

Simone Mainieri Paulon
Mário Francis Petry Londero
ORGANIZADORES

Série Atenção Básica e Educação na Saúde



SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: O PESQUISAR COMO CUIDADO

e-livro
SUSTENTABILIDADE
editora redeunida

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

editora

redeunida

1ª Edição
Porto Alegre
2019

editora

redeunida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

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

Conselho Editorial

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

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

Ana Lúcia Abrahão da Silva - Universidade Federal Fluminense, Brasil

Àngel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Stefanini – Università di Bologna, Itália

Ardigó Martino – Università di Bologna, Itália

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

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

Débora Cristina Bertussi - Universidade São Caetano do Sul, Brasil

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

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

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

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

Felipe Proença de Oliveira – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

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

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

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

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

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

Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidad Nacional de Lanús, Argentina

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

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano Bezerra Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

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

Maria Augusta Nicoli – Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Itália

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

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

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

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

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

Oswaldo Peralta Bonetti - Ministério da Saúde, Brasil

Odete Messa Torres – Universidade federal do Pampa, Brasil

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

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

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

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

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

Rossana Staeve Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Simone Edi Chaves – Ideia e Método, Brasil

Sueli Terezinha Goi Barrios – Ministério da Saúde, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

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

Vera Maria Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Márcia Regina Cardoso Torres

Gabriel Calazans Baptista

Letícia Stanczyk

Projeto Gráfico | Capa | Edição Imagem Capa | Diagramação

Lucia Pouchain

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

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

ISBN: 978-85-54329-21-1

DOI: 10.18310/9788554329211

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

CDU: 614

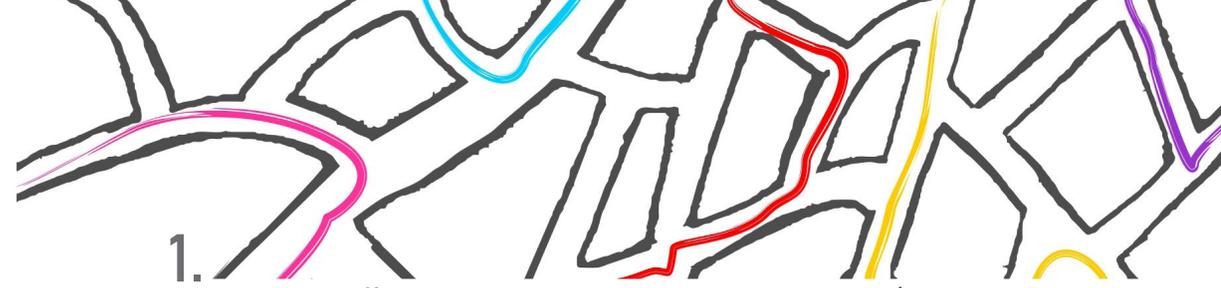
NLM: WM105

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

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

www.redeunida.org.br





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

Simone Mainieri Paulon
Mário Francis Petry Londero
Liane Beatriz Righi

Introdução

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tecituras de Cuidado e Cuidadores: o ponto a ponto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Entre carências e potências: os eixos temáticos dos resultados

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

1. Concepção Saúde Mental

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

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

9 Narrativa expressa por um trabalhador da Atenção Básica.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Gestão do Trabalho

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

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

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

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

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

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

3. Estratégias de cuidado: tutelar X psicossocial

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

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

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

autonomia e protagonismo dos usuários.

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

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

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

4. Cuidado em Rede

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Controle social e Protagonismo do Usuário

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

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

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

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

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

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

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

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

Considerações Finais

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referências

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Perspectiva, 2013.

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

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

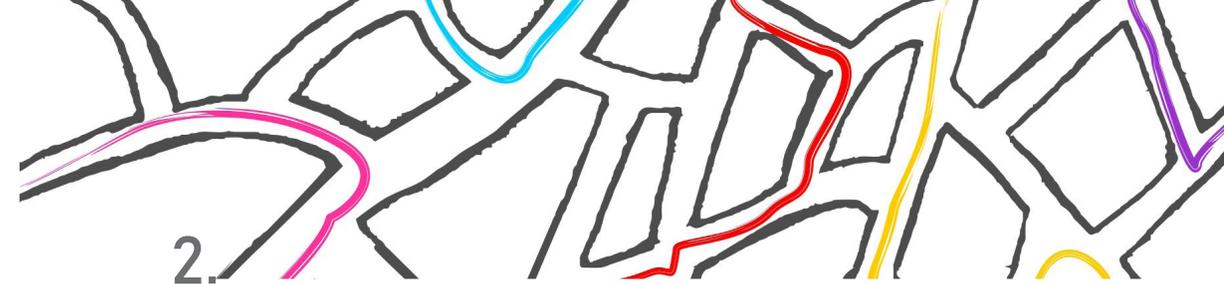
PAULON, S. M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, 17 (3), 18-25, set-dez: 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a03v17n3>> Acessado em: 23 de jul 2018.

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

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

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

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



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

Cláudia Maria Figueiras Penido
Izabel Christina Friche Passos

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

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

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

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