frequentemente não chegam à rede especializada de saúde mental; 2) A característica da atenção primária em continuar no caso mesmo que em alguns momentos não tenha andamentos tão expressivos, como ocorreu na primeira visita domiciliar em que Ryan não correspondeu ao atendimento, mas foi possível esclarecer a ele quem éramos, por que estávamos ali, e que continuaríamos tentando construir cuidado com ele. Não à toa, quando a gente volta após algumas semanas, uma crise importante vem à tona como nunca havia acontecido, e a nossa compreensão é de que as crises, em alguns momentos, são fundamentais para que vias de cuidado sejam abertas – ainda que diante de uma cena de violência física e passando por uma internação psiquiátrica, como no caso de Ryan – mas finalmente chegando ao CAPS, à adesão ao tratamento e à melhora das condições gerais de vida do mesmo e de sua família. Ou seja, se não fosse a persistência de voltar a um caso que inicialmente começou sem nenhuma correspondência do usuário, muito provavelmente ele continuaria deprimido deitado em sua

cama 24 horas por dia. Nesse mesmo sentido, há mérito também do NASF ao convocar a enfermeira responsável pelo caso na atenção primária para visita-lo durante a internação psiquiátrica, e posteriormente, quando ele já aderiu ao tratamento, mantendo-se como referência de cuidado mesmo sem estar diretamente à frente do caso, tal qual o CAPS passou a estar; 3) As delicadezas dos agentes comunitários de saúde no que se refere às dinâmicas do território, seja fazendo companhia a mim enquanto eu atendia a mãe do usuário e aguardava o SAMU; seja ficando na rua com o território tenso com risco de entrada da Polícia, porque eles já previam que a chegada de um veículo com sirene no território com essa tensão poderia terminar em tragédia, mesmo diante do fato de eles já terem avisado aos traficantes que um carro do SAMU estava sendo aguardado para levar um usuário. Quando questionei a necessidade de eles ficarem ali de prontidão, visto que tudo já estava esclarecido com os traficantes, eles me disseram que não podiam garantir que nessa circunstância de tensão os traficantes lembrassem, na hora da chegada do SAMU, da informação que estávamos aguardando a chegada de um carro oficial, de modo que poderia ser tarde demais e um conflito acontecer. Então eles tinham que se colocar à frente do acesso à comunidade, para garantir que nada ruim acontecesse aos profissionais do SAMU nessa chegada, e assim passaram quase cinco horas no sol forte, sob riscos.

O caso de Ryan traz um pouco da essência complexa do cuidado em saúde mental na atenção primária, mediada por um profissional NASF. Não me refiro à condição de atenção à crise, posto que o trabalho em saúde mental na atenção primária passar por outras dimensões. Me refiro a elementos potentes quase que exclusivos a partir da relação da atenção primária com o território, como o fato de a mãe de Ryan ter dado a dica ao ACS que se tratava de um momento importante de retornamos à casa, após a primeira tentativa de cuidado, quando ele não interagiu e não correspondeu ao atendimento. Mas no meu lugar enquanto profissional NASF, aquele primeiro atendimento foi de extrema importância, porque eu sabia que era uma oportunidade de eu explicar a ele quem nós éramos, qual a nossa função no território, reconhecemos que ele andava triste, dizer que estávamos preocupados com a saúde dele, e reforçar que continuaríamos “na área” de cuidado dele, até um momento mais oportuno. A percepção da importância desses elementos em um atendimento visivelmente de crise psicótica (visto que já sabíamos que ele tinha se isolado em seu quarto, deixado de realizar o autocuidado, parado de se comunicar com a família, e andava falando sozinho), e a tomada desse tipo de condução clínica é uma marca diferencial dos profissionais de saúde mental que compõem uma equipe NASF.

Segundo o Caderno de Atenção Primária Nº 39 (BRASIL, 2014), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família é composto por profissionais de diferentes categorias, que devem dar suporte para no mínimo 5 equipes ESF e no máximo para 9 equipes ESF, com o objetivo de aumentar a resolutividade da atenção primária, através do aumento do escopo de ações e de abrangência dos casos.

A equipe NASF em que eu estava inserido cobria oito equipes ESF, e, portanto, estava dentro do mínimo previsto na legislação. No entanto, nessa mesma parte do município, que tinha ao total 11 equipes NASF, apenas a que eu estava e mais uma equipe NASF estavam dentro da quantidade de cobertura de equipes ESF prevista nas recomendações oficiais. As demais equipes NASF dessa região chegavam a cobrir 16 equipes ESF, e em até três serviços de saúde distintos. Esse elemento certamente tem impacto sobre a minha experiência, a qual eu considero tão potente. Não sei se, ainda que com o maior dos esforços e do nível de capacitação dos profissionais NASF, é possível ter tranquilidade para planejar e executar o trabalho, bem como ter uma experiência de campo tão rica quanto a que tive, quando se apoia 10, 13 ou 16 equipes ESF, como era a situação de alguns NASF próximos ao nosso e de muitos outros no território carioca. Aqui eu faço uma marcação da importância de as gestões oferecerem condições de trabalho justas para a cobertura das equipes NASF, afinal, qual o impacto de um dia de atendimento como o realizado com Ryan, bem como acontece em tantos outros casos, quando se tem uma sobrecarga de trabalho tão intensa? Eu considero essencial ter em mente a importância de se cuidar, em nível de gestão, para que os NASF tenham boas e adequadas condições de trabalho, sem serem abusivas, porque o campo da atenção primária, exatamente pela vivência intensa do cotidiano do território, bem como as complexidades que atravessam os casos, demandam muita energia aos profissionais do NASF e de todos da atenção primária.

O trabalho de apoio das equipes NASF não é independente ao trabalho das equipes ESF, ao contrário, é completamente integrado às equipes ESF, bem como às necessidades do território de referência (BRASIL, 2011b). Em outras palavras, isso significa que as equipes NASF não são equipes multiprofissionais que funcionam como ambulatórios especializados nos territórios. Portanto, os usuários não acessam os profissionais da equipe NASF de forma independente. Os casos chegam aos profissionais do NASF através dos profissionais das equipes ESF, em que se realizam discussões de caso orientadas pelo “referencial teórico-metodológico do apoio matricial” (BRASIL, 2014). Desse modo, o apoio matricial, ou o matriciamento, já citado nesse estudo, é o método que os profissionais NASF utilizam para dar suporte às equipes ESF. Sendo assim, o apoio matricial, ou matriciamento, é realizado através de duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A dimensão clínico-assistencial

é a que o profissional NASF realiza diretamente ao usuário (BRASIL, 2014), como as consultas individuais, interconsultas com profissionais da ESF, a realização de grupos terapêuticos etc. É imprescindível já marcar que todas as ações de cuidado realizadas diretamente com os usuários são feitas a partir de discussão de caso e compartilhamento com as equipes ESF, e necessariamente devem ter as evoluções desse acompanhamento sempre retornadas às equipes ESF, visto que o usuário continua tendo a equipe ESF como referência principal no território, e o lugar do NASF é de suporte às equipes ESF e corresponsabilidade sobre os casos matriciados.

Na minha experiência nesse campo, era muito importante fazer esse retorno do acompanhamento às equipes ESF, sem abrir mão de resguardar o sigilo profissional e a ética. As equipes precisavam saber de que forma os casos estavam evoluindo, e irmos projetando, junto com o usuário, o PTS do mesmo a curto e médio prazos. Esse era um trabalho que realizávamos de forma coletiva, integrando o paciente, o NASF e a equipe ESF. Eu percebia também que as equipes se sentiam potentes, enquanto trabalhadores da atenção primária, quando eu retornava os acompanhamentos dos casos que eu estava tendo que acompanhar individualmente. Os profissionais das equipes ESF sofrem pressão por ações de cuidado especializadas, feita pelos próprios usuários e seus familiares, quando há profissionais do NASF das especialidades que os usuários entendem que demandam cuidado, pois existe uma força cultural ainda muito consistente sobre a importância do cuidado especializado na população. Então, de algum modo, era um alívio para os profissionais da equipe ESF verem que o caso estava sendo bem acompanhado pelo NASF. Uma fala recorrente, principalmente dos ACS, mas também em alguns médicos e enfermeiros, era que “Quando a gente explica, eles não entendem. Quando vocês falam, a partir da profissão de vocês, eles ouvem de outra forma” (SIC). E de fato há legitimidade no desejo da população em ser atendida pelo profissional daquela especialidade no território. Ainda que a nossa orientação feita a esse usuário seja exatamente a mesma feita pelo ACS ou pelo enfermeiro, compreendíamos ser direito deles serem avaliados pela equipe NASF. Nesse sentido, aos usuários que não abriam mão em serem avaliados pelo profissional do NASF, nós sempre realizávamos a avaliação deles, em parceria com os profissionais ESF, reconhecendo esse cuidado enquanto direito dos mesmos como cidadãos.

Ainda dentro da dimensão técnico-assistencial, eu gostaria de explorar um dos elementos que considerei um dos mais potentes do cuidado em saúde mental na atenção primária: o grupo de saúde mental que realizávamos na Clínica da Família. Quando eu entrei nesse campo de prática, logo na primeira semana, a psicóloga do NASF me convidou a

participar desse grupo com ela. Alguns meses depois ela passou em um concurso, e eu fiquei fixo à frente da condução do grupo, mas sempre com outros profissionais da saúde mental do NASF. Essa Clínica da Família foi inaugurada em 2012, e à época, como não havia equipe NASF na região, uma matriciadora em saúde mental dava apoio matricial à essa unidade de saúde, um turno por semana. Ao perceber que os casos eram muitos, ela em 2013 resolveu começar a realizar esse grupo terapêutico de saúde mental, com frequência semanal. Quando essa equipe NASF finalmente foi implantada, em 2015, uma psicóloga e a terapeuta ocupacional do NASF passaram a conduzir o grupo. Em 2016, portanto, eu passei a ser referência fixa desse grupo até o fim da minha trajetória no campo profissional, em 2020.

O grupo de saúde mental era aberto a todos os adultos, como um grupo de convivência. O único pacto era a responsabilidade de todos sobre o sigilo do que era compartilhado naquele espaço – e nunca houve nenhuma situação de problema em relação ao sigilo no grupo. A média de participantes variava entre 6 e 13 usuários por semana. De uma forma muito interessante, o grupo apesar de ser aberto, era composto majoritariamente por homens, acredito que mais de 80% dos participantes eram homens, com mais de 45 anos, e a maior parte deles eram psicóticos que estavam estabilizados há muito tempo, alguns a quase 20 anos sem nenhuma crise. Nesse espaço, no entanto, pouco se falava de saúde mental. Eles falavam muito das notícias dos telejornais, reclamavam do governo, falavam bastante da violência do território, e das relações familiares. Aqui há de se trazer uma contrapartida importante: o grupo de mulheres, que também era realizado semanalmente por uma psicóloga do NASF, por sua vez, era majoritariamente composto por pacientes neuróticas das mais diversas gravidades. Quase nenhuma usuária psicótica se fixava no grupo de mulheres. As psicóticas preferiam o grupo de saúde mental. Não por acaso, essa psicóloga sempre gostou mais de acompanhar casos de usuárias neuróticas, enquanto eu sempre gostei mais dos casos de psicóticos. Então, apesar de não ser possível entender exatamente onde a gente se diferenciava, as diferenças, em minha opinião, refletiam de alguma maneira na composição natural dos grupos. Em nossa opinião, enquanto equipe NASF, esses dois grupos eram complementares.

Sempre que um usuário novo chegava ao grupo de Saúde Mental, os próprios membros apresentavam sucintamente a proposta do grupo, e todos davam o tempo que o novo componente julgasse necessário para falar por que estava ali, trazer suas histórias etc. Não era raro usuários com sintomas agudizados chegarem ao grupo, e serem acolhidos com total abertura para escuta pelos demais membros, que ouviam em silêncio, dizendo à pessoa em sofrimento que essas coisas iam passar, que todos ali já estiveram mal daquele jeito, e quase sempre a “receita” que eles davam, a partir de suas experiências, era adesão à medicação e o

tratamento no CAPS ou com psiquiatria ambulatorial. De modo geral o grupo se mediava muito bem.

Retomando as discussões das dimensões operativas do NASF, a técnico-pedagógica é a dimensão que “produz ação de apoio educativo com e para as equipes” ESF (BRASIL, 2014). Trata-se, portanto, da dimensão de apoio que tem sido o grande diferencial do matriciamento das equipes NASF, visto que profissionais das diferentes especialidades que compõem a equipe NASF são convocados pelos trabalhadores das equipes ESF para discutir os casos, trazendo outros pontos de vista e abordagens distintas de condução do caso para os profissionais da equipe ESF, que de modo geral possuem uma visão muito mais restrita aos aspectos biologicista, organicista, e muitas vezes moral, dos casos. Dessa forma, se percebe claramente que quanto mais uma equipe ESF recebe apoio matricial, mais potente e afinados seus pontos de vista ficam não só para os casos ali discutidos, mas para muitos outros casos do território que passam por situações semelhantes àquelas discutidas, matriciadas e compartilhadas com a equipe NASF. Conforme já pontuado no início dessa dissertação, em minha concepção o matriciamento é uma via de mão dupla, pois a equipe NASF também vai afinando e ampliando seu olhar e sua compreensão sobre aquela realidade, os casos e o território, porque a equipe ESF, empoderada sobre as particularidades do território e das redes relacionais dos usuários, ensina à equipe NASF o tempo todo coisas que não estão nos livros e nem nas salas de aula das especialidades dos profissionais do NASF, mas falam de um território vivo e dinâmico com atravessamentos significativos na história daqueles sujeitos. Portanto, equipe ESF, equipe NASF, a unidade de saúde e a população do território saem ganhando com o apoio matricial.

Conforme dito anteriormente, a revisão da PNAB, em 2017, não sinaliza o modelo do apoio matricial às equipes NASF, apesar de pontuar que se deve haver compartilhamento de pontos de vista entre equipes NASF e ESF. No entanto, a rigor, define que “busca-se que essa equipe seja membro orgânico da atenção primária, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais” (BRASIL, 2017a). Desse modo, ao dizer que a equipe NASF deve “viver integralmente o dia a dia” das unidades de saúde, somado ao não apontar o matriciamento como modo de atuação profissional, acredita-se que haja aí uma brecha para os profissionais da equipe NASF sejam orientados a executar seu trabalho numa perspectiva ambulatorial dentro da atenção primária. Isso seria um passo atrás desastroso para esse campo da Saúde. Em minha experiência como profissional NASF, sustentamos o apoio matricial quase até o fim da existência da equipe NASF. No entanto, nos últimos dois meses, ficamos apenas eu e outra profissional da equipe – além do

educador físico, pois os outros quatro cargos dessa equipe NASF vinham sendo extintos pela gestão Crivella ao longo de um ano e meio.

Quando ficamos só essa profissional e eu no apoio matricial, só estava sendo possível mantermos os grupos de saúde mental por mim, e o grupo de mulheres por ela. Em todo o resto do tempo, a gente vinha acompanhando casos graves junto às equipes ESF, já realizando um movimento de cuidado em direção ao encaminhamento para os demais serviços da rede, de atenção secundária em especial, pois estava nítida a nossa limitação no apoio matricial, sendo nós apenas dois para fazer matriciamento que outrora era feito por seis profissionais do NASF, apoiando oito equipes ESF, em dois serviços de saúde, em uma grande área de referência, populosa e extremamente vulnerabilizada – além do desgaste de uma crise estrutural grave da Saúde no Rio de Janeiro, instalada há vários anos.

Um fenômeno muito significativo na minha experiência foi que, ao avisar aos integrantes do grupo de saúde mental que eu estava de aviso prévio, e que já estava trabalhando em outro local, eles ficaram muito tristes, e, ao mesmo tempo, muito felizes que eu não iria passar por uma situação de desemprego. Em comemoração ao meu “não-desemprego”, um deles propõe que eles honrem o nosso trabalho, mantendo as reuniões do grupo mesmo sem nenhum profissional de referência por enquanto, de modo a se encontrarem sempre no mesmo dia e horário com que já ocorria o grupo habitualmente. E as minhas últimas semanas de encontro com eles foram absurdamente generosas. Fizeram lanches pra comemorar meu “não-desemprego” e me desejar boa sorte nos quatro últimos encontros que realizamos juntos. Esse grupo sempre me marcou exatamente por essa potência que os membros têm de ressignificar as experiências ruins, e escolher caminhar pelos aspectos positivos. Me emocionar com a generosidade deles foi um hábito muito gostoso que eu tive ao longo dos meus quatro anos no campo. E certamente essa foi a despedida mais dolorosa do meu desligamento desse cenário de prática profissional.

Havia uma médica, no CMS em que eu estava inserido, que era experiente na medicina. Ela foi psiquiatra durante muitos anos, mas desde 2012 optou por não mais atender como psiquiatra, e foi pro campo da atenção primária. Desde então passou a ser transferida de uma unidade para outra, devido a dificuldades de trabalho em equipe e muitos relatos de grosserias com os usuários, que faziam queixas através das ouvidorias. Desse modo, o último lugar em que ela estava alocada, desde 2013, era nesse CMS. Tínhamos bastante dificuldade de discutir casos com ela, pois ela dizia que não tinha o que ser “ensinada” (sic) pelos profissionais do NASF. E foi nesse contexto geral que ocorreu possivelmente um dos momentos mais desconfortáveis da minha experiência profissional: eu e o psicólogo da equipe NASF fomos

convocados em uma reunião dessa equipe, de forma especial, para que a médica da equipe “explicasse e redirecionasse” a nossa atuação profissional junto à equipe. A médica então, na presente reunião, disse que o nosso trabalho não era satisfatório para as necessidades do território daquela equipe, pois a cada caso compartilhado conosco, nós fazíamos muitas orientações, solicitávamos muitas informações para compreender os casos, e o que ela precisava era de psicólogo e assistente social cuidando dos casos sem ficar fazendo perguntas. Explicamos a ela o que era o apoio matricial, que orientava nosso trabalho por lei, através da PNAB, e ela disse que não precisava profissionais matriciadores, mas sim, de profissionais de ambulatório junto à equipe. Essa foi uma conversa longa e bastante desgastante. Como percebemos que ela visivelmente compreendia de fato o pedido absurdo e afrontoso que ela nos fazia, reforçamos que estávamos respaldados clinicamente pela lei que rege a atenção primária, de modo que ela teria que nos aceitar com essa abordagem, independente do que ela desejasse.

Sobre essa situação com essa médica, algumas coisas ficaram claras: 1) Nos sentimos fragilizados quando reportamos à gestão local o ocorrido, e solicitamos intervenção frente à afronta profissional que passamos, e a gestão nos disse que não tinha autoridade para interpelar por nós, porque o nível central de gestão se nega a afrontar a categoria média, e essa médica em especial, não só nessa mas em outras situações problemas que já aconteceram, devido ao fato de ela ser a única médica que aceitou ocupar um cargo médico de 40 horas semanais por mais de um ano naquele território (ela trabalhou no CMS de 2013 a 2019, e esse fato ocorreu em 2017); 2) O fato de o apoio matricial incomodar a essa médica, especificamente, era um sinal extremamente importante de que estávamos adotando a direção clínica, ética e política efetivamente mais adequadas àquele território. Ser um contraponto às direções clínicas, éticas e políticas que ela sempre tinha, absolutamente endurecidas por escolhas pessoais que fazia na sua forma de realizar o cuidado, era um mérito nosso que tínhamos que preservar a todo custo. Portanto, nos casos de saúde mental nessa equipe em especial, uma grande parte da potência de cuidado competia ao NASF estar à frente, matriciando os demais componentes da equipe, e possibilitando práticas de cuidado melhores às ofertas que essa profissional fazia a seus usuários.

O último ponto fundamental da minha experiência como profissional nesse campo, que ao meu ver indicam caminhos importantes de potencialidades da atenção primária no cuidado em saúde mental, e que aparecem através da pista NASF, são as reuniões de equipe, que eu explorarei na próxima seção, a da pista dos ACS. Desse modo, a seguir realizarei um diálogo sobre a minha experiência no campo articulado com a discussão de cuidado em saúde realizada

pelos autores Emerson Merhy e Laura Feuerwerker (2009), apresentando, desse modo, outros aspectos do fio argumentativo desse estudo.

Merhy e Feuerwerker (2009) promovem uma discussão sobre cuidado lançando mão da perspectiva sobre os novos olhares para as tecnologias em saúde. Antes de explorarem as categorias em saúde, os autores preparam o terreno do debate retomando a discussão que Marx faz sobre trabalho, “que considera o trabalho não somente em sua dimensão operativa, enquanto uma atividade, mas como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção” (MERHY E FEUERWERKER, 2009, p. 4). Seguindo essa linha de raciocínio de Marx, os autores esclarecem que o processo de produção passa por uma fase anterior à sua realização, que é o processo de produção mental do produto realizado pelo trabalhador. Desse modo, o trabalhador entende a demanda do mundo sobre o produto final, e finalmente projeta as tarefas que lhe cabem no processo de produção (MERHY e FEUERWERKER, 2009). No entanto, o processo de produção mental não é suficiente para a produção de um serviço. Os autores explicam que, segundo Marx, para um processo produtivo existir, são necessários três componentes: o trabalhador para a execução dos processos, as matérias primas a serem transformadas e as ferramentas para que sejam viabilizadas as transformações da matéria prima, resultando, desta forma, no produto final. Portanto,

esses componentes estão articulados em função do projeto que se está colocando em marcha. Este modo de organizar o processo de trabalho envolve uma certa sabedoria, que permite ao homem juntar todos esses componentes e com seus atos ‘vivos’ realizar um certo produto (MERHY e FEUERWERKER, 2009).

Ou seja, além da projeção mental, bem como a existência dos elementos acima citados, é fundamental que exista um saber tecnológico para juntar esses três elementos e efetivar a produção do produto final (MERHY e FEUERWERKER, 2009). Para os autores o trabalho morto são aqueles relacionados aos produtos-meio que existiam antes do processo produtivo em questão, como as ferramentas usadas no processo produtivo, que são produtos finais de processos produtivos já concluídos. Enquanto que “o trabalho vivo em ato é o trabalho criador, que possibilita a fabricação de um novo produto.” (MERHY e FEUERWERKER, 2009, p. 4). Segundo os dois autores, o homem utiliza de uma certa autonomia de seu trabalho vivo em ato sobre o trabalho morto que lhe é ofertado e os objetivos que deseja atingir no processo produtivo. Eles destacam que ao falarem de tecnologia, não se referem apenas aos instrumentos, equipamentos e ferramentas, mas “também um certo saber tecnológico e um *modus operandi*, que inclusive dão sentido ao que será ou não a ‘razão instrumental’ do equipamento” (MERHY e FEUERWERKER, 2009, p. 5).

A nossa aposta no campo – enquanto equipe NASF, promovendo matriciamento e contribuindo na organização do processo de trabalho dos profissionais das equipes ESF – seguia exatamente na direção de trabalhar com esses profissionais o fato de, apesar de todos termos metas a serem cumpridas na atenção primária, e muitos fluxos pré-definidos por instâncias superiores, tínhamos em nossas mãos como trabalhadores que operam o cuidado diretamente aos usuários, a possibilidade e autonomia para desempenhar o trabalho de forma mais ou menos ética, mais ou menos comprometida com os pacientes, com mais ou menos delicadeza no trato com os usuários, com mais ou menos dedicação. Ou seja, a forma de executar o cuidado está nas mãos de cada trabalhador. É claro que não se tratava de responsabilizar ou culpar os trabalhadores pela forma com que eles realizavam o trabalho, pois nessas reuniões a equipe NASF sempre chamava os profissionais a trazerem as dificuldades de ofertar o cuidado com maior compromisso, seriedade e dedicação. Esse era um momento muito potente de escuta sobre como estava sendo a realidade do trabalho para eles, e caminhávamos na direção de construirmos juntos estratégias para que houvesse possibilidade de esses profissionais executarem suas funções não apenas de forma mais potente para o usuário, como sobretudo de modo mais saudável para os trabalhadores. Não era raro haver reuniões com uma quantidade grande de pautas importantes, mas que ao fazermos perguntas como “Você acha que fazer isso que estamos conversando é possível?” ou, ainda, quando lançávamos o combo das duas perguntas mais caóticas possíveis de uma reunião de equipe: “Como estão as coisas? Como vocês estão?” Ou seja, as condições de trabalho e de vida do trabalhador são praticamente indissociáveis da capacidade que o mesmo possui de produzir cuidado mais potente. E no campo em que eu estava lotado, esses dois elementos viravam questão ativa no processo de trabalho. A propósito, esse era um fenômeno extremamente interessante que tive na minha experiência de atenção primária: a solidariedade e a preocupação que os trabalhadores, muitos deles vizinhos de bairro, tinham uns com os outros. E eles conferiam muito a mim e a alguns outros profissionais do NASF a função de ofertar suporte a essas questões, muitas delas particulares, mas quase nenhuma secreta entre eles. Os ACS, em especial, compartilhavam entre si suas dificuldades de vida e de trabalho com pouquíssimo filtro, ou seja, compartilhavam entre si grande parte das angústias e dificuldades que estavam sofrendo, inclusive na vida pessoal. De todo modo, o principal ponto da nossa aposta era explicar a eles que grande parte da dimensão do cuidado dependia deles como operadores do trabalho vivo em ato, e que poderíamos pensar nas dificuldades e construir as soluções de forma coletiva, para que o processo de trabalho ficasse menos duro, menos solitário e produzisse cuidado com maior qualidade.

Merhy e Feuerwerker (2009) explicam que na organização do processo produtivo, a autonomia do homem sobre o trabalho vivo em ato pode ser muito restrita, seja porque as etapas do processo foram pensadas por outrem, seja “por haver um predomínio da lógica de manejo dos instrumentos no comando do processo” (MERHY e FEUERWERKER, 2009, p. 5). Nessas duas situações, ocorre uma inversão da lógica de trabalho, pois é o trabalho morto que domina o trabalho vivo e dá a tônica do processo produtivo (MERHY e FEUERWERKER, 2009).

Conforme apontado anteriormente, o CMS que compõe um dos cenários de campo desse estudo existe há mais de vinte anos. Grande parte dos profissionais que trabalham ainda atualmente nesse serviço, estão há mais de quinze anos nessa unidade de saúde. A experiência deles é anterior à Estratégia de Saúde da Família, pois maior parte deles foram formados pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PACS era fundamental e substancialmente caracterizado por ações territoriais realizadas pelos ACS de promoção à saúde e prevenção de doenças. Quando houve a transição para a Estratégia de Saúde da Família – com metas altas a serem alcançadas de visitas domiciliares, de entregas domiciliares de marcações de consultas e resultados de exames, e muitas outras ações burocráticas direcionadas à competência dos ACS que marcam o modelo gerencialista de gestão– os agentes comunitários dessa unidade de saúde passaram a achar muito ruim a qualidade do serviço que eles tiveram de passar a prestar. Havia uma diferença muito clara na postura dos ACS antigos que foram do PACS, e os mais novos, que não conheceram o PACS: via de regra os que eram formados pelo PACS realizavam um trabalho muito mais potentes que os demais, porém, ficavam muito mais desanimados. Eles diziam que era triste ver como foram impostos a exercer um trabalho burocrático e abrir mão das ações de promoção de saúde que realizavam antigamente, como peças teatrais, palestras temáticas, brincadeiras em geral. O desânimo desses profissionais, frente à potência do trabalho que eles sabem fazer, mas que não cabe mais na agenda e no tempo de trabalho diante de todas as metas a serem cumpridas, em minha concepção, é um forte exemplo do trabalho morto dominando o trabalho vivo no campo da atenção primária.

Merhy e Feuerwerker (2009) olham o trabalho vivo a partir de duas dimensões: a primeira está relacionada ao processo produtivo que visa gerar um produto que tem finalidades específicas, ou seja, pra que ele serve, a quem se destina, para qual finalidade etc., em suma, qual o valor de uso que aquele produto tem; a segunda dimensão está relacionada ao trabalhador que produz, e à relação do mesmo com o produto, com o processo produtivo, com os outros trabalhadores e com o público a que se destina. (MERHY e FEUERWERKER, 2009).

Como produtor de bens, o trabalhador está amarrado a uma cadeia material dura e simbólica, pois o “valor de uso” do produto é dado pelo “valor referente simbólico” que carrega, construído pelos vários atores sociais em suas relações. Já o “valor de

troca” de um produto está amarrado à forma com que funciona uma sociedade historicamente fabricadas pelos homens, tal como a capitalista em que vivemos hoje (MERHY e FEUERWERKER, 2009, p. 6).

Desse modo, os autores concluem a leitura que eles fazem sobre trabalho a partir da seguinte comparação: se no processo de produção de carros o valor referente simbólico do mesmo pode ser tanto transportar pessoas quanto ostentar status, para a produção em saúde o valor referente simbólico pode ser produzir cuidado ou realizar procedimentos para ganhar dinheiro. “Depende de quem está em cena, seu lugar social, seu lugar no processo produtivo, seus valores culturais, entre várias outras coisas” (MERHY e FEUERWERKER, 2009, p. 6).

Avançando para a reflexão do trabalho nos serviços de saúde, Merhy e Feuerwerker (2009) explicam que em um serviço de saúde o ato da produção e do consumo acontecem ao mesmo tempo, visto que o usuário traz a sua demanda ficando de frente para o profissional, que, por sua vez, usa, em ato, seus conhecimentos sobre as diferentes tecnologias para ofertar o produto final, que é o cuidado. Configurando, dessa forma, “um espaço de interseção que sempre existirá, em ato, em seus encontros” (MERHY e FEUERWERKER, 2009, p. 6). Ou seja, no processo de trabalho em saúde existe um encontro entre o agente produtor (profissional) e o agente consumidor (usuário). Esse encontro faz com que o agente consumidor se torne parte objeto do ato produtivo, “mas ainda agente, que interfere no processo” (MERHY e FEUERWERKER, 2009, p. 6).

Na minha experiência no campo da atenção primária, a importância de que o cuidado fosse centrado efetivamente no usuário, de modo que assegurasse a autonomia do mesmo para fazer escolhas e interferências sobre seu processo de cuidado, como sujeito de direitos que tem o poder de escolher o que acha que é melhor para seu tratamento, era uma aposta muito ativa das intervenções do NASF. O cuidado ser centrado no sujeito não era uma discussão complexa ou uma novidade junto às equipes, mas frequentemente precisava ser retomada, porque havia um movimento natural de muitos médicos, enfermeiros e ACS de tentar impor ao usuário parâmetros que eles, os profissionais, achavam que tinham que ser alcançados e seguidos.

Aqui chega-se a um ponto que dá o tom de um dos aspectos fundamentais que esse estudo reconhece: a concepção de que cuidar é, sempre, um ato político (CECÍLIO, 2016). Segundo Cecílio (2016, p. 77), essa dimensão pode ser melhor percebida ao se fazer o exercício de usar um compasso e colocar a ponta do mesmo sobre o usuário ou a situação de fragilidade em questão, e ir abrindo círculos com sentidos ético-políticos do cuidado. No primeiro círculo, mais próximo do sujeito, deve-se identificar a relação equipe-paciente, que é extremamente poderosa; no próximo círculo aberto, segundo o autor, deve-se identificar as tensões existentes

relacionadas às práticas de cuidado em saúde que tem sido cada vez mais institucionalizantes; o próximo círculo a ser aberto pode ser o que trata das redes e articulações cada vez mais necessárias e complexas para a oferta de cuidado com vistas à integralidade; o círculo seguinte pode ser o relacionado ao intenso jogo de interesses público e privados circunscritos às ações de cuidado. Esses são apenas alguns aspectos que Cecílio (2016) utiliza para exemplificar o quanto as ações de cuidado sempre têm dimensões essencialmente políticas. Na minha prática de campo, tal dimensão não era abordada por nós nesse nível de complexidade, até porque discutir dimensões políticas não são fáceis. Então o que nós fazíamos eram sempre problematizar nas discussões os seguintes elementos: 1) O cuidado é centrado no usuário e no que ele entende ser melhor para ele, e não no que nós, enquanto profissionais, achamos ser melhor para os mesmos; 2) Apesar de os profissionais terem algum conhecimento prévio técnico dos possíveis efeitos e consequências dos caminhos que os usuários podem escolher como o melhor para eles, o fato é que cada tentativa era uma, cada usuário era um, e o que pode não ter dado certo para outros pacientes, para esse pode dar. Se não desse certo, era direito deles tentarem outros caminhos, e a gente precisa estar junto deles para ajudar na construção de outros planos, sem ações punitivas; 3) Os cuidados prescritivos não davam mais conta das necessidades efetivas da população. Então a gente trazia exemplos de casos que eles mesmos já tinham discutidos, que só deram certo quando a construção do PTS foi realizada junto com o usuário, de modo que quando as pessoas se percebiam efetivamente como participantes do planejamento e das ações de cuidado de sua saúde, os caminhos construídos em conjunto com eles tendiam a ser menos dolorosos e as chances de compromisso e sucesso aumentavam muito.

Retomando brevemente o apontamento feito por Merhy e Feuerwerker (2009) sobre o risco de o trabalho vivo em ato ser capturado pelo trabalho morto, caso a organização do processo produtivo seja feita por outras pessoas ou caso os atos de trabalho sejam orientados predominantemente pela lógica de manuseio dos instrumentos. Na minha experiência de campo, trazendo para a realidade dos serviços de saúde da atenção primária, estamos falando dos riscos que se corre quando no processo de cuidado os profissionais precisam seguir fluxos feitos por pessoas que não conhecem a realidade daquele território específico – como as atividades impostas pelos níveis centrais de gestão, que muitas vezes não tinham muito sentido no território em que estávamos – ou quando o cuidado é orientado pelos instrumentos e tecnologias, tirando a potência dos encontros na interseção do trabalho vivo em ato. O resultado é a diminuição da eficiência do produto final para o usuário, ou seja, do cuidado, e a diminuição do sentido do trabalho para o profissional diante da sua pouca autonomia para ter condições de qualificar o produto final, ou seja, o cuidado, de acordo com as necessidades efetivas do usuário.

Emerson Merhy e Laura Feuerwerker (2009) partem do princípio que os profissionais de saúde utilizam três diferentes tipos de caixas de ferramentas tecnológicas no processo de interseção do encontro em ato com o usuário no processo de cuidado: “Ferramentas tecnológicas, como saberes e seus desdobramentos materiais e imateriais, que fazem sentido de acordo com o lugar que ocupam nesse encontro e conforme as finalidades que almeja.” (MERHY e FEUERWERKER, 2009, p. 7). Desse modo, a primeira caixa de ferramentas apresentada pelos autores é a das tecnologias duras. Trata-se do manuseio do computador ou do telefone para solicitar ou consultar o resultado de um exame, do manuseio do estetoscópio, do termômetro, da entrega do papel com a data de marcação de consulta a um usuário conforme já abordado nesse estudo etc. Os processos da tecnologia dura “consomem trabalho morto (das máquinas) e trabalho vivo de seus operadores” (MERHY e FEUERWERKER, 2009, p. 7).

A segunda caixa de ferramentas é a das tecnologias leve-duras. Nela, é processado o olhar do profissional sobre o usuário, a fim de capturar a sua realidade, o seu mundo, a sua demanda. No entanto, esse olhar se dá a partir de uma perspectiva específica do profissional: a clínica do médico, os aspectos sociais observados pelo assistente social, o acompanhamento em saúde que cabe ao trabalho do agente comunitário de saúde etc. Portanto, é nessa caixa de ferramentas que as tecnologias duras – apresentadas no parágrafo anterior – ganham efetivamente sentido como atos de cuidado em saúde. Dessa forma, no trabalho vivo em ato realizado com as tecnologias leve-duras, há uma tensão entre a dureza do trabalho morto das tecnologias duras, e a leveza que o usuário requer do olhar e da condução do profissional sobre seu problema. “E como não há um só modo de realizar o ato clínico, pode predominar a dureza (e os processos mais estruturados) ou pode predominar a leveza (e os processos mais maleáveis, mais permeáveis)” (MERHY e FEUERWERKER, 2009, p. 7).

A terceira caixa de ferramentas apresentada por Merhy e Feuerwerker (2009) é a das tecnologias leves. Trata-se dos atos em saúde que ocorrem a partir do encontro em ato do profissional com o usuário, realizado através da escuta atenciosa, do estabelecimento de relação de confiança e vínculo entre os dois. Nesse tipo de tecnologia, a história de vida, os aspectos culturais, os dilemas e preocupações etc, possuem relevância para o profissional. Esse encontro possibilita, dessa forma, um reconhecimento da singularidade do usuário para o profissional de saúde e vice-versa. Os autores explicam que nas tecnologias leves é somente em ato e nos espaços de intercessões entre o profissional e o usuário que ocorre o processo produtivo:

É nesse território que a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação médico-paciente adquirem importância, evidenciando a relevância do trabalho vivo do médico nesse momento. É também neste território – das relações, do encontro, de

trabalho vivo em ato – que o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar (MERHY e FEUERWERKER, 2009, p. 7-8).

Essa tecnologia de cuidado, a das tecnologias leves, realizadas através do trabalho vivo em ato do trabalhador, em intercessão com o usuário, é a grande aposta de cuidado que o NASF propõe às equipes ESF. Nela se circunscribe o cuidado centrado no usuário; a consideração de elementos culturais, históricos, relacionais e ambientais no processo de cuidado em saúde, promovendo escuta atenciosa; o PTS criado junto com – e não sobre – o paciente; a aposta na autonomia que o usuário tem sobre seu itinerário de cuidado; o capacidade de singularizar o cuidado através do encontro em ato baseado em relação de vínculo e afeto; a potencialização da dimensão ética das ações profissionais; o reconhecimento de que toda ação de cuidado é um ato político, bem como a reflexão contínua dos efeitos e riscos desse fenômeno, possibilitando, dessa forma, a produção de cuidado integral, qualificado e de confiança.

Merhy e Feuerwerker (2009, p. 8) explicam que os diferentes níveis de combinação entre os três tipos de tecnologias abordados acima vão resultar em modelos distintos de atenção à saúde. Desse modo, presume-se que quanto mais o profissional tiver inclinação à realização das tecnologias leves, maior o trabalho vivo em ato e o cuidado se dará de maneira mais potente, sob o aspecto da criação de vínculo, de escuta atenciosa, de consideração sobre outros elementos que atravessam o processo de saúde e de vida do usuário. Por outro lado, quando o processo de produção do cuidado em saúde inclinar-se mais para as tecnologias duras e leveduras, menos pessoal será o processo de produção de cuidado, que se pautará sobretudo na realização de procedimentos previamente definidos orientados pelo trabalho-morto.

Como de pôde ver, desde a condução das diferentes fases do caso Ryan, passando pelas dimensões de apoio do NASF, seja nos atendimentos direto aos usuários como o grupo de saúde mental, seja nas ações pedagógicas junto às equipes ESF, e fazendo diálogo com as caixas de ferramentas de cuidado em saúde apresentadas por Merhy e Feuerwerker, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família explora em especial as tecnologias leves de cuidado (MERHY e FEUERWERKER, 2009) – a tecnologia dos encontros e do trabalho vivo em ato – configurando, em minha experiência, as equipes NASF como pistas importantes a serem seguidas que indicam potência significativa de cuidado em saúde mental no campo da atenção primária.

9. Pista ACS, o caso Carla e o cuidado segundo Luiz Cecílio

Nessa seção discutiremos os agentes comunitários de saúde. Em minha experiência eles aparecem como uma pista importante sobre as potencialidades do cuidado em saúde mental na atenção primária. Começaremos com o relato do caso da usuária Carla (nome fictício) para abrir a discussão sobre esses profissionais. Em seguida serão apresentados alguns dos aspectos que mais tocaram a minha experiência de campo no que tange aos ACS. E ao fim será realizada uma discussão sobre cuidado com Luiz Cecílio (2011), conversando também com a minha experiência na atenção primária, e complementando, sempre que possível, o diálogo sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde.

CASO CARLA

Certa vez dois agentes comunitários de uma equipe solicitaram uma tarde de visitas domiciliares comigo dentro da comunidade. Estávamos em época de greve, então além de estarmos todos trabalhando em escala, as visitas domiciliares que estavam sendo realizadas eram apenas as de urgência, conforme deliberado em assembleia dos sindicatos de quase todas as categorias profissionais que compõem a atenção primária, incluindo a dos Agentes Comunitários de Saúde e a do Serviço Social. Um dos casos que me foi apresentado nessa ocasião foi o de Carla, 39 anos, parda, que era esposa de Mariana (32 anos, branca). Mariana trabalhava para o tráfico de drogas local, nessa mesma favela. O relato, num tom simplório do agente comunitário de referência, era de que ele acompanhava Mariana quando a mesma ainda morava fora da comunidade, há sete anos, quando ela ainda prestava serviços externos ao tráfico (transportava mercadorias quando solicitado). Nos últimos anos, Mariana passou a ser procurada pelo sistema judiciário, e por isso mudou-se para dentro da comunidade, integrando oficialmente a facção daquela região. Desde então, segundo o ACS, a mesma largou o marido, se assumiu lésbica, juntou-se com Carla, e há alguns anos viviam as duas em uma casa, com os filhos biológicos de Mariana (uma adolescente de 15 anos e um garoto de 3 anos). A nossa visita domiciliar não era para Mariana, mas sim para Carla, que segundo o agente comunitário de saúde me informava, Carla andava se queixando de dores nos glúteos por injeção de hidrogel, e dores de cabeça. Por Mariana ser procurada pelo sistema judiciário, Carla preferia só ir à unidade de saúde em último caso, pois o serviço localiza-se fora da comunidade, e, visto que são casadas, ela tinha medo de sofrer uma interceptação policial ou de membros de facção rival no trajeto entre sua casa e a unidade de saúde.

Quando chegamos à casa delas para atender Carla, a mesma se apresentou a mim, e disse que a casa era composta apenas de sala, cozinha pequena e um banheiro. E convidou a mim e aos agentes comunitários para a sala, onde Mariana estava dormindo. Carla começou explicando que Mariana estava dormindo àquela hora da tarde porque durante a madrugada ela havia ficado responsável pelas vendas de drogas numa meta estipulada – e alcançada – pelo chefe do tráfico no valor de 165 mil reais, bem como responsável por fazer a segurança desse dinheiro. Por isso, tínhamos que realizar o atendimento no mesmo ambiente em que Mariana estava dormindo. Observei ser de fato o único local possível para o atendimento, e aceitamos.

Carla começou falando sobre as dores das injeções de hidrogel, e que o médico do tráfico havia dito que por 9 mil reais conseguiria mediar uma cirurgia para a retirada desse produto de seus glúteos. Perguntei então que médico era esse, e ela me explicou que quando alguém do tráfico se feria gravemente na comunidade, Mariana possuía o contato de um médico que cobrava 12 mil reais para entrar na comunidade e fazer os procedimentos, que, por acaso, ocorriam ali mesmo naquela sala em que estávamos. Nesse ponto da conversa, Mariana, que estava cochilando, se levantou, nos cumprimentou cordialmente, e como quem estivesse participando da consulta desde o início, disse que iria explicar melhor: Ela própria, Mariana, era a cirurgiã dos pequenos machucados dos membros do tráfico, e que ela realizava ali em sua sala mesmo. Enquanto falava, Mariana foi à cozinha, mexeu aparentemente embaixo da pia, e voltou com uma caixa de instrumentos cirúrgicos para me mostrar: “Aqui, doutor assistente social, tem tudo que eu preciso quando o problema é leve: um corte, uma bala de raspão” (sic). E continuou explicando que quando avaliava que o ferimento era profundo ou grave, era sua função entrar em contato com o chefe local do tráfico, explicar a situação, e articular para o médico externo vir com sua equipe, ao custo de 12 mil reais “só para entrar na favela” (sic).

Explicações feitas, quando retomamos à queixa de dor de cabeça de Carla, ela começou dizendo que se tratava de uma dor que não passava nunca, persistia 24 horas por dia. E então trouxe uma cesta com diversos remédios para dor, bem como medicações psicotrópicas devidamente receitadas pela médica da atenção primária, mas que, segundo a mesma, pouco surtiam efeito. Procurei entender melhor essa dor de cabeça, afinal, expliquei que não era aceitável uma dor que não cedia em momento nenhum há anos, e falei que nós iríamos solicitar uma avaliação com médico neurologista. Nesse momento ela se exaltou um pouco, dizendo: “Eu vou falar a verdade, doutor, tu tá aqui, tu tem que saber a verdade. A minha dor de cabeça existe há anos e não passa porque quando a Mariana fica irritada ou enciumada, ela bate na minha cabeça com o fuzil!” (sic). Mariana então respondeu: “Ela me deixa nervosa! Ela sabe que quando solta fogos é sinal de Polícia ou invasão, e que eu preciso correr até o chefe do

tráfico para fazer a segurança pessoal dele, eu boto meu corpo à frente do dono da comunidade quando tem tiro aqui dentro, tenho que proteger ele! Não adianta a Carla ficar desesperada achando que eu vou morrer, minha função aqui é essa, botar meu corpo à frente. Aí ela fica nervosa, preocupada, e eu fico estressada e dou na cabeça dela” (sic).

O cenário então era o seguinte: Eu havia descoberto que estava na casa de uma pessoa da mais alta confiança do chefe do tráfico, que não só fazia a segurança do dinheiro das vendas como também a segurança pessoal do chefe nos momentos de maior risco. E que o local em que estávamos realizando aquele atendimento era o mesmo em que aconteciam os procedimentos cirúrgicos dos traficantes feridos, nas mais diversas gravidades. E, por fim, que o problema clínico que mais justificava a solicitação da nossa equipe àquela casa naquela circunstância, era uma dor de cabeça causada por violência doméstica com um fuzil. Eu então juntei o que pude das minhas forças para estabelecer um acordo entre as duas, para que não houvesse mais episódios de violência, muito menos instrumentalizados por um fuzil. Além disso, o ACS de referência e eu nos comprometemos a conseguir junto à equipe ESF o encaminhamento para o neurologista, pois precisava ser avaliado se havia sequelas desses atos de violência que Carla recebia de Mariana. Também nos comprometemos, enquanto equipe ESF, encaminhá-la ao cirurgião plástico para resolver o problema do hidrogel.

Na hora de irmos embora, Mariana nos presenteou com um pedaço caprichado de bolo, que ela havia mandado sua filha comprar para nos servir, bem como um copo de Coca Cola, pois segundo ela, nenhuma visita saía de sua casa sem comer bolo e beber refrigerante, pois assim sentem que são bem vindos e que devem voltar.

Enquanto eu voltava para casa, no trem, pensando na complexidade dessa visita domiciliar, que em nossa compreensão de cuidado era efetivamente um caso de saúde mental – lembrando que entender esse caso como de saúde mental não é uma compreensão hegemônica na área da saúde, mas era uma concepção que nós da equipe ESF e NASF naquele território apostávamos – eu só conseguia pensar que absolutamente nada daquilo seria possível se não houvesse um histórico excelente de acompanhamento e de confiança dessas usuárias com aquele agente comunitário de saúde. Ele foi a peça fundamental que viabilizou que esse caso, que não tinha condições de acompanhamento na rede especializada de saúde mental – visto que elas não saíam de dentro da comunidade e não confiavam em pessoas externas (como profissionais do CAPS, por exemplo) para trazer essa realidade, narrativa essa que só veio de forma rápida e direta no atendimento em função da confiança que tinham no ACS de referência delas – pudesse efetivamente ser visto e cuidado em saúde mental pela atenção primária. Se

não houvesse uma trajetória relacional de confiança entre elas e ele, nada disso sairia da invisibilidade.

Desse modo, efetivamente a curto prazo conseguimos que Carla passasse a ser acompanhada pelo cirurgião plástico no SUS, e a médio prazo ela finalmente conseguiu terminar seu relacionamento abusivo com Mariana, e alugar uma casa para si. O agente comunitário diz que nossa visita e o acompanhamento posterior da equipe ESF sobre os problemas de saúde de Carla fizeram ela dimensionar os riscos que havia se habituado a viver, e então efetivamente se movimentou para não estar mais casada com Mariana.

Um adendo importante é que logo após esse atendimento, na parte da noite, quando estava em casa processando todas as questões complexas que apareceram e os riscos que havíamos corrido – afinal, aquela casa certamente era visada pela Polícia; ou, ainda, se não fosse o forte vínculo do ACS com elas, a discussão do relacionamento delas poderia ter terminado em algum tipo de violência na nossa presença – um “resfriado” que eu estava ganhado uma força impressionante em mim, minha energia ficou baixa, tive febre forte, e na manhã seguinte precisei passar em um atendimento médico, onde fui diagnosticado com pneumonia. Naquela ocasião, eu percebi claramente o impacto da experiência dessa visita domiciliar na minha saúde, na minha queda brusca de imunidade. É claro que eu não posso responsabilizar uma experiência de campo a uma pneumonia. Os sintomas de resfriado já existiam, indicando que eu já não estava muito bem de saúde. Mas o impacto físico que eu senti quando cheguei em casa após essa experiência, foi de uma intensidade impressionante. Quando isso aconteceu, em agosto de 2019, eu já estava estudando sobre o método da cartografia, e esse campo já era meu cenário de estudo, além de prática, e tanto no momento em que fiquei mal em casa na noite do dia da visita, quanto na manhã do dia seguinte quando o médico diagnosticou pneumonia, eu me lembro de refletir sobre todos esses fenômenos: as usuárias dessa cena; o caráter fundamental de vínculo e de confiança que elas tinham com o ACS; a importância para elas de eu ter podido ocupar aquela cena; a minha saúde como trabalhador; e o meu olhar sobre tudo isso como pesquisador, parecia a visão de uma salada temperada, onde por mais que os ingredientes tivessem os sabores mais distintos entre si, na salada já não era mais possível diferenciar bem os ingredientes. Certamente todos daquela cena tinham sido afetados pelos demais de alguma forma. Ninguém saiu igual entrou naquele atendimento. Eu me lembro que, naquela exata conjuntura de ter me sentido efetivamente parte da salada, me recordar claramente da passagem de Barros e Kastrup (2015), sobre a descrição das sensações do campo no caminhar do cartógrafo, chega “um momento em que não é mais um sujeito pesquisador a delimitar seu objeto. Sujeito e objeto se fazem juntos, emergem de um plano afetivo.”

(BARROS e KASTRUP, 2015, p. 73). Na sensação de “ser salada” que eu tive naquela ocasião, eu me senti além de trabalhador, de alguma forma, estranhamente, cartógrafo. Enquanto eu vivenciava aquela consulta – que demorou quase três horas e que parecia durar um dia inteiro – e também imediatamente após eu ter saído do território aquele dia, completamente afetado, a sensação que eu tinha era a de estar assistindo a um filme sobre vulnerabilização, território, riscos e vínculo. Só que nesse filme, eu o assistia como personagem do lado de dentro da tela, e não como expectador. Possivelmente porque de alguma forma me senti muito vulnerável.

Por outro lado, fico pensando, se uma queda de energia vital diante de uma experiência nessa intensidade pôde ter sido significativa para um agravamento das minhas condições de saúde no turno da noite daquele dia, como deve ser para os agentes comunitários de saúde, que além de fazerem visitas domiciliares com esse nível de complexidade muito frequentemente, ainda por cima moram naquele mesmo território – com marcas importantes de violências – junto às suas famílias? A saúde desses profissionais eu acho que é um elemento cuja importância não se pode perder de foco em momento nenhum.

Nessa mesma direção, eu me lembro de outro ACS dessa mesma equipe do caso de Carla, um profissional que sempre foi bastante próximo a mim, me chamando num canto um dia após o horário de almoço, e dizendo: “Tiagão, eu vou te falar uma coisa difícil de se falar. É algo para você não esquecer nunca mais na sua vida toda. Pra você nunca ter dúvida.” (sic) Eu, percebendo que se tratava de algo importante, aguardei atentamente ele falar, e o mesmo disse: “Nunca, nunca, nunca a gente se acostuma com essa violência, Tiagão. Todo mundo que mora dentro da comunidade sonha sair disso aqui” (sic). Eu então peço pra ele me explicar mais, afinal, tem tanta gente diferente morando na favela. Ele continua: “Até os que tem as melhores casas, os melhores carros, plano de saúde, filhos em colégio particular, ninguém aqui se acostuma com esse negócio de agitação e tiro, meu irmão” (sic). E finaliza: “A gente finge que se acostuma porque aqui estão nossos laços de família e as condições de vida que a gente pode ter. Mas o sonho de geral é um só: sair da favela, dos tiros” (sic). Mesmo considerando que um profissional/morador não represente a opinião de todos os ACS e moradores da comunidade, há nessa fala um aspecto que deve nos levar a nunca enxergar o lugar do profissional ACS como um lugar romântico. Sob lógica afim, Piccinini (2012), em seu estudo cartográfico com um grupo de agentes comunitários de saúde, ressalta que esses profissionais indicam que a categoria profissional dos ACS é insuficiente para amparar, sozinha, “as expectativas da Atenção Básica” (PICCININI, 2012, p. 77). Portanto, a primeira coisa que eu tenho a dizer sobre o lugar desses profissionais, observando pelo prisma da minha experiência, é que se trata de um lugar difícil o que eles ocupam. Há muita pressão sobre a centralidade deles

no processo de trabalho da atenção primária. Além disso, ficam com a vida profissional e a particular num espaço híbrido, exposto, que além de ser vulnerável sob os aspectos territoriais, também o é sob os aspectos das relações que se estabelecem em nome do fazer profissional cotidiano. Então, para mim, é um lugar delicado, e que precisa de cuidado dos demais profissionais, dos gestores (dos mais diferentes níveis de gestão), da área acadêmica, da Saúde Coletiva e do Estado.

Toda a minha experiência como profissional de uma equipe NASF foi atravessada pela percepção de que os ACS eram fundamentais para o campo da atenção primária. Devido à proximidade com a população de suas áreas de referência, e ao fato de terem uma linguagem acessível a esse público, vias de acesso eram construídas o tempo inteiro. Barreiras de acesso também ocorriam, como acontece com todos os profissionais em todos os serviços de saúde, mas na experiência que eu tive, as barreiras de acesso eram percentualmente muito poucas, em comparação às vias de acesso que eram abertas diariamente pelo encontro vivo em ato desses profissionais com os usuários.

Como a equipe NASF só foi implementada nesse território em 2015, a nossa chegada foi muito esperada pelos profissionais, em especial pelos agentes comunitários de saúde. Diferente de outros relatos que conhecíamos à época, de algumas equipes NASF que passavam por certa competição de poder com os ACS, a nossa realidade era de completa cooperação profissional, proximidade e respeito. Os agentes comunitários de saúde reconheciam na equipe NASF caminhos para potencializar o cuidado de casos complexos do território. Então eles compartilhavam os casos conosco, e a gente caminhava na construção de cuidado junto com eles. Eu não me lembro de ter tido dificuldade com um profissional ACS para o acompanhamento de algum caso de saúde mental, ou seja, não tive experiência de ser embarreirado por esses profissionais. E o nosso trabalho da equipe NASF dependia muito do deles, fosse matriciando os casos e supervisionando o acompanhamento deles nos mesmos; fosse marcando ou remarcando consultas, interconsultas, visitas e até grupos (o que tem um lado negativo importante que é o uso da força de trabalho do ACS para trabalhos burocráticos, mas que por outro lado, quando dávamos um jeito de fazer essas combinações sem ser por eles, eles reclamavam por não estarem acompanhando esses pequenos movimentos em torno do cuidado); fosse ainda quando nem o usuário, nem nós do NASF, nem o médico e o enfermeiro sabia como lidar com determinada dificuldade que se apresentava no caso, pois nesses momentos, os ACS, devido ao conhecimento sobre a história de vida e das redes de apoio dos usuários, frequentemente conseguiam sugerir soluções potentes que nem todos nós juntos conseguíamos.

Para complementar a discussão sobre os agentes comunitários de saúde, faremos a seguir uma articulação com Luiz Cecílio (2011) sobre cuidado em saúde. É muito importante destacar que nessa discussão aparecerão elementos fundamentais da minha experiência de campo como profissional NASF, mas que achei mais adequado abordar nessa seção e não na anterior sobre o NASF.

Cecílio (2011) aborda o cuidado utilizando o conceito de gestão do cuidado em saúde, que ele define como a oferta de tecnologias de saúde considerando a necessidade individual do usuário, em determinado momento de sua vida, para que ele possa viver de forma autônoma, saudável e feliz (CECÍLIO, 2011, p. 589). No entanto, para o autor, a gestão do cuidado em saúde deve ser realizada considerando que se trata de múltiplas dimensões do cuidado, a saber: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária.

A dimensão individual é a que considera a potência que o usuário tem de cuidar de si mesmo, a forma com que ele conduz sua vida, seus desejos, sua autonomia, os caminhos que ele toma em sua trajetória. Para Cecílio (2011), essa é a dimensão central do cuidado.

Na prática dos serviços de saúde em que estive lotado como profissional NASF, frequentemente os profissionais discutiam os casos e elaboravam PTS sem considerar a dimensão individual do cuidado, e não se davam conta disso. Então uma pergunta que era sempre necessária a gente do NASF fazer aos profissionais ESF era: “Isso que você está dizendo que é o melhor, será o melhor para quem?” E sem perceber, os profissionais muitas vezes, em especial nos casos de saúde mental, priorizavam os elementos que seriam melhores para a família, ou caminhos que na realidade seriam mais práticos para a própria equipe de saúde ter menos trabalho no processo de cuidado. É claro que as famílias e até as equipes de saúde são importantes de serem pensadas na construção de um PTS – não à toa, como se verá a seguir, também existem essas dimensões de cuidado segundo Cecílio (2011). No entanto, não se pode ignorar a prioridade do sujeito nesse processo. Em minha experiência na atenção primária, a importância da dimensão individual frequentemente era esquecida pelos profissionais ESF. Desse modo, perguntar “Isso é o melhor para quem? Por que?” e trazer o usuário para a centralidade do cuidado, era um exercício que eu tinha que fazer continuamente com as equipes no campo.

A dimensão familiar do cuidado “é aquela que assume importâncias diferentes em momentos diferentes da vida das pessoas” (CECÍLIO, 2011, p. 591). Considera-se aqui, em especial, as relações que o usuário tem com a sua família, seus amigos e seus vizinhos. Afinal, no processo de cuidado é essencial considerar como se configuram as redes relacionais do indivíduo, identificando em sua vida afetos, vínculos, parcerias, conflitos etc.

Em minha opinião, essa dimensão é possivelmente a maior vantagem – ou potência de cuidado – que o campo da atenção primária tem em comparação ao cuidado realizado pelos serviços especializados (redes secundárias e terciárias), no que se refere ao cuidado de usuários com transtornos mentais. E foi em especial pensando nessa dimensão que optei por Cecílio para dialogar com a pista dos agentes comunitários de saúde, pois esses profissionais, via de regra, moram no mesmo território que os usuários dos serviços. Ouvir frases como “conheço esse homem desde moleque”, “eu estudava com ela no colégio”, “a gente joga futebol juntos até hoje”, “eu sou madrinha dela”, “essa é a melhor amiga da minha mãe” eram rotineiras no cotidiano dos serviços da atenção primária em que eu ficava lotado. Conseqüentemente, quando os profissionais vão pensar sobre o cuidado dos pacientes e construir o PTS junto com os mesmos, os ACS frequentemente evocam à discussão elementos que eles conhecem sobre as redes dos usuários. E eu não percebia que isso aparecia, na minha experiência, como algo invasivo. Na realidade, invasivo era, afinal, os ACS são pessoas no território que sabem muitas coisas da vida das pessoas. Esse fenômeno não gerou problemas aparentes, na minha experiência nesse campo, mas nem por isso deve-se perder de vista o quanto pode ser invasivo uma pessoa no território acompanhando boa parte da vida das pessoas. De modo geral, os usuários das unidades em que eu estava lotado compreendiam que fazia parte do trabalho dos ACS trazer essas informações para planejar o cuidado, e legitimavam os elementos e as sugestões que os ACS traziam sobre suas redes relacionais à discussão dos casos. É imprescindível lembrar que devido ao fato de a atenção primária estar tão próxima ao território, cuidando das famílias como um todo, é muito comum que os demais profissionais – como enfermeiros, médicos, dentistas, gerentes, profissionais do NASF etc. – também tinham bons conhecimentos sobre as redes relacionais dos usuários, mesmo que não fosse tão potente quanto o domínio que os ACS costumavam ter sobre tais redes.

A dimensão profissional que Cecílio (2011) aborda é que trata efetivamente da relação entre o profissional e o usuário. Segundo o autor, é o produto do encontro privado entre o paciente e o trabalhador da saúde, e “nucleia o território da micropolítica em saúde” (CECÍLIO, 2011, p. 591). Essa dimensão muito se assemelha às tecnologias leves de cuidado apresentadas por Feuerwerker e Mehry (2009) na seção sobre o NASF. Cecílio (2011, p. 591) explica que a dimensão profissional é regida fundamentalmente por três aspectos, a saber: 1) A competência técnica do trabalhador em sua categoria profissional, de modo a possibilitar a compreensão e a produção de respostas às necessidades que o usuário apresenta; 2) A postura ética do profissional, que se expressa através do modo com que o mesmo mobiliza esforços para

responder às necessidades do usuário da melhor forma possível, dentro das possibilidades reais ao alcance do profissional; 3) A capacidade do trabalhador de criar vínculo com o usuário.

Na minha experiência na atenção primária, a dimensão profissional era efetivamente a mais presente no campo. A noção de vínculo, de corresponsabilidade sobre o processo de cuidado do usuário, e a seriedade do compromisso com o trabalho e os casos, ou seja, a ética, era consistente na direção de trabalho da grande maioria dos profissionais. De modo geral os trabalhadores tinham noção da potência do encontro deles com os usuários, bem como conheciam a potência dos efeitos de escuta e das intervenções clínicas que realizavam junto aos pacientes. Eu não posso dizer que isso era uma característica que aparecia de forma homogênea, até porque uma parte dos trabalhadores no campo tem dificuldade de se deixar encontrar, afetivamente falando. O desafio dessa dimensão é exatamente o fato de que o produto do encontro afeta tanto o paciente quanto o trabalhador. Mas a dificuldade em se deixar afetar não era uma questão que acometia a maior parte dos profissionais, mas sim, uma minoria. Nos casos dessa minoria, a tendência era de os casos serem acompanhados ou com pouca implicação e pouco esforço, ou recorrendo a estratégias mais burocráticas, ou prescritivas, ou, ainda, apegadas a fluxos pré-estabelecidos. Em minha concepção, quando o trabalhador não consegue executar a dimensão profissional do cuidado, muito provavelmente ele também tende a perder a dimensão individual, visto que há grande risco de ele promover o cuidado retirando o sujeito da centralidade.

Por outro lado, no caso da Carla aqui apresentado, fica evidente a capacidade que o ACS de referência no caso tem de estabelecer vínculo, bem como seu grande compromisso ético e sua competência técnica para compreender e construir uma via de cuidado para um caso com tal nível de complexidade.

A dimensão organizacional do cuidado, segundo Cecílio (2011), é a que se realiza dentro do serviço de saúde, e que está diretamente relacionada à divisão técnica e social do trabalho (Cecílio, 2011, p. 591). Trata-se dos espaços colaborativos entre os profissionais, que acontecem no serviço para as discussões, planejamentos, avaliação e gestão do trabalho, como as reuniões de equipe, reuniões técnicas, reuniões gerais, criação de fluxos, avaliações etc. O autor destaca que esses espaços são frequentemente marcados “pelo dissenso, pela diferença, pelas disputas e pelas assimetrias de poder” (CECÍLIO, 2011, p. 591).

Na minha experiência no campo, a dimensão organizacional do cuidado aparecia em diversos formatos. Vale a pena destacar o principal deles, que eram as reuniões de equipe ESF, com a participação dos ACS, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal e profissionais da equipe NASF. Havia discussão de casos, organização do processo

de trabalho da equipe, organização e reforço de fluxos, planejamento e avaliação do trabalho etc. Eu acompanhava oito equipes, e a forma com que as reuniões ESF aconteciam eram significativamente diferentes em cada equipe.

Apesar das singularidades das equipes do campo, nas reuniões de equipes ESF algumas características apareciam de forma bastante similar, a saber: o lugar dos enfermeiros, dos ACS, dos médicos e do NASF. De modo geral, os profissionais de Enfermagem tinham centralidade no que se referia à organização das ações que compõem as reuniões ESF, de modo que usualmente esses profissionais eram considerados os “chefes da equipe”. Os enfermeiros das equipes ESF em que eu estive lotado tinham um papel praticamente cristalizado de intermediar as demandas que as gestões dos níveis local e central faziam às equipes ESF. Desse modo, o profissional da Enfermagem tinha um papel de poder sobre os ACS e técnicos de enfermagem.

Os ACS, por sua vez, eram as figuras sobre as quais as reuniões ESF tendiam a girar em torno, pois o papel deles nas equipes e nos territórios com ESF é de suma importância.

Ainda que, na minha experiência, os enfermeiros fossem centrais na organização das equipes, os ACS eram os sujeitos mais importantes no desempenho das ações ali discutidas e definidas. Consequentemente, possuem voz ativa nas reuniões, e a propriedade que os mesmos têm sobre o território, os usuários e os casos, lhes conferem efetivamente um lugar especial nas reuniões de equipe ESF. Consequentemente, as reuniões ESF giravam em torno desses profissionais. Essa característica da centralidade dos ACS talvez tenha aparecido de forma homogênea na minha experiência no campo da atenção primária.

Os médicos, por sua vez, tinham um baixo percentual de participação nas reuniões de equipe ESF, por diversos fatores, a se destacar: 1) A grande maioria tinha carga horária semanal de 20 horas, em comparação aos demais profissionais da equipe ESF, que trabalham 40 horas semanais. Isso causava grande demanda de atendimentos na carga horária dos mesmos, e eles frequentemente acabavam negociando com as gerências e equipes ESF de atender pacientes no horário da reunião, e depois serem “informados” sobre as deliberações; 2) Em muitos casos, alguns mostrando mais e outros menos claramente, eles simplesmente não se interessavam em participar das reuniões e escolhiam atender pacientes mesmo sem haver grande demanda de usuários, pois como naquele território as equipes chegavam a ficar mais de um ano sem conseguir alocar profissional médico, os profissionais da categoria médica usavam essa diferença de poder para simplesmente não se implicarem nas reuniões e nos processos de trabalho das equipes. Apenas os médicos mais implicados – assim como o único médico que esse território teve com Residência em Medicina da Família e Comunidade ao longo dos quatro

anos em que estive no campo – é que participavam rigorosamente das reuniões ESF, ou seja, eram a minoria.

E finalmente vale destacar o lugar dos profissionais NASF nas reuniões de equipe ESF. No presente campo, de modo geral a equipe NASF era muito bem quista e bem vista pela grande maioria dos profissionais. Existia em nossa equipe um certo tom de desconstrução da lógica puramente biológica dos profissionais ESF, só que a maior parte das vezes as demais categorias profissionais ESF se dispunham a considerar esses elementos, e os profissionais NASF procuravam chegar a uma construção conjunta com as demais categorias profissionais, para não parecermos autoritários, respeitando os pontos de vista, mas sem abrir mão do nosso. Em minha trajetória houve momentos em que alguns médicos específicos entraram num jogo de disputa de poder com o NASF – quase sempre com vias de prestar cuidado com o menor esforço possível, ou, algumas vezes, com direções punitivas aos usuários – e a nossa saída enquanto equipe NASF era levar a discussão de uma forma mais rígida para os princípios da PNAB, e cobrávamos que os encaminhamentos e os cuidados fossem orientados por tais princípios. Conseqüentemente, algumas vezes acompanhávamos o processo de cuidado de determinados casos realizados pela equipe ESF durante alguns meses, nos certificando de que a direção de cuidado que estava sendo mantida correspondia aos princípios éticos e clínicos mais adequados. Ao meu ver, não se tratava de fazer policiamento sobre a prática profissional do outro, mas sim, de forma transparente pedir retornos a esses profissionais sobre o processo de cuidado ofertado por eles a determinados usuários, visando impedir barreiras de acesso de cuidado, bem como buscando garantir que o cuidado realizado estivesse dentro dos princípios éticos, sendo essa uma competência do próprio processo de matriciamento. Felizmente essas situações aconteceram bem poucas vezes ao longo dos quatro anos em que estive no NASF.

A penúltima dimensão do cuidado que Cecílio (2011) trata é a sistêmica, caracterizada pela construção de rede com outros serviços de saúde, dos diferentes níveis de complexidade, através de compartilhamento de casos, encaminhamentos, pactuações de fluxos e construção compartilhada de PTS, com vistas a promover integralidade do cuidado aos usuários.

A dimensão sistêmica do cuidado apareceu de maneiras bastante diferenciadas na minha experiência no campo. O primeiro elemento a se considerar é que me parecia que os profissionais quem tinham conhecimento de rede, de oferta de serviços, e se colocavam à disposição, seja para compartilhar esses saberes de serviços e fluxos aos demais, seja para efetuar ações que estabelecessem conexão com os demais serviços de saúde, tinham seu lugar de poder reconhecido pelas equipes. Mas afinal, que profissionais eram esses?

Em primeiro lugar, me refiro a uma boa parte dos médicos e enfermeiros, que no fluxo da rede de atenção primária do Rio de Janeiro são as duas únicas categorias profissionais que tem autorização para fazer encaminhamentos de usuários através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG). É através desse sistema que a maior parte dos encaminhamentos para outras especialidades são realizados. A minha sensação era de que ter uma senha do SISREG significava ter poder naquele campo. Ao mesmo tempo, essa atribuição tomava um tempo grande e valioso dos médicos e enfermeiros, e frequentemente gerava sobrecarga de trabalho e sofrimento a eles.

Ainda sobre o SISREG, havia uma variedade de encaminhamentos – realizados pelos médicos e enfermeiros – que tinham que passar necessariamente por alguns profissionais do NASF, em especial dois tipos: 1) Os encaminhamentos para os ambulatórios de Psicologia e Psiquiatria tinham que passar por algum profissional de saúde mental do NASF, ou seja, assistente social, psicólogo ou terapeuta ocupacional; 2) Os encaminhamentos para os serviços de Ortopedia e reabilitações tinham que passar pela equipe de reabilitação do NASF, ou seja, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Até aqui, concordávamos perfeitamente com esse fluxo, afinal, uma vez que tem especialistas dessas áreas no campo, eles devem fazer avaliação junto às equipes ESF e construir PTS com encaminhamentos qualificados, para diminuir o risco de o usuário ser encaminhado para serviços que não são os mais adequados às suas necessidades. Como não tínhamos acesso ao SISREG, o fluxo era atender o caso e evoluir no prontuário eletrônico que a indicação era de encaminhamento para determinada especialidade. Nos casos dos encaminhamentos para os ambulatórios de Psicologia e Psiquiatria, os profissionais do SISREG responsáveis por avaliar os encaminhamentos muitas vezes entravam no prontuário eletrônico do usuário para ver se havia tido aquela consulta do NASF a indicação de encaminhamento, e em caso de não haver, eles negavam a vaga e orientavam ao médico e a enfermeira a primeiro solicitar avaliação do profissional de referência do NASF. Foi através disso também que, em alguns momentos, descobríamos que os médicos muitas vezes referiam no encaminhamento que o usuário passou pelo NASF, quando jamais o caso foi discutido conosco. Essa situação de encaminhamento médico com a mentira de que havia passado o caso pelo NASF não era frequente, mas também não era muito raro. Quando indagávamos o motivo, já ouvimos respostas bastante diferentes, desde que conheciam o problema e tinham propriedade para fazer aquele encaminhamento específico; que o caso era urgente para ainda passar por consulta do NASF; ou ainda que o NASF é muito ocupado e sobrecarregado, e que avaliavam que aquele caso não era tão prioritário etc. Eu acho que isso é um analisador que não é simples, que passa desde alguns médicos não estarem a fim de matriciamento; ao fato de a

agenda do NASF muitas vezes estar concorrida e sobrecarregada. Por outro lado, alguns médicos mais interessados e éticos, muitas vezes pediam um matriciamento para o melhor encaminhamento do caso, em discussões de caso que as vezes só precisavam de 10 ou 15 minutos, em especial para reabilitação física. E tudo bem quanto a isso, as vezes é o tempo possível frente à urgência que o caso requer, e para esses médicos, mentir na solicitação não era necessário, eles se adequavam ao matriciamento que era possível naquele momento.

A maior parte da articulação de rede dos casos de saúde mental não passava pelo SISREG, pois os CAPS não estão no fluxo do SISREG. De modo geral, eram os profissionais do NASF que articulavam rede com os CAPS, salvas as exceções de alguns enfermeiros mais implicados. No momento de compartilhar o caso, os próprios CAPS solicitavam que isso fosse feito pelos profissionais da equipe NASF. Existe uma linguagem da saúde mental que é específica, tal qual uma lógica de cuidado que não é de tão simples compreensão para os profissionais da atenção primária. Alguns profissionais da atenção primária, orientados pelo NASF, tentavam discutir e articular com os CAPS, mas havia pressão dos dois lados. O lado da atenção primária, muitas vezes se sentindo insegura e pouco apropriada para responder às questões que os profissionais do CAPS colocavam; e os profissionais dos CAPS pressionando para que o NASF assumia a dianteira dessa articulação.

Há no desenho acima um desafio a ser considerado: Se do lado da atenção especializada o NASF aparece como um interlocutor com a atenção primária, e do lado da atenção primária o NASF é colocado como a principal porta de acesso à rede especializada, para onde vai a lógica matriciadora? Como fica essa rede, num cenário de desmonte da atenção primária com redução e extinção de equipes NASF? Essa era uma dificuldade que na minha experiência conseguimos avançar pouco. Os profissionais das equipes ESF se diziam sobrecarregados para tirar um turno para ir a uma discussão de casos em reunião intersetorial, e quando forçávamos, diziam que essas ausências geravam consequências nas metas que tinham que cumprir. Quando falávamos sobre isso com as gerências das unidades, elas diziam liberar o profissional ESF para ir, mas não terem autonomia para diminuir as metas daquele profissional junto ao nível central de gestão, ou seja, de fato as ausências recaíam no profissional da equipe ESF. E até mesmo nos contatos telefônicos com os CAPS, quando solicitávamos que o próprio profissional ESF fizesse aquele contato, a maior parte das vezes o CAPS entrava em contato diretamente com o NASF, de certa forma passando por cima do esforço do profissional da equipe ESF em se colocar à frente no compartilhamento e discussão do caso. Eu entrei e saí do campo sem saber qual a solução para esse impasse. De toda forma, em minha opinião, as articulações com a rede

de saúde mental conferiam ao NASF um certo lugar diferenciado de poder nos serviços e na rede como um todo.

A societária é a última dimensão de cuidado que Cecílio (2011, p. 592) apresenta, que se refere à forma com que as políticas sociais, em especiais as de saúde, se configuram no cuidado ao usuário, representadas pelo papel do Estado.

No território do campo aqui retratado, o Estado está presente de algumas formas na vida dessa população, mas nenhuma plenamente satisfatória, ao meu ver. Há apenas três escolas públicas no território coberto pelas equipes ESF que eu era referência (uma dentro da comunidade e duas fora da comunidade). Isso fazia com que grande parte das pessoas tivessem que se deslocar até outros bairros para terem aula, pois não há vagas para todos os alunos da região.

No campo da Assistência Social, não há nenhum serviço nesses bairros. No entanto, num bairro vizinho há um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), e grande parte das famílias do território recebiam o benefício do Bolsa Família. Os valores pagos por família variavam entre R\$78,00 e R\$450,00, sendo que os valores mais altos recebiam as famílias que além de terem uma composição numerosa de pessoas, tinham bebês em fase de amamentação, crianças em idade escolar, gestantes e adolescentes na composição. Essas são as variáveis para aumentar o benefício. Dividindo o valor do benefício pelo número de moradores do domicílio, o valor per capita dificilmente passava de R\$50,00. Essa limitação de recursos financeiros tem impactos muito significativos tanto na má condição de promover a saúde, quanto no processo de cuidado dessa população.

Na área da segurança pública, o Estado é presente nesse território em especial de duas formas: 1) Pelos conflitos armados contra a facção criminosa local, produzindo ao cotidiano dessas pessoas cenas de tiroteio, humilhações, arrombamentos de casas à procura de traficantes, furtos de objetos e bens nas incursões dentro dos domicílios. Uma cena frequente e assustadora era em alguns momentos na unidade de saúde, quando alguns moradores eram avisados que a polícia entrou e estava arrombando as casas, os ACS moradores da comunidade ficavam enlouquecidos com o risco de policiais entrarem em suas casas, e furtarem seus pertences. Conseqüentemente, esses trabalhadores saíam em disparada da unidade de saúde – onde estávamos todos fisicamente seguros, fora da zona de risco – e corriam em direção às suas casas, muitas vezes entrando nas cenas de tiroteio no caminho, para não deixarem a casa sozinha e não correrem o risco de terem seus bens afanados por policiais; 2) A outra forma que a segurança pública se fazia presente no território, era através de encontros de policiais com membros da facção criminosa local para receber propina. Esses encontros ocorriam à luz do

dia, em carro oficial da corporação policial. É muito importante destacar que, segundo os trabalhadores do território, os policiais que fazem as incursões e trocam tiros com os traficantes de drogas sempre chegam em vários carros, altamente armados e muito violentos; já nos casos em que a Polícia entrava para receber propina, era sempre um único carro oficial, que entra e transita pela comunidade com tranquilidade e segurança, vidros abertos, sorriso no rosto – uma postura incrivelmente cínica para aquela população que tanto sofria com as incursões policiais. Conseqüentemente, uma parte significativa dos casos de saúde mental que acompanhávamos eram sistematicamente agravados tanto pela experiência de tiroteio e violência armada no território, quanto, em algumas situações, pelo sentimento de revolta dos moradores diante da naturalidade com que ocorria o esquema de propina policial na referida comunidade.

No que concerne às políticas de saúde, esses dois serviços da rede de atenção primária são os únicos dos territórios em que estão. Tanto a Clínica da Família quanto o CMS, a meu ver, são serviços extremamente potentes e importantes. No entanto, ambos têm sofrido muito com os cortes realizados pela gestão de Marcelo Crivella. Essas unidades tiveram redução de mais de 30% dos ACS, diminuição de dentistas e técnicos de saúde bucal, extinção da equipe NASF, e na última troca de contratos de OS, realizada em fevereiro de 2020, foi efetuada a troca completa do quadro dos profissionais técnicos de enfermagem, demitindo profissionais de excelente qualidade e grande vínculo com a população (como todos os técnicos de enfermagem daquela região da cidade foram demitidos e substituídos na troca de OS em fevereiro de 2020, o CMS em questão perdeu uma técnica de enfermagem que trabalhava naquele serviço prestando excelente cuidado há mais de 20 anos, quanto a unidade ainda era um serviço dos Médicos Sem Fronteiras). Certamente esses fenômenos tem impacto profundo sobre cuidado dos usuários, que perdem suas referências, e, no caso dos que dependiam do NASF pro cuidado em saúde mental, ficaram efetivamente desassistidos. O acesso às políticas de saúde, que já eram insuficientes, pois não há uma rede de serviços de saúde nesse território, ficou ainda pior com o desmonte da atenção primária. Os danos são imensuráveis, e os profissionais e a população acabam dando um jeito de se adaptar, e resistem a essas violências do Estado.

Como se pôde ver, a maior parte das dimensões de cuidado que Cecílio indica aparecem no caso de Carla: a individual, visto que apesar de ela ser bem próxima à sua ex-esposa, conseguimos que as necessidades dela fossem vistas e cuidadas; a familiar, com a nossa mediação delicada e complexa sobre a necessidade de cessar a violência doméstica que ela sofria; a dimensão profissional, cujo vínculo e confiança no ACS possibilitou tanto que o cuidado fosse realizado, quanto que coisas extremamente delicadas delas e da relação com o

tráfico de drogas fossem compartilhadas conosco; a dimensão organizacional, que se inicia com o ACS compartilhando o caso comigo, compreendendo que havia uma demanda em saúde mental no caso que ele não conseguiria cuidar sozinho, além disso, após a visita domiciliar, discutimos o caso com a médica e a enfermeira de referência da equipe, juntamente com a gerente da unidade de saúde, para pensarmos juntos nas melhores soluções do caso, dada a complexidade e o grau de sigilo que o mesmo requeria. A ideia foi fazer uma única reunião, para pensarmos juntos e rápido nas direções a serem tomadas, a fim de não ser necessário que ficássemos retomando a discussão do caso dentro da unidade de saúde, para não haver ecos desnecessários; e finalmente a dimensão sistêmica, em que conseguimos encaminhamento em poucas semanas para consulta com o cirurgião plástico para iniciar o processo de avaliação e retirada do hidrogel dos glúteos da mesma, bem como conseguimos encaminhamento para o neurologista, garantindo à usuária o direito de ser cuidada como cidadã pelo SUS, sem precisar pagar uma alta quantia para o médico externo acionado pelo tráfico de drogas local.

Reforço que todo esse processo de cuidado só foi possível devido aos elementos que fazem dos ACS pessoas fundamentais no campo da atenção primária, através da proximidade com o território, vínculo e confiança, sensibilidade para entender quando é necessário e possível entrar de forma mais direta em problemas tão delicados, identificando a emergência do caso, acionando a equipe de forma adequada, cuidando de todo o caso com grande competência ética, reforçando, desse modo, que na busca por potencialidades do cuidado em saúde mental na atenção primária, os agentes comunitários de saúde são uma pista que certamente trazem resultados extremamente significativos.

10. Pista interface da atenção primária com a saúde mental, o caso Alessandra e o cuidado segundo José Ricardo Ayres

Prosseguindo com o objetivo de seguir pistas que indicam potencialidades do cuidado em saúde mental na atenção primária, nessa seção trataremos da pista sobre a interface da atenção primária com a saúde mental, guiada pela minha experiência nesse campo. Desse modo, a seção será iniciada com o relato do caso da Alessandra (nome fictício) para abrir a discussão do presente tema, em seguida apresentarei alguns pontos da interface da atenção primária com a saúde mental que foram mais significativos na minha experiência de campo, e para complementar a discussão da minha experiência com o tema em questão, articularemos um diálogo sobre cuidado segundo Ricardo Ayres (2004).

CASO ALESSANDRA

Na minha primeira semana de trabalho no NASF, fui apresentado pela psicóloga da equipe NASF à usuária Alessandra, de 20 anos, negra, psicótica, desorganizada, sem nenhum acompanhamento em saúde mental. A equipe explicou que ela tinha episódios recorrentes de heteroagressividade em casa, com os vizinhos, com o vendedor do bar, e até mesmo com os traficantes de drogas do território. Ela não comparecia aos atendimentos marcados na unidade de saúde, de forma que tínhamos necessariamente que encontrá-la em casa, através de visitas domiciliares.

A rotina de Alessandra era basicamente frequentar os bares da região, e fazer programa com os homens dos bares, em troca de álcool e de cocaína. Desse modo, quando íamos visitá-la de manhã, ela sempre estava acordando já para ir para os bares atrás dessas substâncias, e voltava para casa no período da madrugada, exigindo da equipe uma percepção estratégica do momento para a visita, pois a maior parte do dia ela ficava fora de casa, e no começo da manhã ela estava dormindo e não nos recebia. A mesma não aceitava que entrássemos em sua casa, bem como ela não conseguia manter atenção à nossa conversa. Havia em Alessandra uma clara desorganização do pensamento, e passava-nos uma sensação de que ela era completamente indiferente à nossa abordagem e às nossas intenções, o que compreendíamos ser um sinal importante da psicose. Desse modo, nas visitas à Alessandra, ou ela nos dispensava em poucos minutos, ou simplesmente se cansava, e sem se despedir saía andando, iniciando sua caminhada aos bares. A mãe da usuária, a vizinhança e os agentes comunitários de saúde, diziam que esse era o normal da mesma. Algumas vezes fizemos visitas junto com profissionais do CAPS de referência – que ficava há vários bairros de distância e possuía grande dificuldade de conseguir

carro para ir nos territórios – com o objetivo de tentar aumentar os recursos para um cuidado mais efetivo do caso da mesma, mas o comportamento de Alessandra na presença da equipe do CAPS era exatamente o mesmo que ela tinha conosco da atenção primária.

Bem aos poucos o caso foi evoluindo: conseguimos descobrir que Alessandra fazia uso de álcool e de cocaína principalmente para diminuir as alucinações. Ela também nos explicou que ela chegou com sua mãe e irmã naquele território há alguns anos, fugidas de seu pai, que praticava diversos tipos de violência em casa com todas elas, inclusive sexual. Foram dois anos de visitas à mesma para conseguirmos acessar essas informações, tão fundamentais para a compreensão do caso. Diante de Alessandra ter compartilhado conosco sobre as alucinações, conseguimos negociar com ela o uso de medicação antipsicótica injetável, a qual ela passou a ir à unidade tomar a cada três semanas. Tratava-se de uma evolução lenta do caso, desgastante, com toda uma organização entre mim, a psicóloga do NASF, o ACS da equipe, e as vezes o profissional de referência do CAPS, para que semanalmente houvessem visitas domiciliares, mas que ao mesmo tempo não fosse com uma frequência abusiva para a mesma. Então programávamos quem e quando faríamos as visitas, que continuavam durando em média 5 minutos por semana, que era o máximo que ela conseguia sustentar de atendimento. O caso de Alessandra exigia uma delicadeza clínica custosa para serviços de saúde com grande demanda, porque não podíamos nem ficar presente demais para ela não romper o vínculo, nem de menos para o processo de cuidado não se perder.

Em determinado momento, Alessandra estava bastante desgastada com a rotina intensa de bares, sexo, álcool, cocaína e muita desorganização mental, com muitos episódios de heteroagressividade, colocando as pessoas e a si própria em risco de uma forma muito mais intensa que a forma normal com que ela se colocava em risco na vida, que já eram riscos altos. Foi um momento que o próprio tráfico de drogas estava ameaçando-a de morte devido ao aumento de seus acessos de agressividade. Como o CAPS de referência era tipo II, e não possuía acolhimento noturno, propusemos a ela uma internação psiquiátrica breve, porque ela estava realmente muito mal, para ela ficar num espaço minimamente protegido por um tempo e voltar a organizar os pensamentos, desacelerar, ficar menos irritada. Fizemos junto com ela uma pequena retrospectiva da quantidade de momentos em que ela havia se colocado em risco de morte nas últimas semanas, e ela disse que se fosse conduzida ao hospital na companhia de uma pessoa da equipe ESF, ela aceitava ficar internada até melhorar um pouco.

O SAMU foi chamado, uma profissional de referência do caso dela da equipe NASF a acompanhou até a emergência, onde ela passou por uma avaliação médica na emergência e em poucas horas foi levada para a enfermaria psiquiátrica. Cerca de três dias depois, recebemos a

ligação do hospital com a informação de que Alessandra havia evadido a internação. Horas depois da ligação que recebemos, ela chega à unidade de saúde, procurando a equipe de referência dela, e xingando: “Vocês me levaram para aquele lugar, abusaram de mim lá. O mesmo moço que me dava remédio de dia, abriu minhas pernas no quartinho fechado a noite! Eu faço programa, mas eu faço quando eu quero! Eu não acredito mais na palavra de vocês!” (sic) Tratava-se, portanto, de uma acusação de abuso sexual realizada por parte de um profissional da enfermagem. A atenção primária e o CAPS de referência solicitaram a abertura de uma sindicância para investigar a acusação, mas o estrago do vínculo dela com a equipe da atenção primária e conseqüentemente com o CAPS já estava feito.

Um tempo depois, Alessandra engravidou. Esse era um risco que todos nós conhecíamos, pelo comportamento que ela tinha nos bares. Durante a gravidez ela ficou muito feliz por essa gravidez, foi rigidamente em todas as consultas de pré-natal no CMS, e diminuiu drasticamente o uso de álcool e de cocaína. Ainda assim não aceitava medicação psicotrópica por via oral. Em um dos últimos dias de gravidez, no entanto, ela se desorganizou psiquiatricamente, teve uma crise, não deixou ninguém chegar perto dela ou de seu quarto, e em meio aos gritos e xingos que ela emitia, as pessoas ouviram o bebê chorando. Era final de semana e a unidade de saúde estava fechada. Alessandra teve o filho em surto, sozinha em seu quarto, isolada. O SAMU foi então acionado pela vizinhança, e quando eles chegaram na casa, o relato era que a mesma limpava o bebê lambendo-o carinhosamente, feito felino. Ela então foi levada para uma maternidade com leito psiquiátrico, e nunca mais viu seu filho. A equipe médica havia ficado impactada com o relato dos profissionais do SAMU, e acionaram em caráter emergencial o Conselho Tutelar e o sistema Judiciário, para que ela não tivesse a guarda da criança. O NASF e o CAPS fizeram relatórios contrários a essa decisão, explicando que a gravidez foi exatamente o único momento de organização de vida que a mesma teve nos últimos anos, mas não foi acatada a nossa interpelação. Desse modo, Alessandra não viu mais a criança, e saiu da maternidade mais enlouquecida do que nunca. Sofrendo, portanto, uma segunda violência hospitalar e institucional gravíssima, em um curto período.

Alessandra passou a tentar engravidar nos meses subsequentes, e em determinado momento conseguiu. Dessa vez, a equipe da atenção primária e a do CAPS se debruçou massivamente no planejamento e na execução de um plano para que ela pudesse ter uma gestação tranquila, segura e prazerosa. Para tanto, foi realizado um projeto terapêutico singular junto com a mesma, o CAPS de referência dela conseguiu fazer uma articulação com um outro CAPS, que não é referência em nosso território. Desse modo, ela passava o dia em seu CAPS de referência fazendo atividades terapêuticas, se alimentando bem, e criando e refinando

vínculos com a equipe; e no turno da noite ela era levada pela equipe para outro CAPS, que possui leito de acolhimento noturno, onde ela também ficava aos finais de semana e feriados. Alessandra também foi avaliada como uma gestante de alto risco devido ao histórico de uso abusivo de drogas, então as equipes do CAPS e da atenção primária se revezavam para acompanhá-la às consultas e exames de pré-natal no hospital especializado em gestação de alto risco. Foram sete meses nessa rotina organizacional, até que finalmente teve seu parto no hospital, em perfeitas condições e sem nenhuma intercorrência. Isso foi uma conquista tão significativa para as equipes e para mim, que até hoje eu guardo fotos que tirei com ela e seu bebê em uma visita que eu fiz à mesma na maternidade, num dia 25 de dezembro (o bebê nasceu em 24 de dezembro), para parabenizá-la pelo sucesso da sua gestação e parto, e presenteá-la com panetones e chocolates. Houve um revezamento de profissionais do CMS e do CAPS para visitá-la todos os dias em que estive na maternidade. Além disso, no oitavo mês de gestação, o CAPS organizou um “chá de bebê” para a mesma, que contou com a participação da equipe do CMS.

Dois dias após o parto de Alessandra, que foi normal, a mesma teve alta para o CAPS. E voltou para casa após alguns dias, onde continuou sendo acompanhada pela atenção primária e pelo CAPS de referência, dentro das limitações de transporte da equipe do CAPS. Mas um dos pontos mais importantes, a meu ver, dessa dedicação entre as equipes ESF e CAPS, foi que Alessandra aderiu completamente às medicações via oral – além da injetável que ela já aceitava. Não demorou muito para ela voltar a frequentar os bares e fazer uso de álcool e de cocaína, mas sua mãe nos explicou que todos os dias antes de Alessandra sair de casa (de manhã) e quando voltava da rua (à noite), ela passou a acordar sua mãe e pedir que a mesma lhe desse suas medicações, rigidamente. E quanto ao bebê dessa segunda gestação, ela era bastante carinhosa com o mesmo, nunca nos chegou relatos ou sinais de maus tratos, e ela, com a ajuda da mãe, o levava às consultas que o CMS marcava de acompanhamento do desenvolvimento do bebê.

O que à época havia ficado muito claro para mim é que frequentar os bares, fazer programa, usar álcool e cocaína, se colocar em risco no território, era a forma com que Alessandra sabia se relacionar com o mundo, esses eram os instrumentos que ela tinha para lidar com uma doença grave e invasiva, e com uma trajetória de vida marcada por violências e por muita pobreza. O que ela nos dizia é que ela gostava de ser assim, e eu acho que isso é legítimo. Eu confesso ter tido, à época em que ela teve alta do CAPS para casa, expectativa que ela não se expusesse tanto a esses riscos, mas depois percebi que essa expectativa era minha, que esse problema era meu, e que por maior que fosse a dedicação que nós da atenção primária e a equipe do CAPS tivéssemos tido com a organização para que ela tivesse as melhores

condições de cuidado e de parto, ela continuava sendo a mesma pessoa, com a mesma história, e praticamente os mesmos recursos para lidar com as situações de vida.

Para além de uma reflexão pessoal minha como um dos profissionais de referência do caso de Alessandra, percebi a necessidade de trabalhar essa questão com os profissionais da equipe ESF: há um certo padrão de vida estabelecido entre a área da saúde e seus profissionais, que não necessariamente vai de encontro aos padrões de vida das pessoas que são acompanhadas por essas equipes. Desse modo, conversei – primeiro comigo, depois com eles – sobre a necessidade de a gente, enquanto equipe, não desabonar e perder de vista a evolução do processo de cuidado da usuária: um caso grave sob o aspecto psicopatológico, em que um dos sintomas é exatamente haver uma dificuldade natural de criar vínculos, que incide sobre uma história de vida travessada por diversos tipos de violências e vulnerabilizações, agravada por uma rede de cuidados que não é ruim, mas em que o CAPS fica distante e com dificuldade de conseguir transporte para chegar no território. E mesmo em meio a todos esses elementos, graças à interlocução entre a atenção primária e a saúde mental, Alessandra conseguiu se vincular às equipes ESF e do CAPS, aceitar medicação injetável, ser internada quando achamos necessário, passou por uma violência institucional hospitalar e rompimento de vínculos com a atenção primária e o CAPS, e mesmo assim retomou o vínculo com esses serviços, perdeu a guarda de seu primeiro bebê por outra violência institucional hospitalar, aceitou abrir mão do seu estilo de vida – álcool, cocaína e sexo – para ficar acolhida continuamente em um CAPS durante sete meses (logo ela, que sempre foi livre e saía andando após cinco minutos de atendimento), teve um parto exemplar num ambiente com regras totalmente fora de seus hábitos, passou a cuidar desse bebê da melhor forma possível dentro das suas possibilidades de organização, aderiu completamente ao tratamento medicamentoso, e se manteve vinculada às equipes ESF e do CAPS. Esses foram os elementos que retomei com a equipe de cuidado da mesma na atenção primária, para dizer que caso a gente tirasse por um minuto sequer o mérito dessa usuária ter conseguido passar por tudo isso, só porque ela continuava interagindo com o mundo da única forma que ela sempre soube interagir – álcool, cocaína e sexo – seríamos nós que estaríamos cometendo uma terceira injustiça e violência institucional com a mesma.

Desse modo, o caso de Alessandra traz muitos elementos importantes para se refletir na direção da pista da interseção entre a atenção primária e a saúde mental. A começar com a força do elemento do cuidado territorial, característica central do campo da atenção primária. A facilidade de acesso que os profissionais tinham à casa dela, com visitas domiciliares semanais durante anos, o fato de conseguirem saber os momentos em que ela se colocava mais em risco, obter informações da mesma com a mãe dela e quando necessário com os vizinhos mais

próximos, de uma forma ética e profissional, ao meu ver foram elementos fundamentais para a realização do cuidado de um caso tão complexo de saúde mental na atenção primária, marcado também pelo próprio quadro sintomático da psicopatologia da usuária, que fazia com que ela não percebesse sentido em frequentar a rede especializada em saúde mental, bem como marcado pelo movimento contrário, a dificuldade do CAPS em conseguir estar mais próximo da mesma, por ser distante e não possuir recursos para o acompanhamento mais adequado à gravidade do caso. Esse, portanto, é o típico cenário dos casos graves em saúde mental que dependem do acompanhamento das equipes da rede de atenção primária à saúde, ações de cuidado que vão desde à possibilidade de escuta qualificada da usuária, marcando com a mesma a possibilidade reconhecer o serviço de atenção primária como um lugar de referência para o cuidado de sua saúde, passando pelo apoio à família e articulação de cuidado com os serviços da rede inter e intrasetorial, a até mesmo conseguir reconhecer pelos sinais da usuária dentro do próprio território, o momento de pensar em alternativas de cuidado ainda mais invasivas, como uma internação psiquiátrica quando ela estava seriamente ameaçada no território.

CERQUEIRA et al. (2014) lembram que as pessoas com transtornos mentais e que fazem uso abusivo de drogas frequentemente enfrentam barreiras de acesso para o cuidado em saúde, tanto no que se refere aos cuidados de problemas de ordem mais orgânica – que são os tipicamente endereçados à rede de atenção primária – como até mesmo nos serviços especializados em saúde mental. Segundo os autores, o estigma do psicótico que pode ficar “muito violento” no serviço de saúde, bem como a noção de que quem faz uso de drogas ilícitas pode ser visto pela equipe como um “drogadito marginal” são ainda na atualidade muito presentes nos profissionais de saúde. A minha experiência nesse campo, no entanto, felizmente, não foi marcada sobremaneira por barreiras de acesso ao cuidado em saúde mental. Na minha opinião, a equipe NASF teve uma importância fundamental para essas unidades de saúde não serem marcadas por barreiras de acesso. Não sou ingênuo, no entanto, de pensar que não havia barreiras de acesso naquele campo. Na nossa percepção, enquanto equipe NASF, as barreiras de acesso normalmente ocorriam de forma calculadamente omitida ao conhecimento da equipe NASF. Quando ficávamos sabendo, não abríamos mão de conversar sobre o ocorrido diretamente com os profissionais envolvidos. Outro ponto importante é que nesses quatro anos, tivemos gerentes em nossas unidades de saúde com especialização em saúde da família e formadas para o SUS, de modo que as queixas dos usuários que chegavam a elas, como gerentes, eram levadas a sério pelas mesmas, não com um caráter punitivo, mas sim com um caráter de gerir o serviço de saúde cobrando ativamente dos profissionais a garantia de direito dos usuários ao acesso aos serviços ofertados na atenção primária. Os efeitos disso nos

trabalhadores, de modo geral, é que eles se mantinham atentos sobre a importância de prestar o cuidado em saúde com comprometimento, considerando efetivamente a universalidade, a integralidade e a equidade na condução do processo de cuidado dos usuários sob suas responsabilidades, inclusive, portanto, os casos de saúde mental. Nessas condições, nesse cenário, o campo da atenção primária se apresenta de forma altamente potente de cuidado na interseção com a saúde mental.

No cotidiano da atenção primária, por outro lado, existe um outro formato de interseção com a saúde mental, distinto dos casos graves acima tratados, bem como do caso de Alessandra: o cuidado dos casos menos graves sob os aspectos psicopatológicos reconhecidos tradicionalmente pela psiquiatria, mas com altíssima capacidade de gerar sofrimentos psíquicos intensos nos sujeitos. Quem cuida do trabalhador que é altamente assediado por seu chefe em seu emprego, e passa a parar de dormir de tanto medo em ficar desempregado e não ter condições de prover o sustento de sua família? E das mulheres que sofrem violência doméstica de seus maridos, e que não podem nem mesmo buscar ajuda em serviços especializados? E o pavor que vive o esposo da senhora com obesidade e diabetes, que diante do risco do caso se agravar e ela precisar amputar um pé, o marido passa o dia todo angustiado com medo de a mesma conseguir arranjar doce com a vizinhança e comer escondido? E onde são cuidadas todas as pessoas que passam a ter medo de morrer, desencadeado a partir dos tiroteios que acontecem todos os dias nos territórios vulnerabilizados sem o menor aviso prévio? E o usuário que entra em crise existencial quando é questionado por um traficante novo na área quem ele é e para onde vai, visto que o mesmo tem 37 anos e mora ali a vida toda?

Esses exemplos marcam uma tipologia de casos de saúde mental que são acompanhados na atenção primária, e ocupam certamente a maior parte do tempo de cuidado das equipes ESF e NASF em saúde mental. Somados a eles, vem os casos de ansiedade e depressão que chegam crescente e volumosamente ao cotidiano da atenção primária. São casos que a rede de atenção psicossocial do Rio de Janeiro tem pouca estrutura para dar conta: se encaminhados aos CAPS, dispositivos em quantidade insuficiente à demanda populacional do município, e com defasagem de recursos humanos, são considerados casos pouco graves para a realidade atual com que esses serviços tem funcionado no Rio de Janeiro; se encaminhados aos ambulatórios de psicologia e psiquiatria, dispositivos também pouco disponíveis na rede municipal carioca e funcionando com grande sobrecarga de demanda, acabam demorando alguns meses até sair a primeira consulta, e após o início do tratamento, a regularidade das consultas de psicologia variava de 3 a 6 semanas de intervalo, e de psiquiatria com intervalos de 3 a 5 meses, na realidade dos ambulatórios de saúde mental do território em que eu estava inserido. Com

intervalos desses tamanhos entre as consultas, esses casos corriam risco significativo de agudização e de crise.

A atenção primária tem boa capacidade de prover cuidado aos casos acima relatados, sem necessariamente depender dos atendimentos individuais dos profissionais NASF. A maior parte desses casos, na experiência aqui tratada, vão ganhando outros contornos, outros caminhos, e tendo diminuição do sofrimento psíquico com a escuta qualificada não especializada realizada por profissionais da saúde da atenção primária, de forma regular, nos períodos mais críticos. Em minha experiência, esse acompanhamento era feito principalmente por ACS, enfermeiros e médicos, e isso era suficiente para haver bons resultados de cuidado em grande parte dos casos. Se o cuidado na atenção primária tem a desvantagem de não ser um cuidado especializado, por outro lado tem a vantagem de estar muito próximo à realidade das pessoas, e de se planejar PTS com grandes chances de sucesso. Além disso, os usuários que estão com esses tipos de quadros psíquicos, mas que a atenção primária é suficiente para a resolução, são pessoas que de modo geral possuem grande autonomia de criar movimentos subjetivos, e de agenciar formas e estratégias para a solução de seus problemas. O NASF tem uma importância significativa no que concerne realizar apoio matricial para as equipes ESF conseguirem acompanhar tais casos, mas de forma alguma os profissionais do NASF são provedores exclusivos e essenciais para o cuidado desses usuários no campo da atenção primária.

Para complementar a discussão sobre a interseção da atenção primária com a saúde mental, faremos a seguir um diálogo com José Ricardo Ayres (2004), que propõe nove elementos importantes no processo de cuidado em saúde para que o mesmo seja transformador para os sujeitos envolvidos. Esses elementos serão apresentados de forma articulada com a minha experiência no campo.

Ricardo Ayres (2004) se baseia em Martin Heidegger para propor a reconstrução das práticas de saúde, compreendendo o cuidado como uma categoria ontológica, ou seja, compreendendo os seres enquanto seres, sem, a priori, predispor de recursos e práticas terapêuticas previamente definidas. O cuidado para Ayres (2004), portanto, trata-se do encontro entre duas ou mais pessoas, dois ou mais seres, e se dará através do que for construído a partir do encontro entre esses seres. Trata-se, portanto, de uma construção filosófica do cuidado:

O cuidado como um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (AYRES, 2004, p. 74).

Dialogando intensamente com Heidegger, Ayres (2004) elenca alguns elementos que ele considera fundamentais para que o cuidado em saúde seja uma construção transformadora entre seres: O primeiro elemento é o movimento. A partir da explicação do autor, fica claro que para o mesmo é essencial que haja movimentos para a efetivação de cuidado. O usuário precisa se movimentar para chegar à equipe de cuidado, e a equipe de cuidado se movimentar para ir de encontro ao usuário e sua demanda de cuidado. Em minha compreensão sobre esse aspecto amplo de movimento utilizado pelo autor, esses movimentos não se restringem ao usuário e ao profissional ou os serviços de saúde. Trata-se de movimentos diversos ligados à possibilidade do cuidado: o usuário chegar ao serviço de saúde, o profissional se movimentar para recebê-lo, o Estado prover condições de cuidado, a rede de apoio do usuário se movimentar para que ele consiga acessar o serviço de saúde, enfim, movimentos diversos de diversas instâncias relacionadas direta ou indiretamente ao processo de cuidado. Portanto, para Ayres (2004), se não houver movimentos, na inércia dos seres, não há possibilidade de efetivar o cuidado.

Ao refletir sobre os movimentos presentes na minha experiência na atenção primária, percebi o quanto esse campo é efetivamente movimentado, considerando as ações diretas e indiretas do cuidado. Algumas, no entanto, eu acredito merecerem destaque: 1) Os movimentos realizados dentro dos territórios, caracterizados sobretudo pelas visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários, como movimento do cerne do funcionamento da Estratégia de Saúde da Família. Não se resumem a atendimentos clínicos, mas sim, através de um jogo de ações mais complexo, caracterizado pela atenção aos pequenos sinais e indícios observados pelos mesmos no território de que alguns usuários estão necessitando de cuidado naquele momento. Existe, portanto, um estado de alerta sempre ativo nos agentes comunitários de saúde, com estranhamentos sobre elementos e percepções que outros profissionais não têm, até porque isso só acontece, na minha opinião, a partir da organicidade da relação entre os ACS e o território, indo muito além da comunicação oral. Além disso, a presença ativa desses profissionais na rotina dos territórios, os cumprimentos e conversas informais que os mesmos tem com os usuários na rua, possibilita o estabelecimento de confiança, referência e vínculo junto aos usuários, de modo que esses, por sua vez, também sentem-se completamente autorizados e fazer o movimento em direção aos ACS com vias de acessar cuidados, seja trazendo uma questão que está acontecendo em suas casas, solicitando visitas de outras categorias profissionais, ou cobrando medidas de cuidado já solicitadas e que não foram atendidas da forma que eles queriam, o que é perfeitamente legítimo – e normalmente tem efeito ótimo nas equipes, quando percebem que de fato deixaram pendente algo importante para o

cuidado do reclamante, isso gera uma série de outros movimentos. Nesse mesmo tópico, incluo também as visitas domiciliares realizadas pelos demais profissionais da atenção primária, como enfermeiros, médicos e profissionais da equipe NASF, como movimentos centrais na potencialização do cuidado realizado no campo da atenção primário. No território de referência da Clínica da Família em que eu estava lotado, inaugurada em 2012, o relato dos usuários é que até a inauguração da mesma, quando eles precisavam de atendimento médico, de enfermagem, ou com categorias profissionais que compunham a equipe NASF, na melhor das hipóteses eles tinham quem pegar um ônibus e ir para dois bairros ao de distância, e isso quando não tinha que se deslocar para o centro de um município que faz fronteira, ou atravessar da Zona Norte ao Centro da capital. Nesse contexto, os usuários falavam que muita gente acabava morrendo, sem condições de se deslocarem, sem suporte e recursos financeiros, materiais ou de rede de suporte, muitas vezes falecendo sem nem se saber a causa. Desse modo, era muito frequente na minha experiência nos depararmos com pacientes que nos diziam sentir que era um luxo receber visitas no domicílio com consultas e orientações de um nutricionista, de um fisioterapeuta, de um assistente social, de um médico etc. Vale a pena ainda ressaltar, que existe no território uma quantidade significativa de pessoas com baixa mobilidade, restritas ao leito, restritas ao domicílio, ou, ainda, restritas à comunidade, como no caso de Carla;

2) Os movimentos realizados a partir das intervenções clínicas, realizados nas dependências do serviço de saúde através de grupos terapêuticos e das consultas e interconsultas profissionais com enfermeiros, médicos, profissionais da equipe NASF, dentistas e ACS. São os movimentos de cuidado mais tradicionalmente reconhecidos pelos usuários e pelos próprios profissionais. Eu gostaria, no entanto, de explorar os movimentos de cuidado realizados pelos grupos terapêuticos, pois foi um dos elementos que mais me surpreendeu na atenção primária, primeiro porque os grupos terapêuticos são realizados de maneira muito natural nesse campo. Os trabalhadores, de modo geral na minha experiência, não achavam ruim participar da realização dos grupos. Eles gostavam por sair da rotina, e por ser uma oferta de cuidado alternativa às consultas, que demandavam muito mais tempo dos profissionais pelo caráter individual, como também muitas vezes as consultas eram menos potentes frente à demanda clínica do caso; o outro motivo que me surpreendeu foi a variedade de grupos ofertados nesses serviços, visto que antes do início do desmonte da rede de atenção primária, chegavam a ser realizados 9 grupos com temáticas distintas semanalmente na Clínica da Família, configurando-se, desse modo, uma estratégia de cuidado extremamente potente, que foram altamente afetadas pelas ações de desmonte da gestão Crivella, pois quando eu saí do NASF eu encerrei o penúltimo grupo que restava – o de saúde mental, sobrando apenas o grupo de tabagismo

realizando mensalmente pela equipe de Enfermagem, e as aulas de Educação Física no Programa Academia Carioca, que também podem ser consideradas grupos terapêuticos, realizados pelo educador físico.

3) Os movimentos de cuidado realizados através das discussões de casos, matriciamento realizado pelo NASF e compartilhamento de cuidado com serviços das redes inter e intrasetoriais. São formas que a atenção primária utiliza para potencializar o acompanhamento dos usuários, com vistas à integralidade do cuidado. As que acontecem nas reuniões ESF normalmente são casos trazidos pelos ACS oriundos das demandas que aparecem no território; quando são matriciados pelo NASF, são casos trazidos por todos os tipos de profissionais da unidade, e que normalmente já passaram por atendimento com enfermeiros e médicos, que em conjunto com os ACS trazendo elementos do território, não conseguiram articular solução e demandam apoio aos profissionais da equipe NASF; e finalmente os casos compartilhados com as redes inter e intrasetoriais normalmente já passaram inclusive por intervenções junto à equipe NASF, que sem solução ou com a necessidade de soluções mais adequadas e potentes, fazem articulações com outras instituições e compartilham o cuidado. Na minha experiência, a maior parte desse último tipo de movimento é realizado pelos profissionais do NASF, mas nós normalmente incentivávamos que os próprios profissionais, em especial os enfermeiros e médicos, realizassem essas articulações com o nosso apoio, sob o argumento de que os casos efetivamente eram das equipes ESF, não do NASF. Mas a maior parte das vezes era o próprio NASF que se movimentava, pois conforme tratado na seção anterior, muitas vezes os profissionais da outra instituição requerem que a articulação seja feita pelo profissional do NASF. Isso é um analisador importante, de como existe a estrutura do cuidado na realidade do Rio de Janeiro passa pelas especialidades, que vão desde dentro dos próprios serviços que tem NASF, como também através das demais instituições, tanto as de saúde quanto as intersetoriais. Um elemento complementar para essa discussão, é que uma das gerentes que foi de uma das unidades em que eu era lotado, passou a ser gerente de uma Clínica da Família inaugurada a poucos anos em um bairro vizinho. Nessa unidade não tinha equipe NASF, porque ela foi inaugurada muito perto do período do início do desmonte, em 2017. Quando eu tive a oportunidade de perguntar para ela como as articulações intra e intersetoriais ocorrem em uma unidade sem NASF, ela me explicou que a maior parte dessas articulações simplesmente não acontecem, e que a pequena parte que ocorre é realizada pelos enfermeiros e ACS, pois segundo a mesma, a grande maioria dos médicos efetivamente não se implicam nesses processos, ainda que sejam constrangidos. Isso vai diretamente de acordo à sensação que eu tenho de que nesse território o poder da categoria médica é impressionante. Eles têm certeza que os níveis de gestão

não irão puni-los por essas coisas, pois a demanda por profissionais médicos nessa região é muito superior à taxa de ocupação desses postos de trabalho.

Ayres (2004) aponta que o segundo elemento que possibilita o cuidado em saúde é a interação. O autor explica que a partir dos movimentos, as relações de cuidado são permeadas pelas interações entre todas as partes. Mais uma vez o autor não restringe as interações à relação entre o usuário e o profissional, mas sim, fala de interações diversas que atravessam todo o processo de promoção do cuidado em saúde.

Ao olhar para a minha trajetória, pude perceber que todo o campo da saúde mental é composto por relações de interação, nas mais diversas formas. Serem serviços de saúde de porta aberta, com fácil acesso à população, cujas ações de cuidado são permeabilizadas nos territórios, e o cuidado é realizado de forma participativa centrado no sujeito e em articulação tanto com as redes formais quanto informais dos usuários.

O terceiro elemento indicado por Ayres (2004) trata-se da identidade e alteridade. Para o mesmo, “as identidades existenciais só se estabelecem no ato mesmo dessas interações” (AYRES, 2004, p. 76). Ou seja, é no encontro entre o usuário e o profissional que a identidade de usuário e profissional se estabelece. Sem profissional não há usuário, e sem usuário não há profissional. Assim como “a alteridade de cada um se define sempre pela construção de uma identidade, e vice-versa” (AYRES, 2004, p. 76).

Esse elemento é muito potente diante do caráter territorial da atenção primária, em especial diante do pertencimento que os ACS têm nos territórios. Percebo que é muito a partir do reconhecimento que os usuários fazem da identidade e das competências profissionais dos ACS, identificando-os como referências de cuidado, é que os serviços de saúde da atenção primária – em especial os inaugurados a menos de dez anos, como é o caso da Clínica da Família em que trabalhei – passam a ter legitimação mais potente da identidade de serviço de referência para a saúde da população.

O quarto elemento que o autor cita é a plasticidade. Segundo ele, a plasticidade é a capacidade que os seres têm, diante dos elementos citados anteriormente, de se afetarem e se transformarem. Ayres (2004) faz uma associação entre a capacidade de cuidar e a finitude e dissolução da existência de quem necessita de cuidado. Nesse cenário, “o cuidado tem a “posse” do ser vivente porquanto e enquanto o mantenha vivo, porquanto e enquanto sustente sua existência (matéria/forma/espírito) contra a dissolução” (AYRES, 2004, p.76).

Fiquei a refletir sobre o que é a finitude da vida para os cuidadores da atenção primária. É inevitável não ser conduzido para o cuidador ACS no campo em que estive, morador daquele território marcado pela violência urbana, pela pobreza estrutural, pelo desemprego, pela enorme

violência doméstica, pela presença do Estado corrupto, Estado assassino, o Estado que historicamente não cuida dignamente daquelas pessoas, sujeitos que vão sistematicamente se finando pela desassistência dos governos, sendo finadas pelo traficante que pune pra dar o exemplo aos demais moradores, pela Saúde que fica a bairros de distância. E esse profissional ACS, que também é morador, esposo, mãe, irmão ou filha, usando seu colete estampado com um “Posso ajudar?” nas costas, olhando para esse território e para essas finitudes, e com o peso de um uniforme que quase que cinicamente o incumbe de ajudar a cuidar de pessoas que também são gente deles, mediando com seus corpos e seus afetos, a relação entre o abandono das políticas sociais e a finitude que é consequência desse descaso estrutural do Estado. Me parece, portanto, que ao mesmo tempo que é uma profissão tão potente, com tanta capacidade transformadora, afinal, eles efetivamente ajudam a população frente ao risco de finitude, ao mesmo tempo, na realidade do município do Rio de Janeiro, é um pouco cruel esse lugar de cuidado do ACS.

O quinto elemento que Ayres (2004) traz à discussão é o projeto. Trata-se não só da capacidade de criar projetos para o cuidado, como de o profissional projetar a si próprio como “curador” do projeto criado por ele (AYRES, 2004, p.76).

Em minha experiência nesse campo, de modo geral foi muito presente os profissionais sendo tocados pelos casos, problematizando as questões, discutindo com as equipes e planejando o cuidado. Não vi isso acontecer de forma homogênea, não apenas porque conforme já tratei antes, há muita diferença entre as equipes e os componentes das equipes, mas também porque vi equipes que eram extremamente comprometidas perderem a enfermeira de referência, e diminuir significativamente a forma de se projetarem como curadores, como também vi equipes que eram pouco implicadas com a projeção de curadores, à época da minha inserção no campo, e com o passar do tempo foram se vendo mais nesse lugar. Em especial nos casos de saúde mental, de modo geral é preciso um trabalho de matriciamento que não é rápido, que é preciso respeitar o tempo para o profissional não se sentir ameaçado desempenhando essa função, para ele compreender que o cuidado não é apenas com o CAPS e tampouco com os Bombeiros. Então esse “vestir a camisa” de curador, principalmente quanto aos casos de transtorno mental, foi algo completamente presente, mas também dinâmico e sendo construído aos poucos.

O sexto elemento abordado pelo autor é o desejo. Desejo que envolve todas as partes diretas ou indiretamente relacionadas ao processo de cuidado. Em minha compreensão, comparando os exemplos que dei anteriormente, não basta o desejo do usuário ser cuidado e do profissional em exercer esse papel, como também é necessário que o Estado tenha desejo de

cuidar daquela população possibilitando meios para que isso ocorra, assim como é preciso que os familiares tenham desejo de ajudar ao usuário a acessar os serviços de saúde.

À medida que as experiências bem sucedidas de cuidado em saúde mental apareciam no campo em que eu estava inserido, e os profissionais foram tendo maior apreensão política da importância desse cuidado, maior percepção de que não era necessariamente preciso ajuda especializada para se estabelecer o processo de cuidado aos casos de saúde mental, e que muitas vezes com ações simples se conseguia cuidar do usuário e conseqüentemente de sua família, o desejo deles em se debruçarem sobre esses casos normalmente ia aumentando. Na minha experiência, a melhor forma de perceber que um profissional passou a despertar desejo em cuidar dos usuários com transtorno mental, era quando esse profissional passava a trazer muitos casos para discussão e matriciamento. Reconheço que houveram dois profissionais que estiveram no campo durante todo o período em que eu estive, e que nunca trouxeram casos para discussão. Mesmo a gente fazendo o convite para que eles “se lembrassem” de casos para trabalharmos, ou, ainda, dois anos depois, quando pressionávamos diretamente sobre o fato de praticamente não “haver” casos de saúde mental no território dessas pessoas, eles não apareciam. Mas esses dois foram profissionais efetivamente atípicos, exceção. Vale lembrar que uma dessas profissionais, uma ACS, também dizia que não tinha nenhum usuário acamado ou restrito ao leito quando a fisioterapeuta questionava, pois precisava fazer esse levantamento. Isso me leva a crer que essa sim era uma profissional que não tinha desejo de cuidar. Ou eu não sei se a equipe NASF não conseguiu provoca-la da maneira certa, isso também é possível. Mas nenhum profissional do NASF conseguia conhecer casos significativos dessa ACS. No entanto, via de regra, o que acontecia com todos os outros profissionais, de ACS à médicos, é que havia um processo de compreensão e adaptação sobre o que era possível de cuidar em saúde mental na atenção primária, e de repente, como quem coloca os óculos com o grau certo, no momento certo, esses profissionais começavam a enxergar os usuários com transtornos mentais, ou, em outras palavras, passavam a ter desejo de cuidar desses casos, compartilhando diversos deles com o NASF em um curto período.

Ayres (2004) aponta a temporalidade como o sétimo elemento do cuidado, e trata-se da compreensão de que o processo de cuidado só é possível a partir da consciência e consideração da tripartição temporal pelos seres envolvidos, ou seja, de passado, presente e futuro. “É sempre na perspectiva do fluxo do tempo, do devir da existência, que faz sentido falar de cuidado” (AYRES, 2004, p.77).

Refletindo sobre esse elemento de cuidado, fiquei pensando no quanto as pessoas são, em si, um processo histórico em movimento. De modo que, quando os profissionais no campo

da atenção primária iam conhecer os casos, a primeira coisa que se fazia era coletar as informações da história do usuário: com quem mora, qual a composição familiar, se ainda tinha os pais ou se tem filhos, se estudou e até que ano, quando começaram a aparecer os sintomas, se já fez uso de medicação para esse problema, se já tratou em outro lugar, se já esteve em crise ou foi internado. Ou seja, é muito interessante perceber o processo de cuidado acontecendo no presente, estudando o passado para entender melhor o problema e os caminhos possíveis de potencializar o cuidado, e necessariamente mirando um futuro melhor para esse sujeito. Portanto, sem passado não se entende o processo de adoecimento, sem presente não se age, sem perspectiva de futuro não há por que cuidar.

O oitavo elemento apontado por Ayres (2004) é a não-causalidade. Ele explica que o processo de cuidado não deve ser pensado através da relação de causa e efeito que fomos ensinados a pensar ao longo da vida. Em minha compreensão, se eu estiver certo, o autor chama a atenção para que as partes envolvidas no processo de cuidado não tenham a compreensão de que são unidades independentes nesse processo. Ao contrário, para o autor, deve ser considerado que “cada parte só ganha sentido numa totalidade e a totalidade tem seu sentido imediata e radicalmente dependente de cada uma de suas partes” (AYRES, 2004, p.77).

Trazendo a discussão do elemento da não-causalidade para a minha vivência na atenção primária, dois fatores em especial devem ser considerados: O primeiro é, apesar obviamente de se compreender o passado, fazer a ação do cuidado no presente e mirar para um futuro melhor para o sujeito cuidado, não se pode contar rigidamente que as ações de cuidado projetadas nesse processo vão ter os efeitos previamente esperados. As ações de cuidado são apostas, algumas vão dar certo, outras vão ter efeitos péssimos, outras vão ser ações que tomaram rumos muito diferentes do planejado, e ainda assim, chegar em resultados satisfatórios para o usuário, ou, ainda, haverá as ações de cuidados planejadas e executadas minuciosamente, procurando-se não ter brecha para curvas que levem a efeitos ruins, mas que ainda assim não dê conta da demanda do paciente. Portanto, cuidar está dentro do processo do devir. As apostas vão sendo feitas, algumas portas se abrem, outras se fecham, e essa dança exige do profissional um certo grau de dinamismo pra sustenta-la.

Os casos de saúde mental requerem de modo especial esse preparo dos profissionais. Era muito comum no campo os profissionais acharem que apesar dos esforços da equipe, da família, ou até do próprio paciente, o caso “não tinha jeito”. Cabia, nessas situações, aos demais profissionais – não só da equipe NASF, mas muitas vezes de enfermeiros ou até mesmo ACS – lembrarem ao profissional de referência no cuidado que é preciso mesmo ter paciência, mudar a estratégia, esperar que o efeito da intervenção de cuidado vá ser sentido em um momento que

não é possível se prever etc. A gente compreendia certa angústia de alguns profissionais, inclusive dos mais comprometidos muitas vezes, e aí era competência do NASF afrouxar essa tensão, esse peso que o profissional sentia, e que muitas vezes pelas coisas não acontecerem no modo e no tempo das expectativas dele, o mesmo sentia vontade de desistir. Então pra além de falarmos que era uma aposta, a gente dizia muito frases como “Faz a sua parte, vai tentando. Vamos esperar um tempo e se não funcionar, a gente pensa juntos em outro caminho. Mas o importante é a gente ir fazendo o que está no nosso alcance”. Além disso, eu fazia questão de reconhecer pra esse profissional que a equipe estava vendo o esforço dele, explicar que o usuário também tem autonomia sobre a vida dele, e que se algo muito inesperado acontecesse ao usuário, tal profissional estava respaldado, junto à equipe, que fez tudo o que foi possível dentro de suas possibilidades.

Ainda sobre a não-causalidade, o segundo ponto a ser abordado é que Ayres (2004) traz a compreensão fundamental de que para existir o cuidado é necessário existir usuário e cuidador; bem como para existir o usuário é fundamental que haja cuidador e cuidado; ou, ainda, só existe cuidador se houver usuário e a prestação do cuidado. Esses elementos não existem sem a presença dos demais, e quando os três estão presentes, o cuidado é efetivado. Na minha experiência de campo, eu não me lembro de termos trabalhado, pelo menos de modo tão objetivo, essa reflexão. O mais próximo que se chegava disso eram alguns momentos de dificuldade de manejo do cuidado de um caso, algum profissional distensionar a discussão brincando, dizendo que “se o paciente não nos der trabalho, a gente não tem por que estar aqui”.

O último elemento que esse autor aponta é a responsabilidade, que, de forma simples, segundo Ayres (2004) deve ser compreendida não apenas como a projeção e execução das tarefas e relações de cuidado, mas efetivamente, a tomada do cuidado para si, efetivamente responsabilizar-se pelo cuidado: “Cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar porque se responsabiliza” (AYRES, 2004, p.78).

No meu processo de matriciamento com as equipes ESF ao longo dos quatro anos no NASF, provocar as equipes para que elas não apenas encarassem as ações de cuidado como atos pontuais em direção ao cuidado, mas sim, compreender que tomar para si o cuidado em saúde mental, era uma direção que eu e meus parceiros de equipe NASF mantínhamos quase que de forma uníssona. Uma coisa era eu ir percebendo traços significativos de potência de cuidado em saúde mental na atenção primária, outra coisa era a gente defender junto aos profissionais, às equipes, aos gerentes dos serviços, às redes intra e intersetoriais, bem como aos próprios usuários e seus familiares, o fato de que também compete à atenção primária tomar para si o cuidado dos usuários em saúde mental. Obviamente não incentivávamos um “tomar

pra si” solitário, gerando sobrecarga e sofrimento aos profissionais. Mas era o exercício de fazer ser compreendido que os casos de saúde mental pertenciam tanto à atenção primária quanto os casos de diabetes e hipertensão, por exemplo. Para essa defesa, lançávamos sistematicamente mão desde a discussão sobre a Reforma Psiquiátrica e a Lei Nº 10.216/2001, até retomando a PNAB, lembrando que quando se define a responsabilidade que as equipes ESF tem sobre a população do território de referência, não faz distinção entre as patologias. Ao contrário, a direção é a de responsabilidade sobre a saúde da população, e não sobre as doenças. De modo geral eu não sentia que havia um grande problema com a responsabilidade dos profissionais sobre os casos como um todo, nem mesmo um índice predominante de dificuldade em se responsabilizar sobre os casos de saúde mental. No entanto, na minha percepção, os profissionais tinham muito mais dificuldade em sentirem-se responsáveis pelos casos de saúde mental do que em relação às demais patologias. Isso foi diminuindo à medida que o tempo foi passando, o reconhecimento dos casos sendo feito, o matriciamento ganhando consistência, e os profissionais ficando mais próximos e exercitando o cuidado a esses pacientes, é um processo.

Portanto, grande parte dos elementos que Ricardo Ayres propõe para que o processo de cuidado tenha um caráter transformador para as pessoas envolvidas nessa relação podem ser identificados no relato do caso de Alessandra, como movimentos feitos pelos diversos profissionais envolvidos no cuidado da mesma; a interação desses profissionais com a usuária; a identidade e alteridade que se estabelece entre ela e as equipes profissionais envolvidas (e vice-versa); a plasticidade que aparece sob a forma da transformação de Alessandra diante de seu processo terapêutico; o projeto, que aparece nas diferentes formas com que a equipe projetou o cuidado da usuária nas diferentes fases do processo, e frente aos distintos desafios; o desejo, tanto da equipe em cuidar da mesma, quanto dela de ser cuidada, dentro dos limites possíveis pra ela; a temporalidade, fundamentalmente considerada para que nos momentos oportunos o cuidado tivesse sentido para a mesma; a não-causalidade, responsável inclusive para que a equipe conseguisse lidar com as suas expectativas sobre o processo de cuidado da mesma, que não necessariamente tinha compatibilidade com o modo que era possível de Alessandra estar na vida naquele momento; e finalmente a responsabilidade, elemento esse que aparece claramente quando a atenção primária e o CAPS efetivamente tomam para si a necessidade de garantir que Alessandra tivesse seu parto em segurança, e não medem esforços, inclusive furando os fluxos rígidos de ordenamento da rede, articulando para que ela passasse o dia em atividades no seu CAPS de referência, e à noite e aos finais de semana ficasse em acolhimento noturno num CAPS tipo III, buscando garantir o direito e o desejo da mesma em

ser mãe. Desse modo, é possível concluir que na busca de identificar potencialidades de cuidado em saúde mental na atenção primária, a minha experiência nos leva a seguir a pista da interseção entre esses dois campos.

11. Pista invisibilidades, o caso Roberto e o cuidado orientado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira segundo Paulo Amarante

Nessa última seção exploraremos a pista das invisibilidades, que na minha experiência foram sendo descortinadas a partir do cuidado em saúde mental no campo da atenção primária. Iniciaremos a discussão através do relato do caso do usuário Roberto (nome fictício), com o objetivo de abrir o diálogo sobre o tema. Em seguida apresentaremos alguns aspectos das invisibilidades que mais tocaram a minha experiência no campo da atenção primária. E ao fim da seção realizaremos uma conversa articulada entre o cuidado orientado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica através das dimensões apontadas por Paulo Amarante (2007), as invisibilidades que são descortinadas com o cuidado em saúde mental na atenção primária, e os impactos desses elementos na vida dos usuários do território.

CASO ROBERTO

Quando eu estava no segundo ano do curso de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, no cenário de prática do CAPSad, passei a acompanhar com uma colega de turma o caso do usuário Roberto, pardo, de cerca de 30 anos, com aparência de quem tinha mais de 45. Roberto era acelerado, falava muito rápido e com dificuldade em pronunciar as palavras. O caso chegou ao CAPSad (tipo III) encaminhado de um CAPS adulto (tipo II), pois esse último afirmava não ter condições e recursos humanos suficientes para conseguir lidar com a complexidade de tal caso. Ainda enquanto residente, foi realizada conversa com o NASF do território de referência de Roberto, e aquela equipe NASF nos trouxe outros elementos importantes do caso: Roberto morava sozinho com a mãe, que era diabética grave e tinha perdido quase que completamente a visão. No passado, ela e ele vendiam flores na beirada da Avenida Brasil, e um dia, dez anos antes, um carro o atropelou enquanto ele trabalhava. Roberto então teve grande perda de massa encefálica, e passou a ter alucinações visuais e auditivas muito intensas, bem como um baixo grau de retardo mental, sequelas do acidente. Desde então o usuário passou a ter um comportamento completamente inadequado dentro da comunidade onde morava, fazia uso abusivo de cocaína, provocava os traficantes armados, autorizava que fizessem mutilações em seu corpo em troca de drogas, provocava as crianças do bairro e sofria agressões por isso, e, conseqüentemente, chegou a sofrer mais de dez internações psiquiátricas ao ano. A fim de tentar evitar esses transtornos, a mãe do usuário passou a mantê-lo trancado dentro de casa, em cárcere privado junto à mesma. A casa era muito suja, no banheiro não havia

vaso sanitário – apenas um buraco no chão, a ponto de a rua parecer mais limpa que a casa. Essa era a nossa impressão nas visitas domiciliares.

A equipe NASF continuava, à época, nos explicando que foi em uma troca de agente comunitário de saúde de referência, devido a um redesenho da divisão do território entre as equipes ESF, que a nova ACS conheceu o caso, ficou absolutamente consternada com tudo isso, e levou o caso à discussão da equipe ESF, e finalmente à equipe NASF. Roberto deixou naquele momento de ser invisível pela rede extra-hospitalar, pela primeira vez. O NASF passou a acompanhar o caso, acionou o CAPS adulto, que o reencaminhou ao CAPSad onde eu era residente, e nós passamos a cuidar do caso de maneira integrada: atenção primária e CAPSad. Após Roberto ter passado em consulta com a psiquiatra do CAPSad, e de ter recebido prescrição adequada de medicação, a ACS de referência se disponibilizou a ir três vezes por dia à casa do mesmo, sete dias por semana, para dar-lhe medicação. A equipe NASF quinzenalmente o acompanhava para passar o dia no CAPS, e nós do CAPS quinzenalmente íamos na casa do mesmo buscá-lo para ir ao CAPS, e deixá-lo em casa ao fim do dia. Nesse revezamento entre a ESF e o CAPS, ele conseguia semanalmente ir ao CAPS.

Quando eu me formei na Residência e fui trabalhar no NASF, eu fui compor exatamente a equipe NASF que acompanhava o caso de Roberto. Então continuei acompanhando o caso, dessa vez do lugar da atenção primária. Ao longo de três anos o caso evoluiu bem: Roberto tinha a Clínica da Família como referência de cuidado quando as coisas estavam difíceis para ele no território; continuava indo com boa frequência ao CAPS; conseguimos articular com uma tia que morava na vizinhança para que diariamente ela levasse as medicações no turno da manhã, e Roberto passou a tomar sozinho as do turno da tarde e da noite; conseguimos também articular com essa tia que levasse comida para Roberto e sua mãe, ao menos uma vez ao dia.

Em 2018, num dia em que Roberto estava no CAPSad, uma usuária faleceu nas dependências desse serviço, apesar dos esforços da equipe em tentar salvá-la na sala de procedimentos. Nenhum paciente a viu tendo parada cardíaca, mas quando as equipes chegaram para levar o corpo, obviamente os pacientes entenderam que se tratava de um óbito. Para Roberto, isso foi demais. Ele evadiu do CAPS e foi para a Clínica da Família, e ao nos encontrar, disse que não iria mais para o CAPSad, “aquele lugar onde pessoas morrem” (sic). Conseguimos, na medida do possível, acalmá-lo. Ele foi para casa, aparentou ter passado bem os dias subsequentes, mas poucos dias depois Roberto se suicidou, enforcado, na sala de sua casa.

Quando isso aconteceu, eu perdi o chão sobre o sentido do cuidado em saúde mental na atenção primária. A minha sensação interna, naquele momento de luto, estava sendo a de

questionar se os esforços para realizar furos no muro no cuidado valiam mesmo a pena, afinal, tanta dedicação, envolvendo tantos profissionais, de serviços distintos, além da complexa articulação no território que tínhamos feito ao longo do acompanhamento dele, para ao final ele se matar. Mas à medida que fui retomando a memória das narrativas iniciais do caso de Roberto, que era alguém que chegava a sofrer mais de dez internações psiquiátricas por ano, durante quase dez anos; que vivia violências constantes na comunidade e ninguém estranhava essa realidade; que não era conhecido por serviços territoriais de cuidado em saúde, só por emergências psiquiátricas e manicômios; que não era reconhecido como alguém que merecia cuidados nem mesmo pelas agentes comunitárias de saúde que foram referência do território dele nos primeiros anos de Clínica da Família. Perante o Estado, Roberto não era reconhecido como um sujeito de direitos, até finalmente ter sido enxergado pela nova ACS, pelo NASF, pelo CAPSad, pela tia etc.

O caso dele representa, em minha opinião, uma das maiores potencialidades do cuidado em saúde mental na atenção primária, que é descortinar as invisibilidades dos sujeitos em sofrimento psíquico nos territórios com grandes vulnerabilizações sociais. Foram três anos intensos de vínculo que ele estabeleceu com profissionais da saúde e com colegas no CAPSad; de risadas que ele provocava aos outros e a si com seu ótimo senso de humor com todas as pessoas que o tratavam bem; as sensações de descontração e de leveza que ele possibilitava ao seu entorno, apesar do quanto era acelerado, visto que Roberto tinha uma personalidade muito carismática e afetuosa; a diminuição da exposição ao risco na comunidade, ocasionada por um acompanhamento em saúde dentro de sua realidade territorial; e, acima de tudo, não sofreu nenhuma internação psiquiátrica durante os três anos de cuidado efetivo em liberdade, na atenção primária em articulação com a saúde mental.

Conseguir enxergar que a condução do caso de Roberto foi um sucesso, sob os aspectos do cuidado em saúde mental realizado e ordenado pela atenção primária, certamente não é um consenso, diante do trágico fim da vida do mesmo. De forma similar, quando eu conheci o caso de Roberto, ainda quando eu era residente, e ouvia a equipe ESF e NASF explicando a forma com que o mesmo se colocava em risco num território tão violento quanto o dele, eu me perguntava o que poderia ser feito, através das práticas de saúde, para que aquela realidade se transformasse de forma significativa. Existe, portanto, um “lugar” – sob o prisma das formações em saúde, das instituições de saúde e das concepções distintas do cuidado da saúde – que questionará a validade desse processo de cuidado ofertado a Roberto, ou até mesmo será taxativo em afirmar que o caso foi um fracasso, visto que não se evitou o óbito do usuário. Em meu ponto de vista, no entanto, quando se realiza o cuidado em saúde, é fundamental nunca se

perder de vista dois elementos: 1) A história do usuário, o contexto e as condições de vida, e os riscos à vida que vão se apresentando durante todo o processo de cuidado; 2) Considerando os elementos do item anterior, o que as instituições e os profissionais de saúde podem fazer pelo usuário? Até onde se pode chegar e qual o grau de autonomia que as práticas de cuidado em saúde têm sobre o processo de vida do sujeito?

Considerando os elementos acima, a minha compreensão é a de que em um caso de grande vulnerabilização social, alto número de internações psiquiátricas e o enorme risco de morte que compunha a realidade de Roberto, o grau máximo de cuidado que as equipes e os profissionais tinham para mediar o cuidado do usuário, era possibilitar que o dia da morte do mesmo fosse adiado, e que ele pudesse viver com condições mínimas de dignidade e de cidadania até que esse dia chegasse. Não se trata, de forma alguma, em desacreditar na capacidade clínica de transformação frente ao processo de cuidado, ao contrário, trata-se de reconhecer os limites reais postos ao processo de vida desse sujeito, e possibilitar que os profissionais tenham tranquilidade de fazer o melhor que podem, sem tomarem para si, de forma encarnada e individualizada, o peso de evitar que aconteça um desfecho de vida como o de Roberto, que é previsto num contexto de vida com altíssima gravidade clínica, com tanta pobreza, violências, pouca rede relacional de apoio ao usuário e abandono estrutural do Estado. Desse modo, considerando que Roberto passou minimamente a ser visto pelo Estado, através das instituições de saúde da atenção primária e do CAPS, mesmo que tardiamente, e pôde ter seus últimos anos de vida sendo cuidado em saúde mas sem internações psiquiátricas, fazendo acompanhamento com dentista, com médico e enfermeira da atenção primária; com assistente social, fisioterapeuta e psicólogos do NASF; com psiquiatra, psicólogos e terapeutas ocupacionais do CAPS, eu acredito ser um caso que saiu da invisibilidade do Estado, através dos cuidados em saúde realizados e organizados pela atenção primária, e teve a morte adiada pelo tempo que foi possível dentro do contexto e dos instrumentos que ele tinha para lidar com seus sofrimentos psíquicos.

Assim como o caso de Roberto, o campo da atenção primária se ocupa de forma substancial do cuidado em saúde mental de uma grande quantidade de pessoas que são invisíveis para grande parte das políticas públicas. O Estado se organiza de forma a não legitimar o direito que essas pessoas têm à educação de qualidade, à moradia, ao trabalho, à previdência social, à infância, à segurança, ao lazer, à alimentação e ao transporte. É nesse aspecto, o da cidadania, que em minha experiência eu considero que a atenção primária à saúde – que também representa o Estado, na perspectiva do cuidado em saúde mental – opera em sentido contrário às invisibilidades históricas e estruturais que esses sujeitos estão inseridos na

sociedade capitalista ocidental. As condições e o contexto em que essas pessoas vivem são profundamente impactados pela configuração de uma sociedade abissal (SANTOS, 2010 apud OLIVEIRA, 2018), caracterizada por um “sistema que forja distinções visíveis e invisíveis, estabelecidas por linhas que separam a realidade social em dois universos distintos, sendo que a visibilidade de um pressupõe a invisibilidade do outro” (SANTOS, 2010 apud OLIVEIRA, 2018). O que os autores reconhecem como um pensamento abissal na produção de conhecimento é também algo que se materializa em práticas e modos de organizar a vida. Dessa forma, o que estou propondo é que sob o aspecto macropolítico, os interesses das camadas sociais privilegiadas e mais abastadas política e economicamente são visibilizados, evidenciados e garantidos pelo Estado, em detrimento à garantia aos direitos dos cidadãos vulnerabilizados pela organização desse sistema político e econômico. Desse modo, o cuidado ofertado pelas equipes ESF em saúde mental no território, fomenta, através da micropolítica, focos de iluminação sobre essas invisibilidades.

Para enriquecer a discussão das invisibilidades descortinadas pelo cuidado em saúde mental na atenção primária, faremos um diálogo sobre o cuidado em saúde à luz dos princípios da Reforma Psiquiátrica no Brasil, orientado pelo olhar de Paulo Amarante (2007).

Para tratar dos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica, Amarante (2007) fundamenta-se em Franco Rotelli, que propõe que o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico supere a dimensão psiquiátrica, e seja pensado como um campo da saúde mental e da atenção psicossocial, que não pode ser compreendido como algo estático. Ao contrário, Amarante (2007) concorda com Franco Rotelli que a saúde mental e a atenção psicossocial são um processo, de caráter social, e em movimento contínuo, ou seja, um “processo social complexo” (AMARANTE, 2007, p. 63). Essa compreensão é fundamental, segundo o autor, para que não a Reforma Psiquiátrica não seja reduzida à noção de diminuição de hospitais e leitos psiquiátricos – diminuições essas que são extremamente importantes para a Reforma Psiquiátrica – mas que não seja perdido de vista que as práticas de cuidado manicomial não estão restritas “à mera reestruturação dos serviços” (AMARANTE, 2007, p. 63), o que vai diretamente de encontro aos aspectos do cuidado que temos que manter atenção permanente no campo da atenção primária, conforme já apontado nas últimas seções desse estudo.

Amarante (2007) explica que ao considerar o movimento como uma característica fundamental da saúde mental e da atenção psicossocial, é importante considerar que os movimentos trazem situações novas, elementos novos, atores novos, pressupondo novos e conflitantes “interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, de pertencimento de classe social etc” (AMARANTE, 2007, p. 63), configurando-se, segundo o

autor, um processo social complexo com dimensões que se sobrepõem, que algumas vezes se complementam e outras são conflitantes, produzindo “pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões” (AMARANTE, 2007, p. 63).

Paulo Amarante (2007) organiza o processo social complexo em quatro dimensões. A primeira é a teórico-conceitual, caracterizada pela superação do saber científico prévio como único orientador das ações de cuidado, e considerar que além dos conhecimentos considerados válidos cientificamente, as ações em saúde mental devem ser planejadas e realizadas reconhecendo os aspectos éticos, políticos, ideológicos etc, que atravessam tanto os usuários a quem se destina o cuidado, quanto os profissionais que o realizam. O autor explica que esse elemento é fundamentalmente compreendido se pensarmos no processo de cuidado orientado pela Reforma Psiquiátrica que coloca entre parênteses a doença, e não o usuário, ao contrário do que era feito antigamente, quando o paciente que era colocado entre parênteses, relativizado na sua própria história de adoecimento.

Para dialogar com a dimensão teórico-conceitual apresentada por Amarante (2007), vale a pena lembrar que a história brasileira do cuidado das pessoas com transtornos mentais é marcada pelo asilamento dos pacientes em manicômios públicos e privados, bem como em instituições privadas de porte menor que os manicômios, mas que usavam a mesma lógica de cuidado dos hospícios. Eram milhares de instituições dos mais diferentes portes que se conveniavam ao sistema de saúde e recebiam financiamento público para manter as pessoas internadas à força, sem contato com a sociedade ao lado de fora, sem nenhum tipo de conforto e condições dignas de acolhimento, sem avaliação médica confiável, sem instrumentos terapêuticos efetivos para contribuir positivamente com a condição clínica delas, sem ter a participação de equipe multiprofissional no cuidado, sem projeto terapêutico singular pra planejar o cuidado dos usuários, bem como com muita violência psicológica e física (com uso abusivo de medicamentos para fazer uma contenção química dessas pessoas; com uso da força física e de eletrochoque sem caráter terapêutico e critérios de segurança, provocando dor a essas pessoas até chegar ao ponto de desligá-las, com o objetivo de contê-las fisicamente ou puni-las), causando com frequência a morte dessas pessoas.

Em seu livro “Ouvindo Vozes”, de 2009, o médico pró-reforma psiquiátrica, Edmar Oliveira, fala do período em que foi colocado como diretor de um grande hospital psiquiátrico da Zona Norte do Rio de Janeiro. Em seu relato, ele dizia que quando chegou ao manicômio, percebeu que diariamente por volta das 6 horas da manhã, próximo ao horário de troca de plantão, passavam enfermeiros puxando uma ou duas macas pelos corredores do hospício, cobertas com um lençol branco, cada uma trazendo o corpo de um paciente que morreu naquela

noite. Ele assistia aos outros pacientes olhando assustados para ver quem eram aqueles que faleceram, e que se formava um silêncio mórbido após a passagem das macas, que ele percebia que era um clima de pesar e de medo que tomava conta de todos, afinal, quem pode garantir que na manhã seguinte não seria um deles passando ali na maca pelos corredores? O novo diretor, Edmar, percebeu que havia um padrão nos falecimentos do manicômio: além de a hora da morte ser sempre à noite, a causa-mortis era sempre a de que o paciente não respondeu aos comandos vitais. Mas Edmar se questionava, afinal, o que havia na saúde daquele usuário para que ele deixasse de responder aos comandos vitais? Que doença orgânica acometeu aquele corpo? Por que todos faleciam de madrugada, sem exceção? Essas são perguntas que não são respondidas num modelo de cuidado manicomial, que priva as pessoas de uma vida saudável, e do acesso ao acompanhamento em saúde das questões orgânicas do corpo. No cuidado manicomial, a queixa de dor dos usuários é desacreditada, a “dor na barriga” é só maluquice da cabeça do mesmo, a diabetes, hipertensão arterial, problemas de colesterol, no fígado, nos rins e cânceres não são investigados, acompanhados e tratados, afinal, trata-se de uma instituição de cuidado sobre o “adoecimento” da mente, não do corpo orgânico. Ou seja, no cuidado com traços manicomiais, a doença e os sintomas são sobrepostos ao próprio sujeito. É exatamente aqui que se faz a dobra da dimensão teórico-conceitual que Amarante (2007) utiliza para caracterizar o cuidado sob os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Na minha experiência nesse campo, alguns profissionais, sabendo que determinados usuários eram casos de saúde mental, deixavam de estar atentos aos cuidados orgânicos gerais. Isso era algo que eu percebi ser mais presente nos profissionais médicos e em alguns agentes comunitários de saúde. No entanto, eu ressalto que essas situações não eram predominantes no cuidado aos usuários de saúde mental nesse campo.

Devido ao fato de a minha experiência ter sido em uma unidade de saúde que costumava empregar muitos médicos recém formados, alguns desses profissionais tinham pouquíssimo preparo técnico não só para lidar com psicotrópicos, mas sobretudo para suportar a escuta da loucura. Além disso, a falta de preparo fazia com que eles se angustiassem com a falta de objetividade do discurso dos pacientes psiquiátricos, e isso tomava uma dimensão ainda pior pelo fato de via de regra haver uma fila grande de pacientes à espera de atendimento ao lado de fora do consultório. Conclusão, muitas vezes esses médicos só davam atenção ao aspecto psiquiátrico do usuário, e esqueciam dos demais elementos. O próprio Roberto, usuário cujo caso foi retratado nessa seção, tinha passado por dezenas de atendimentos pela equipe médica e de enfermagem, e o primeiro hemograma completo foi solicitado pela equipe ESF em seu último ano de vida. As pessoas ficam frequentemente tão tomadas com a loucura, que as vezes

correm o risco de se atentar que o usuário é mais do que um louco. No caso do Roberto, quem descobriu que ele nunca tinha feito um hemograma fui eu, de maneira despreziosa lendo o histórico do prontuário do mesmo. Como ele tinha médico, enfermeira e ACS completamente comprometidos com o caso, e que realizavam consultas ao mesmo com frequência bastante razoável, não tinha passado pela minha cabeça que ele nunca tinha feito um exame laboratorial pra saber suas condições orgânicas. Quando descobri que o mesmo nunca havia feito, eu também me senti muito mal como profissional NASF, por não ter percebido antes e ter confiado que a equipe - que sempre foi muito responsável e cuidadosa – não falharia nesse sentido. Ou seja, de maneiras diferentes falhamos todos nesse aspecto do caso de Roberto. Felizmente o mesmo não tinha nenhuma comorbidade, mas essa situação aparece como um analisador de como a atenção à integralidade do cuidado precisa ser rigidamente observada no processo terapêutico, independentemente de onde o cuidado se dá e por quem ele está sendo realizado.

Por outro lado, também houve nesse campo profissionais médicos, recém formados, extremamente atenciosos com os casos de saúde mental, e que muitas vezes não só solicitavam bastante matriciamento em saúde mental, como também se ofereciam para contribuir com o planejamento de grupos e atividades aos usuários da saúde mental.

A segunda dimensão da Reforma Psiquiátrica apontada por Amarante (2007) é a técnico-assistencial, caracterizada por serviços de cuidado em saúde mental que não promovem “repressão, exclusão, disciplina, controle e vigilância panóptica” (FOUCAULT, 1977 apud AMARANTE, 2007, p. 69). Portanto, são serviços de saúde que devem ser estratégicos, promovendo acolhimento, cuidado e interações sociais (AMARANTE, 2007, p. 69). Segundo o autor, nesse sentido, os serviços que cuidam de pessoas – e não de doenças, devem ser caracterizados como espaços de produção de subjetividade e sociabilidade. Desse modo, o campo da atenção primária possui características essenciais e extremamente potentes para a promoção da dimensão técnico-assistencial, visto que o cuidado é realizado estrategicamente nos territórios próximos à casa dos usuários, há diversos tipos de interações que são realizadas, desde a própria relação usuário-profissional centrada no sujeito, às interações que acontecem com as famílias e as redes de apoio dos usuários, chegando finalmente aos cuidados resultantes das interações entre usuários, realizados de forma extremamente potentes através dos diversos grupos terapêuticos mediados por profissionais, os quais compõem os instrumentos de cuidado ofertados pelo campo da atenção primária.

Retomando o relato primoroso de Edmar Oliveira (2009), que dimensiona de maneira objetiva a violência e o cerceamento de direitos inerentes ao cuidado em saúde mental pela lógica manicomial, fenômeno este que não se restringe à experiência do hospício em que ele

foi diretor (Edmar muito contribuiu para lutar contra essa lógica de cuidado nos anos em que esteve na direção, como também contribuiu e continua contribuindo com a Reforma Psiquiátrica após sair do cargo). Essas condições de cuidado e de não-cuidado estavam presentes em toda a lógica manicomial, e ainda hoje em dia está presente nos manicômios que existem mesmo depois da Lei da Reforma Psiquiátrica (Nº 10.216/2001). Conforme antecipado por Amarante (2007), o cuidado através da lógica manicomial pode estar presente em muitos serviços de saúde, não se restringem aos manicômios, de modo que podem estar presentes nos CAPS, nos ambulatórios, nos leitos psiquiátricos dos hospitais gerais, e até mesmo na atenção primária e na Estratégia de Saúde da Família. Nesse sentido, é essencial ter clareza que a dimensão técnico-assistencial – assim como as demais – sempre estará em disputa nos processos de cuidado, e nos riscos postos à própria sustentação da Reforma Psiquiátrica.

A terceira dimensão da Reforma Psiquiátrica apresentada por Amarante (2007) é a jurídico-política, caracterizada por mudanças na legislação que promovam cidadania e “inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental” (AMARANTE, 2007, p. 69 e 70). Essa dimensão possui um marco especial, que é a promulgação da Lei nº 10.216/2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001 apud AMARANTE, 2007). Protegendo, desse modo, que o usuário tenha garantia de cuidado em saúde mental inclusive no campo da atenção primária, longe dos serviços reconhecidamente de caráter manicomial, asilares, repressores e violentos.

Outros elementos compõem a dimensão jurídico-política a qual trata Amarante (2007), como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), benefício assistencial de um salário mínimo destinado a idosos e pessoas com deficiências que possuem baixa renda familiar, cujo uma parte significa dos usuários com transtorno mental agudo têm direito e recebem; bem como o Programa de Volta pra Casa (PVC), benefício assistencial de R\$412,00, que tem como objetivo auxiliar nas despesas com moradia de usuários com transtornos mentais que tiveram alta hospitalar de internação psiquiátrica com duração maior que 24 meses, e não tiveram melhora significativa dos sintomas. Ainda assim é importante lembrar que junto com esses direitos, há também em jogo requisitos que são excludentes e afetam diretamente pessoas que precisam muito desses benefícios e são barradas de acessá-los pelos parâmetros pré-definidos pelos governos. Essa infelizmente foi uma realidade bastante presente na minha experiência no campo da atenção primária. Usuários com baixa ou nenhuma renda, acometidos por sofrimentos e questões que os impediam para o trabalho, frequentemente não tinham seus direitos reconhecidos para acessar os benefícios assistenciais, em especial porque não possuem uma

trajetória de adoecimento atravessada por internações psiquiátricas, não faziam tratamento em um serviço especializado de saúde mental (o que era inviável para grande parte deles, conforme já abordado nesse estudo), não faziam uso de medicações das classes consideradas mais fortes como os antipsicóticos, e que não apresentavam características comportamentais e motoras assimiladas à figura do “louco”. Mesmo diante do fato de nós das equipes ESF e NASF produzirmos relatórios, estudos e laudos médicos, sociais e psicológicos para os usuários apresentarem ao INSS, explicando os aspectos clínicos, sociais e mentais que atravessavam o sofrimento dos mesmos, impedindo-os de ter condições ao trabalho e ao sustento próprio naquele momento, era muito comum esses benefícios serem negados.

Amarante (2007) ressalta que, ao passo que essas medidas legais contribuem para o aumento da cidadania dos usuários, a cidadania em si não pode ser declarada por decretos de lei, haja visto que a cidadania é construída através de um processo social “tal qual nos referimos no campo da saúde mental e atenção psicossocial, um processo social complexo. É preciso mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais” (AMARANTE, 2007, p.71). Na minha experiência de campo foram intensos os esforços realizados junto aos profissionais, às equipes ESF, aos usuários, aos familiares, à comunidade, e até mesmo junto a nós mesmos da saúde mental da equipe NASF, no sentido de tentar promover junto a todos esses atores mudanças de compreensões, de ações e de relações sociais no que concerne o sofrimento mental, a promoção de cidadania e o lugar da atenção primária nesse processo de cuidado.

A quarta dimensão da Reforma Psiquiátrica trabalhada por Amarante (2007) é a sociocultural, que se configura através da participação da sociedade civil nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, envolvendo a população diretamente nas reflexões sobre os temas que atravessam a loucura e o sofrimento psíquico. O autor destaca que os artistas brasileiros têm uma importância extremamente relevante nessa dimensão, seja através do “Maluco Beleza” e da “Sociedade Alternativa” disseminadas popularmente em melodia pelo Raul Seixas; seja através de blocos carnavalescos, como o “Tá Pirando, Pirado, Pirou”, o “Harmonia Enlouquece” e o “Loucura Suburbana” que promovem a discussão da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica no território carioca; seja através da produção de filmes como “Bicho de Sete Cabeças”.

Sobre essa quarta dimensão, Amarante (2007) destaca o dia 18 de maio, data em que se comemora o “Dia da Luta Antimanicomial” no Brasil. Na presente data, serviços da RAPS se reúnem para festejar o cuidado em saúde mental em liberdade, com a participação dos usuários, familiares, profissionais, professores, pesquisadores e demais simpatizantes da causa antimanicomial da sociedade civil.

É uma data muito especial, que a cada ano elege democraticamente um tema para ser defendido, e a partir disso, os serviços de saúde se organizam para discutir junto aos usuários, familiares e profissionais não só a data comemorativa do dia da Luta Antimanicomial, explicando o que é a Reforma Psiquiátrica e a importância da existência dessa data, como também discutir o tema selecionado a cada ano. No serviço da atenção primária em que eu estive no campo, nós realizávamos essas discussões ao longo de todo o mês de maio, a cada ano. Em algumas ocasiões exibimos filmes aos usuários, familiares e trabalhadores, como “Nise – No Coração da Loucura”, e abríamos o tema para discussão. O grupo de saúde mental que realizávamos sempre discutia também esse tema, muitas vezes trazido pelos próprios usuários, ao saberem que a data comemorativa se aproximava, e ao estarem dispostos a falar de suas experiências de internações psiquiátricas do passado, bem como prepararem cartazes para levarem ao grande evento de comemoração da Luta Antimanicomial, que acontece no Centro do Rio de Janeiro. Para alguns desses usuários, essa era a única vez no ano em que usavam transporte público e se afastavam de seus bairros e de suas realidades por algumas horas.

Conforme visto nos casos relatados nas quatro pistas abordadas nesse estudo, bem como com base nas dimensões da Reforma Psiquiátrica abordadas por Amarante (2007), a atenção primária tem condições muito potentes de promover cuidado em saúde mental promovendo mudança na concepção teórico-conceitual do planejamento e das práticas em saúde, considerando elementos diversos para o cuidado em saúde mental; levando em consideração o vínculo, a produção de subjetividade, a autonomia, apostando na capacidade que o usuário tem de viver de maneira mais saudável e feliz, sem desrespeitar seus limites, ofertando cuidado para além das questões em saúde mental, conferindo credibilidade aos desejos e queixas, com atenção às condições orgânicas dos pacientes na dimensão técnico-assistencial do cuidado; fazendo esforços no sentido de garantir o direito de ser cuidado no território, junto com a família, e de promover acesso a direitos, benefícios e promoção de cidadania sob a dimensão jurídico-política do cuidado; e realizando ações de participação social nas discussões de temas relacionados à Reforma Psiquiátrica, sensibilizando quanto à experiência da loucura e do cuidado com dignidade, através da dimensão sociocultural apontada por Amarante (2007). Esses elementos, portanto, configuram-se através de um processo social complexo (AMARANTE, 2007), são componentes de cuidado previstos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, e estão amparados nos parâmetros da Lei Nº 10.216/2001.

No que concerne o cuidado territorial de usuários em grandes vulnerabilizações sociais, há de se complementar que Oliveira (2018) reforça que insistir na legitimidade dessas pessoas como sujeitos do cuidado, a partir de práticas cotidianas nesses cenários, realizadas por

profissionais da saúde que não atuam no sentido de realizar o controle desses indivíduos, promovendo o cuidado de forma negociada com os mesmos, “pode contribuir para mudanças em micropolíticas locais” (OLIVEIRA, 2018, p. 48). Ou seja, são práticas de cuidado cujos efeitos não se encerram em si mesmas, mas sim que tem capacidade de gerar impactos na relação entre esses sujeitos e a comunidade local.

Desse modo, o objetivo nessa seção é defender que o cuidado em saúde mental na atenção primária, realizado através de ações que estão dentro dos preceitos éticos, políticos e clínicos da Reforma Psiquiátrica, descortina uma série de movimentos, processos, realidades, afetos e sujeitos que frequentemente são invisíveis aos olhos das discussões de cuidado em saúde mental, das instituições de saúde, das políticas sociais e do Estado.

12. Considerações finais

Seguir a pista do papel das equipes NASF foi importante para que se conseguisse perceber, na busca sobre as potencialidades do cuidado em saúde mental no campo da atenção primária, que o apoio matricial em saúde mental ainda se configura como um instrumento extremamente importante no que diz respeito à sensibilização das equipes ESF sobre a importância de se sustentar no campo da atenção primária o cuidado em saúde mental dos usuários, muitos dos quais sem possibilidade de acessar os serviços da rede especializada em saúde mental, por diversas razões. As equipes NASF contribuem com as discussões de caso junto às equipes ESF, incorporando na reflexão sobre o cuidado dos usuários e na construção dos PTS elementos da produção de subjetividade, dos aspectos históricos de vida, bem como dos desejos e limites, implicando as equipes ESF na corresponsabilização do cuidado em saúde mental territorial, potencializando a produção de cuidado através do produto dos encontros entre os usuários e os profissionais.

O trabalho dos agentes comunitários de saúde se mostrou uma pista altamente forte a ser seguida quando se pretende reconhecer potencialidades da atenção primária no cuidado em saúde mental, visto que esses profissionais costumam ser referência para a população nos territórios, uma vez que os mesmos, na realidade do município do Rio de Janeiro, frequentemente são moradores desses territórios, possuem grande proximidade com a população, são acessíveis aos mesmos, e, sobretudo, possuem facilidade de linguagem junto aos usuários. Ou seja, por serem nativos do território e conhecerem muito bem a realidade local, as histórias de vida, as redes que as pessoas estabelecem, acabam sendo profissionais que ocupam lugar de destaque nas equipes de saúde, no que concerne a compreensão das questões de cuidado demandadas pelos usuários.

Ao explorarmos a interface entre a atenção primária e a saúde mental, encontramos potencialidades no cuidado em saúde através do caráter territorial e da grande capacidade de acompanhar casos e articular redes, aspectos esses que estão na essência do campo da atenção primária. Na minha experiência foi possível reconhecer dois perfis mais gerais dos casos de saúde mental que são tipicamente acompanhados na atenção primária: o primeiro tipo são os casos extremamente graves que pelos mais variados motivos acabam não conseguindo chegar ou não serem adequadamente acompanhados na rede especializada de saúde mental; o segundo tipo de casos de saúde mental acompanhados na atenção primária e que ocupam a maior parte do tempo das equipes ESF por serem em uma quantidade muito numerosa, é o dos usuários que possuem grande sofrimento psíquico, mas que ao mesmo tempo conseguem mediar estratégias,

recursos de vida e exercício da autonomia, de modo que são comumente considerados pouco graves pelos CAPS – que estão sobrecarregados de casos muito graves na realidade do Rio de Janeiro – mas que também não possuem condições de aguardar os longos intervalos entre as consultas dos ambulatórios – em minha experiência os ambulatórios de psicologia conseguiam ofertar apenas uma consulta mensal, e os de psiquiatria com intervalos de três a cinco meses entre as consultas, configurando-se, portanto, serviços bastante sobrecarregados na RAPS do Rio de Janeiro. Conseqüentemente, esses usuários apesar do grande sofrimento psíquicos, não conseguem um lugar adequado às necessidades deles para o cuidado na rede de saúde mental especializada, e a atenção primária passa então a ser a referência de cuidado em saúde mental possível para os mesmos, a fim de evitar que os mesmos entrem em crise por essa falta de lugar adequado para o cuidado dos mesmos nas redes especializadas.

A pista das invisibilidades foi a última que seguimos, com o objetivo de estudar as potencialidades do cuidado em saúde mental no campo da atenção primária, e os resultados apontaram para uma característica extremamente marcante desse campo, que é a capacidade de descortinar invisibilidades, seja de realidades e histórias de vida que normalmente fecham-se em si próprias, seja no acesso à saúde, seja no acesso a demais serviços e cuidados viabilizados com o intervenção da atenção primária, seja de ações que promovem cidadania e viabilizam que essas pessoas passem a ser enxergadas pelo Estado como sujeitos de direitos.

Para ser possível pensar o cuidado em saúde mental no campo da atenção primária dialogando com as pistas acima, eu utilizei aportes teóricos como Emerson Merhy e Laura Feuerwerker, através das novas metodologias de cuidado apresentados por eles; Luiz Cecílio e as dimensões do cuidado que o mesmo propõe; José Ricardo Ayres com seus elementos para um processo de cuidado transformador; e Paulo Amarante abordando os elementos que compõem o processo social complexo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e orienta ações de cuidado em saúde nos princípios da mesma. Portanto, essas foram as escolhas que eu fiz de autores que trazem abordagens de cuidado em saúde que me afetam, com o objetivo de travar diálogo com a minha experiência e me auxiliar na construção de novas dobras sobre as questões tratadas nesse estudo. No entanto, é fundamental destacar que há um universo muito grande de boas referências de cuidado em saúde na literatura brasileira, que também devem ser considerados por quem deseja estudar o tema.

A característica territorial apareceu como central e estruturante das potencialidades do cuidado em saúde mental realizado no campo da atenção primária. Por sua vez, a vulnerabilização da população aqui retratada ganha escopo social dominante nesse estudo, caracterizada por elementos como diversos tipos de violências na vida dessa população,

inclusive algumas cometidas pelo próprio Estado ou pela ausência do mesmo; baixo acesso à educação; acesso insuficiente às políticas assistenciais; praticamente nenhum acesso à cultura e ao lazer com dignidade ofertado pelo Estado; demais serviços da rede de saúde geograficamente distantes ou superlotados, caracterizando barreiras de acesso; demissões e extinção de cargos de profissionais da atenção primária, como ACS, médicos, enfermeiros e profissionais do NASF, rompendo vínculos e precarizando a oferta de cuidado em saúde. Nesse contexto, as relações que se estabelecem a partir da grande proximidade e do contato direto dos profissionais de saúde com os territórios marcadamente vulnerabilizados, exigem outras estratégias e formas de organizar o processo de cuidado em saúde mental, fazendo com que tanto os profissionais que se mantêm nos cargos quanto a população do território adotem uma postura de resistência, que certamente custa muito cara para a saúde de todos, e ainda assim, em minha compreensão, é o melhor a ser feito em defesa à vida, à cidadania e aos SUS.

A crise da saúde que se apresenta de diversas formas em todas as seções desse estudo não é pontual. Ao contrário, trata-se de uma crise estrutural e estruturante das políticas públicas brasileiras, com impactos acentuados na Saúde. Há, portanto, uma ação coordenada pelo Estado, através da diminuição exponencial de investimentos, a má qualidade de serviços ofertados e nas barreiras de acesso às políticas de Educação, Assistência, Previdenciárias, de Saúde etc. que configuram uma direção geral do Estado brasileiro em não se importar com vidas pobres e com vidas negras. Nesse sentido, reforçamos a compreensão de que não se trata de uma população vulnerável, mas sim, vulnerabilizada pelo descaso estrutural do Estado.

A partir dos diálogos que foram tratados nessa pesquisa, é possível afirmar que vale a pena continuar apostando na atenção primária e na Estratégia de Saúde da Família como políticas de cuidado em saúde mental, considerando o caráter territorial já mencionado, mas sobretudo como aposta de construção do cuidado que é coletivizado, seja na troca entre usuários nos espaços e ações de trocas e de sociabilidade ofertados pelos serviços de atenção primária, seja entre usuários e profissionais ESF no cotidiano dos processos de cuidado, seja entre profissionais ESF e equipe NASF no compartilhamento de casos, seja entre a articulação da rede de atenção primária com as redes inter e intrasetoriais. Essas dimensões coletivizadas e horizontalizadas das práticas são extremamente potentes no processo de cuidado em saúde mental. Tais características fortemente presentes nesse estudo são marcas da potência de cuidado das equipes de Estratégia de Saúde da Família, e nessa direção nos posicionamos em defesa da aposta desse formato de equipe no campo da atenção primária, em detrimento às Equipes de Atenção Básica que têm sido estimuladas nas atuais gestões de governo. Amarante (2007) nos lembra que as equipes ESF são estratégicas porque centralizam o cuidado na

promoção à saúde, não nas doenças. Além disso, Amarante (2007) concorda com Lancetti no que diz respeito ao cuidado em saúde mental ter a complexidade de uma pirâmide invertida, posto que a ponta da pirâmide, que é o nível hospitalar, é o que tem menos complexidade de operar o cuidado, enquanto a base da pirâmide, que é o cuidado na atenção primária, caracterizado pela extensão do cuidado aos familiares, aos atravessamentos dos territórios e as dinâmicas de vida do sujeito, compõe o nível mais complexo de cuidado.

Sob os aspectos científicos desse estudo, vale lembrar que eu utilizei a minha experiência no campo da atenção primária, como assistente social de uma equipe NASF, com grande implicação no cuidado em saúde mental, com o objetivo de trazer elementos que contribuam com a discussão do cuidado em saúde mental realizado pela Estratégia de Saúde da Família. Para tanto, coletivizei não só o meu trabalho em meu campo de prática, como o meu processo de produção de conhecimento, à medida que esse campo de prática profissional foi se tornando também meu campo de estudo. Não se trata, portanto, de uma pesquisa que anseia configurar verdades universais e traduzir de forma homogênea as realidades do cuidado em saúde mental no campo da atenção primária. Ao contrário, a aposta é que os elementos tratados nessa experiência possam ser olhados por outras pessoas, que de alguma maneira possam se reconhecer ou se afetarem com os pontos de vistas aqui apresentados, e se desdobrarem em diálogos, ecos, incômodos, parcerias, questões etc. Em suma, nesse estudo jamais pretendemos concluir verdades, até mesmo porque a atenção primária, a saúde mental e os processos de cuidado estão em constante movimento. A pretensão desse estudo, portanto, ao invés de concluir questões, é se abrir ao diálogo.

Mas afinal, o que pode ser considerado saber científico? Que ciência é essa aqui apresentada? Nessa pesquisa partimos do pressuposto que o saber científico não se reduz à produção de conhecimento que é rigidamente orientada pelos elementos que caracterizam tradicionalmente os métodos de pesquisa e o saber acadêmico, conceitual e catedrático. De outro modo, me coloquei à prova nesse estudo, como profissional e como pesquisador, ciente dos riscos e dos ganhos ao fazer essa aposta, mas fundamentalmente reconhecendo que a própria prática profissional, por isso só, já é produção de conhecimento, com elementos científicos que não desabonam em nada a sua capacidade de produção de saber quando comparada às pesquisas com métodos mais tradicionalmente reconhecidos como ciência. Nessa perspectiva, destaco que há uma intencionalidade política clara nesse estudo em direção à defesa intransigente do reconhecimento da potência da produção de conhecimento realizada a partir das práticas profissionais, bem como da defesa de que os cursos *stricto sensu* sejam

ocupados por trabalhadores atuando ativamente na assistência à saúde, o que ainda é um desafio na realidade acadêmica e científica no Brasil.

Referências

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro. ISBN: 9788575411353. Editora FIOCRUZ, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 14, 2004, p. 73-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en&nrm=iso> Acesso em: jan. 2019.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M.; POZ, M. D.; TRAVASSOS, C. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200504> Acesso em: set. 2017.

BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos, In: **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade** / Organizadores: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. – Porto Alegre: Sulina, 2015, p. 52-75.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 19. abr. 2002, p. 20-28. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000100003&lng=en&nrm=iso> Acesso em: mar. 2020.

BRASIL. Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**. Casa Civil. Brasília, 1988.

BRASIL. Casa Civil. Decreto de Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Casa Civil. Brasília, 1990.

BRASIL. Casa Civil. Decreto de Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Casa Civil. Brasília: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Primária, Nº 27**. Ministério da Saúde. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental / CHIAVERINI, D. H. (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: **Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva**, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. In: **Cadernos de atenção básica, Nº 39**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial da União**. Ministério da Saúde. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. **Diário Oficial da União**. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Ministério da Saúde. Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial da União**. Ministério da Saúde. Brasília, 2017b.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, 2007, p. 399-407. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso> Acesso em: abr. 2020.

CAMPOS, G. W. S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.; DEL BARIO, L. R. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2013, p. 2797-2805.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. In: **Interface (Botucatu)** [online]. 2011, vol.15, n.37, p. 589-599. ISSN 1414-3283. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: abr. 2020.

CECÍLIO, L. C. O. Cuidar é, sempre, um ato político. In: **Intervozes – Trabalho, Saúde, Cultura**. FASE/ENSP/ISC. Petrópolis: FASE, 2016, semestral, p. 76-79.

Disponível em:

<http://www.fmpfase.edu.br/Intervozes/Content/pdf/Edicao/INTERVOZES_01_VOL_01.pdf>
> Acesso em: mar. 2020.

CERQUEIRA, P.; MERHY, E.; SILVA, E.; ABRAHÃO, A. L.; VIANA, L.; ROCHA, M.; SANTOS, N.; CHAGAS, M.; TALLEMBERG, C.; SANTOS, M. T.; CARLA, A. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: **Pesquisadores IN-MUNDO : um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental** / Organizadores: GOMES, M. P. C. e MERHY, E. E. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014, p. 25-42. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/pesquisadores-in-mundo-pdf/at_download/file> Acesso em: abr. 2020.

FIGUEIREDO, E. B. L.; ANDRADE, E. O.; MUNIZ, M. P.; ABRAHÃO, A. L. Pesquisa-interferência: um modo nômade de pesquisar em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 2, abr. 2019, p. 571-576. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200571&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: abr. 2020.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde mental na atenção primária à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009, p. 129-138.

FRANCO, T. B. MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec. 2013, p. 151-171. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/10reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>> Acesso em: mar. 2019.

GOMES, M. P. C.; CIPRIANO, R. C.; FREIRE, J. T.; MERHY, E. E.; ABRAHÃO, A. L.; SILVA, E.; VIANA, L.; TALLEMBERG, C. Acesso às multiplicidades do cuidado como enfrentamento das barreiras em saúde mental: Histórias de R. In: **Pesquisadores IN-MUNDO : um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental** / Organizadores: GOMES, M. P. C. e MERHY, E. E. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014, p. 55-88. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/pesquisadores-in-mundo-pdf/at_download/file> Acesso em: abr. 2020.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. V. 31, n. 7, 2015, p. 1497-1504. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00143114>>. ISSN 1678-4464. Acessado em: abr. 2020.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade** / Organizadores: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. – Porto Alegre: Sulina, 2015, p. 32-51.

LANCETTI, A. A potência terapêutica dos agentes comunitários de saúde. In: **Clínica Peripatética**. São Paulo: 10.ed. Editora Hucitec, 2016, p.87-96.

LANCETTI, A; AMARANTE, P. saúde mental e Saúde Coletiva. in: MINAYO, M. C. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Cap. 18. Rio de Janeiro: Ed. Hunter. Ed. Fiocruz, 2007, p. 615-634.

LIMA, D. M. C. Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ: desafios da atenção primária numa grande cidade. **Dissertação de mestrado** – Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz), 2014. Disponível em: <<https://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3967>> Acesso em: set. 2017.

LIMA, R. C. C. Comunidades terapêuticas e a saúde mental no Brasil: um encontro possível? In: **A problemática das drogas: contextos e dispositivos de enfrentamento** / organizadores: VIEIRA, L. L. F.; RIOS, L. F.; QUEIROZ, T. N. Recife: Editora UFPE, 2016, p. 142-171.

LIMEIRA, R. M. N. Cartografia de fronteira: O apoio como estratégia de enfrentamento à violência institucional no SUS. **Dissertação de mestrado** – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

MALINOWSKI, B. **Um diário no sentido estrito do termo**. Editora Record: Rio de Janeiro-São Paulo; 2001. Arquivo em PDF.

MATTOS, R. A. Breves Reflexões Sobre os Caminhos da Pesquisa. In: **Caminhos para análise das políticas de saúde** / MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (organizadores). – 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015, p. 403-416.

MELO, E.; MIRANDA, L.; SILVA, A. M.; LIMEIRA, R. M. N. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate [online]**, v. 42, 2018, p. 328-340. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>> Acesso em: abr. 2020.

MENDES, Á. N. A saúde pública brasileira num universo “sem mundo”: a austeridade da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200502> Acesso em: set. 2017.

MERHY, E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: fazendo um exercício sobre a reestruturação produtiva na produção do cuidado. In: **Saúde – a cartografia do trabalho vivo em ato** / Emerson Elias Merhy. São Paulo: 4ª Edição, Hucitec Editora, 2014, p. 93-114.

MERHY, E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (organizadores). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão, Salvador: UFS e UFBA, 2009, p. 29-56.

MIRANDA, L. Desafios para o cuidado integral: saúde mental na Atenção Primária em Saúde. **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2018, p. 839-841. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000200839&lng=en&nrm=iso> Acesso em: abr. 2020.

MOEBUS, R. L. N. Pesquisa Interferência desde Heisenberg // Interference Research Since Heisenberg. **DIVERSITATES International Journal**, [S.l.], jul. 2015. ISSN 1984-5073. Disponível em: <<http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/93/71>> Acesso em: abr. 2020.

NOGUEIRA, C. O. “Dá licença, posso entrar?” Uma etnografia em uma Clínica da Família. **Tese de doutorado**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro/Museu Nacional/PPGAS, 2016.

NUNES, M; JUCÁ, V. J; VALENTIM, C. P. B; Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: 2007, p. 2375-2384. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000012&lng=en&nrm=iso> Acesso em: set. 2017.

OLIVEIRA, E. **Ouvindo vozes: histórias do hospício e lendas do encantado**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.

OLIVEIRA, R. G. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 27, n. 1, jan. 2018, p. 37-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000100037&lng=en&nrm=iso> Acesso em: abr. 2020.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S.; FERRER, A. L.; CORRÊA, C. R. S.; MADUREIRA, P. R.; GAMA, C. A. P.; DANTAS, D. V.; NASCIMENTO, R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da atenção primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, 2012, p. 43-50.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade** / Organizadores: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. – Porto Alegre: Sulina, 2015a, p. 17-31.

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

PICCININI, C. A. A saúde bate à sua porta: estratégias de cuidado dos agentes comunitários de saúde na atenção básica. **Dissertação de mestrado**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/70044>> Acesso em: abr. 2020.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6, p. 1903-1914. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>> Acesso em: jan. 2019.

RIO DE JANEIRO. Reorganização dos serviços de atenção primária à saúde – estudo para otimização de recursos. **Prefeitura municipal**. Subsecretaria de promoção, atenção primária e vigilância em saúde. Rio de Janeiro. Nov. 2018. Disponível em:

<<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/e724fbbea2e73dc2d89630de33a2ff170ed967ec.PDF>>
Acesso em: mar. 2020.

ROESE, A; GERHARDT, T. E.; SOUZA, A. C; LOPES, M. J. M. Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Vol. 5, Nº 3, 2006. Arquivo em PDF.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do desejo** / ROLNIK, S. – 2ª Edição, Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2016.

ROMAGNOLI, R. C. Uma cartografia e sua pesquisa e vida. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 2, 2009, p. 166-173.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000200003&lng=en&nrm=iso> Acesso em: mar. 2019.

ROSSI, P. et al. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00194316.pdf>> Acesso em: set. 2017.

SAFFER, D. A; MATTOS, L. V; REGO, S. R. M. Nenhum Serviço de Saúde a Menos: movimentos sociais, novos sujeitos políticos e direito à saúde em tempos de crise no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Saúde em Debate**. Volume 44. Número especial 1. Rio de Janeiro. Jan 2020. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2020/01/PHM-web.pdf>> Acesso em: mar. 2020.

SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1795.pdf>> Acesso em: set. 2017.

TCHAO, E. Prefeitura do Rio começa a demitir funcionários do programa Clínica da Família. **G1 - Globo.com**. Rio de Janeiro, 17 de janeiro de 2019.

Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/01/17/prefeitura-do-rio-comeca-a-demitir-funcionarios-do-programa-clinica-da-familia.ghtml>> Acesso em: fev. 2019.

TEIXEIRA, F.; OUCHANA, G. Prefeitura vai reduzir atendimentos nas Clínicas da Família para poder cortar gastos. **O Globo** [online]. Rio de Janeiro, 04 de outubro de 2018.

Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/prefeitura-vai-reduzir-atendimentos-nas-clinicas-da-familia-para-poder-cortar-gastos-23125809>> Acesso em: fev. 2019.

TEIXEIRA, M.; MATTA, G. C.; JÚNIOR, A. G. S. Modelos de gestão na atenção primária à saúde: uma análise crítica sobre gestão do trabalho e produção em saúde. In: **Atenção primária à saúde no Brasil. Conceitos, práticas e pesquisas**. MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (organizadores). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018, p. 117-141.

VASCONCELOS, E. M; Breve Periodização Histórica do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil Recente. In: VASCONCELOS, E. M. (org.) et al. **Saúde mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**, 4ª Edição, São Paulo: Cortez, 2008, p. 19-34.

VELHO, G. Observando o familiar. In: **Individualismo e Cultura**. Editora Zahar. Rio de Janeiro, 1981.