

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC – SP  
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde – FACHS  
Curso de Psicologia

Psicologia e políticas públicas: Um território em vulnerabilidade social e desafios  
da Atenção Básica e Saúde Mental

Maurício Marinho Iwai<sup>I</sup>  
Elisa Zaneratto Rosa<sup>II</sup>

Junho, 2014  
São Paulo – SP

---

<sup>I</sup> Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e Acompanhante Terapêutico pelo Projeto Humanitas.

<sup>II</sup> Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora assistente mestre da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e doutoranda em Psicologia Social na mesma Universidade. É tutora do PET Saúde da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC-SP.

\* Versão institucional entregue em 11 de Dezembro de 2013. Versão para avaliação da 8ª Ed. do Prêmio Sílvia Lane da ABEP (Associação Brasileira de Ensino e Psicologia) enviada em 21 de Junho de 2014.

*"I woke up with the power out, not really something to shout about. Ice has covered up my parents hands, don't have any dreams don't have any plans. I went out into the night, I went out to find some light. Kids are swingin' from the power lines, nobody's home, so nobody minds. I woke up on the darkest night, neighbors all were shoutin' that they found the light.*

*("We found the light")*

*Shadows jumpin' all over my walls, some of them big, some of them small. I went out into the night. I went out to pick a fight with anyone. Light a candle for the kids, Jesus Christ don't keep it hid!*

*Ice has covered up my parents hands don't have any dreams don't have any plans. Growin' up in some strange storm, nobody's cold, nobody's warm. I went out into the night, I went out to find some light. Kids are dyin' out in the snow, look at them go, look at them go!*

*And the power's out in the heart of man, take it from your heart put in your hand.*

*What's the plan? Is it a dream? Is it a lie? I think I'll let you decide. Just light a candle for the kids. Jesus Christ! Don't keep it hid! Cause nothin's hid, from us kids! You ain't foolin' nobody with the lights out!"*

Neighborhood #3 (Power Out) - The Arcade Fire

## 1. Introdução

A proposta do Núcleo de “Psicologia e Políticas Públicas” do curso de psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde (FACHS) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), um desafio bastante amplo, contou no ano de 2013, com a participação de quinze alunos/estagiários do quinto ano letivo e certa carga horária de aulas e práticas de estágio em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e no território com a comunidade e outros dispositivos de serviços públicos. Esse texto apresenta o trabalho de estágio realizado nesse ano com supervisão e orientação da professora Elisa Zaneratto Rosa.

O Núcleo tem como objetivo não apenas formar psicólogos para a atuação na rede pública - saúde, educação, assistência social e outras - mas também que seus estudantes possam se tornar produtores e elaboradores de políticas públicas. Contribuir para uma participação concreta da Psicologia nesse campo. Pretende produzir reflexões que contribuam para os futuros profissionais atuarem tendo em vista a necessidade de transformação de algumas concepções presentes hoje na sociedade brasileira. Problematisando diversos movimentos que muitas vezes são pouco pensados, como a lógica de mercado que atravessa as relações e faz dos direitos, mercadorias; apoiando mobilizações sociais e trazendo à consciência uma visão a respeito da democracia que acredita que sua possibilidade reside em uma sociedade participativa, que discute a respeito de seus problemas e interfere na realidade, e não somente vota e escolhe

representantes. É preciso problematizar ainda: a concentração fundiária, o monopólio dos meios de comunicação e as desigualdades sociais. Como nos mostra Oliveira:

“...pressupõe também uma (necessidade de) democratização da sociedade brasileira. Nosso problema não é apenas o de desenvolver plebiscitos, ou formas de consultas populares, que garantam uma expressão na democracia direta, a ação dos cidadãos sem intermediação da representação. Isso aí seria de alguma forma, uma fórmula incompetente para lidar com esta dimensão do problema, que é a dimensão da democratização das relações entre os brasileiros. Dissolvendo o forte componente hierárquico existente nessas relações e instaurando modelos mais igualitaristas de percepção do outro, não como alteridade valorada, superior ou inferiormente, mas como outro de natureza igual, um outro da mesma natureza, diante dos processos de produção de alteridade.” (Oliveira, 2007, p. 9)

A importância de construir uma participação política que aproxime pessoas, a diversidade dos grupos e segmentos, representantes e sociedade, e está entre os seus. Surge aqui pela primeira vez a questão do isolamento entre as pessoas.

Então, como trabalhadores do campo de políticas públicas, o autor nos inspira a ter consciência das implicações da pobreza, de como ela foi construída e o que ela traz para as populações com as quais vamos entrar em relação por meio desse trabalho, reconhecendo sempre a pobreza como uma dimensão constitutiva da desigualdade social em nosso país. Se quisermos transformar a visão da sociedade, devemos levar em conta a nós mesmos, com o intuito de verdadeiramente reconhecer a complexidade dos arranjos nos territórios de vulnerabilidade social.

Ajudar a pensar na condição humana como parte de um contexto social e uma história, saber que tanto uma situação de vulnerabilidade como de violência ou ocorrência criminal – até mesmo as mais inaceitáveis, por mais que nos afetem – são decorrentes de um contexto social mais amplo, modos de vida que não surgiram isoladamente e, portanto não podem sofrer intervenções individuais e naturalizadas, como acontece na maior parte das vezes, é um desafio para os trabalhadores das políticas públicas.

Entendemos que existe um fenômeno comum no cotidiano da sociedade ocidental identificado por estudiosos como *processo de naturalização* que se caracteriza pela adoção de uma série de elementos – determinantes - presentes em discursos ou ações, decorrentes de diversos fatores culturais frequentemente velados que ao se repetirem reproduzem eventos descontextualizados.

Podemos explicitar alguns desses fenômenos culturais que atravessam a visão dos homens a respeito de seus iguais: a ciência natural que estabelece parâmetros investigativos em que considera objetos de estudos como simplesmente dados em ambientes neutros e independentes entre si e traz influências para diversos campos de saber como a biologia, as ciências médicas e a gestão de pessoas; o capitalismo, que implica competição e suposta liberdade inata aos sujeitos que vivem sob seu sistema em um esquema de meritocracia e exclusão dos que não encontram possibilidade de progresso material, afirmando que todos são livres para se apropriar daquilo que conseguem por meios pouco discutidos; ainda, entre outros, a fragmentação e segmentação dos setores da sociedade - saúde, educação, trabalho, cultura, como expressão do processo de divisão social do trabalho.

Em detrimento da *naturalização* excessiva como forma de compreensão da condição humana, argumenta-se que o homem tem como uma de suas características fundamentais a relação. No processo histórico e dialético o homem se constitui, interpreta o mundo e toma decisões não absolutas. Compreender o comportamento dos homens a partir do processo relacional e histórico implica considerar o ambiente social em face do qual ocorreu e as consequências diretas e indiretas, considerar diferentes perspectivas e assim por diante.

Alguns exemplos podem ser muito expressivos. O filme *Os Incompreendidos* (1959), do diretor François Truffaut, mostra como o sistema de educação cartesiano que está predominantemente em voga até hoje é falho. O jovem personagem Antoine Doinel desenvolve um talento para redação, que é potencializado a partir de sua relação afetiva com mãe. Contudo a concepção normativa não reconhece a criatividade como uma possibilidade anterior à submissão dos pressupostos educacionais valorizados verticalmente e conteúdos gerais petrificados no tempo e entendidos como aqueles que vão preparar as crianças para o mundo adulto. Então Doinel ou é ridicularizado em suas produções literárias ou acusado de plágio. E ironicamente uma cena mostra a situação que passa despercebida pelo professor: um dos alunos que destrói seu caderno por não saber manusear a caneta à tinta.

Quando fazemos uso de expressões tais como “o poder corrompe”; ou “as pessoas não querem aprender coisas novas, querem apenas receber assistência passivamente”; “a população daquela região não tem nada e não faz nada para ter algo”; “ganha dinheiro pedindo no farol, é mais fácil que procurar trabalho digno, continua na vadiagem”; “aqui adolescentes de dezesseis anos às vezes são mais perigosos que bandidos adultos, por que eles não têm medo, matam até o

entregador de pizza para roubar a moto, e são inconsequentes, desafiam até o chefe do tráfico”; “o jovem não quer trabalhar, ganha muito mais como traficante de drogas”, em todas essas situações estamos “*naturalizando*” processos, deixando de reconhecer a complexidade que os constitui e muitas vezes reproduzindo concepções e ações que, por camuflarem determinantes sociais e históricos importantes, não se implicam com sua transformação, mas desistem dela.

A introjeção dessa forma de pensar na sociedade perpassa todas as classes sociais de tal forma que vemos pessoas das classes mais baixas dirigindo a si mesmas ou a outros membros da mesma classe social discursos determinados por semelhantes processos de naturalização. Como quando alguém diz: “tive poucas oportunidades, minha família não tinha quase nada, passamos por muitas dificuldades, mas escolhi não roubar e não fazer nada errado, outros não estão nem aí, vão pelo caminho mais fácil mesmo”. Freud expõe com muita clareza o fato de que para aqueles que aderiram às regras da sociedade é difícil compreender os que não agiram da mesma forma, ou não tiveram condições para tal. Sem dúvidas, para a maioria das pessoas no mundo contemporâneo custa caro seguir as regras, investir esforços na construção de sua própria identidade e modo de vida. Isso nos ofusca e deixamos de lado outros possíveis pontos de vista. A possibilidade de nos colocarmos na perspectiva do outro.

Os fatos desfavoráveis decorrentes da exclusão, da violência do Estado atual e histórica; viver em face da ameaça, quando uma série de situações negativas se mostra hora como perda, hora como impedimentos, o reconhecimento de que *o problema da pobreza é viver apenas para comer*<sup>1</sup>, a violência como símbolo pra uns e realidade para outros. Todos esses fatores são angustiantes, talvez sejam, na saúde pública, geradores de núcleos complexos relativos ao que Cunha & Campos (2011) apontam como *demanda reprimida*. O discurso indiferente ou imobilizado do processo de naturalização muitas vezes cumpre a função de reprimir a angústia de se entrar em contato com alteridades vulneráveis. Não é fácil colocar-se na perspectiva do outro. Nesse sentido Souza & Carvalho trazem uma leitura dos modos como pessoas referem-se a outras pessoas em situações adversas:

“Certa vez andando de ônibus sentei ao lado de uma senhora e logo vimos um rapaz morador de rua cambaleando e tropeçando numa tentativa de seguir caminhando. A

---

<sup>1</sup> Citação extraída de palestra apresentada por Zeljko Loparic no ano de 2010 no II Congresso Luso-Brasileiro de Fenomenologia.

senhora assustada exclamou: *veja o que o crack faz com as pessoas!*. Muitos outros signos, como a miséria, desemprego, desassistência, modos de vida, etc. foram subtraídos por um único signo – o crack – e numa operação cognitiva que permitia tornar localizável um problema complexo, a senhora resumiu um problema multicausal num problema de causa única: as drogas como causa. A pergunta que me ficou foi se esta constatação deixava a senhora perplexa ou se de certa forma a deixava mais aliviada por poder localizar o problema.” (SOUZA & CARVALHO, 2012, p. 42)

Superar essas concepções, como foi dito, é um desafio em nossa profissão. Ao longo do estágio realizado, foi possível perceber o quanto profissionais de saúde muitas vezes reproduzem esse tipo de interpretação em seu cotidiano de trabalho, reproduzindo assim uma visão hegemônica em nossa sociedade e muitas vezes sentindo-se frustrados em sua atuação.

Mudanças são possíveis quando os fenômenos são colocados em questão, a partir primeiramente de um sentimento de comunhão – estar junto - no trabalho que trará a possibilidade de reconhecimento e diálogo, reflexão e humildade (inclusive entre partes antagônicas), em face de todas as dificuldades. Isso pode trazer repercussões positivas nas práticas sanitárias e de acolhimento.

Os estagiários procuraram participar dos espaços de reflexão que abordavam questões desse tipo, como as reuniões de equipe, matriciamento e outros espaços coletivos que incluem também usuários, como os grupos de hipertensão e terapia comunitária. Espaços coletivos potentes para “*desnaturalizar*” processos, rever posturas, construir conjuntamente concepções.

Um caminho apontado por Campos (1996/97) e Amarante (1996) em referência ao pensamento de Edmund Husserl – revisitado de maneira importante por Franco Basaglia - é a suspensão fenomenológica a partir da qual se busca o contato verdadeiro com as coisas, pela suspensão de pressupostos e juízos de valor moral. Assim podemos suspender – porém não desconsiderar – alguns pressupostos e juízos de valor a fim de uma busca por melhor compreensão da condição do outro ou de determinados grupos.

Não podemos saber de verdade quais as possibilidades que uma pessoa tem de desempenhar papéis importantes em sua vida se nos prendermos a nossos juízos morais; é preciso reconhecer as dificuldades de cada um, sem colocar em questão a validade de sua perspectiva, mas ajudando a descobrir seu sentido. Uma pessoa que não toma corretamente seus remédios para diabetes e se prejudica gravemente; por outro lado a equipe de referência fica angustiada com essa vida que corre sérios riscos. O diálogo com essa pessoa só será possível se houver sincero reconhecimento de suas dificuldades, possibilitando vínculo a partir do qual se

constroem mudanças sólidas e geradas por processos de ganho de autonomia – ser reconhecido por aquele profissional de saúde como alguém, dotado de valores próprios, desejos e singularidades e por isso poder valorizar a si mesmo e fazer escolhas e mudanças.

É preciso valorizar menor ênfase nos procedimentos e pressupostos que prescrevem condutas corretas para casos gerais e maior ênfase na construção de um modo de viver junto ao outro que possa contribuir para sua própria forma de ser e de se cuidar.

“Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no *processo de cura*, mas no processo de *invenção da saúde* e de *reprodução social do paciente*.” (Amarante, 1996, p. 77).

O profissional desempenharia o papel de compartilhar a atenção e o cuidado à saúde com o usuário, admitindo o valor de cada saber como importante, principalmente o do próprio usuário, mas também de todos os outros, pois no fundo trata-se de uma postura com relação ao mundo ao redor. Um pouco dessa forma de pensar pode estar presente em qualquer prática de saúde e favorece a possibilidade da reação social, mobilizações e mudanças, saída do conformismo.

Por outro lado, precisamos reconhecer um movimento em que a diversidade de formas de pensar está inserida, a importância do trabalho clínico de cada disciplina – como parte de um coletivo e não isolado – e o fato de que o trabalho clínico se origina no cuidado e atenção ao outro; o valor da medicina e das contribuições tecnológicas. Quando pode ser reconhecido que as práticas da maior parte dos profissionais de saúde têm por objetivo primordial a assistência, a direção clínica, o cuidar, encontra-se um ponto comum para muitas discussões em campo, independente de qualquer pressuposto.

A participação da Psicologia, da Clínica Ampliada e da Saúde Coletiva deverão então incluir contribuições importantes, que não neguem a Clínica das disciplinas, mas busque a construção conjunta de modos de se pensar e avançar em políticas públicas de saúde e demais setores.

### **1.1 Contribuições Metodológicas**

A Clínica Ampliada propõe a valorização do sujeito e seus processos subjetivos. Os desejos individuais de usuários e suas condições de existência são considerados para promoção

de saúde e resolução de quadros de doença. Com o intuito de garantir transformações mais sólidas na vida dos sujeitos e minimizar condutas referenciadas por prescrições de saúde verticalizadas, muitas vezes aderidas pré-reflexivamente. Construir processos de ganho de autonomia. Sua importância reside também na forma como é proposto se pensar a doença, exclusivamente sanitária.

“A doença está lá, dependendo dos médicos e da medicina, é verdade, mas também independente da medicina; dependente da vontade de viver das pessoas, com certeza, mas também independente da vontade dos Sujeitos. Está lá, simplesmente, enquanto processo humano de nascer, crescer, gastar a vida, minuar e morrer. E sabendo que as coisas nem sempre acontecem nesta ordem exata, cartesiana. Então, colocar a doença entre parênteses, sim, mas apenas para permitir a reentrada em cena do paciente, do sujeito enfermo, mas, em seguida, agora, em homenagem a Basaglia, sem descartar o doente e o seu contexto, voltar o olhar também para a doença do doente concreto. Senão qual especificidade teriam os serviços ou os profissionais de saúde?” (CAMPOS, 1996/97, p. 4)

Campos utiliza a expressão doente concreto para enfatizar a importância de se evitar reduzir o doente a sua doença. Nossa cultura infelizmente valorizou uma visão mecanicista em que órgãos e sistemas do corpo humano são considerados com pouca ou nenhuma relação com a vida dos sujeitos.

A Clínica Ampliada permite ao profissional compartilhar a interpretação da situação de vida dos usuários, da família e da comunidade. O profissional de saúde precisa para tanto abdicar do papel paternalista de oferecer – ou impor – soluções prontas para os problemas da vida diária dos usuários e então passar a exercer um papel de construção conjunta, aceitando os limites e valorizando as potencialidades de cada caso.

Nota-se que algumas prescrições de condutas são comuns por parte de profissionais de referência, como por exemplo, incentivar usuários em situação de risco e com vida sexual ativa a submeterem-se ao processo cirúrgico conhecido como laqueadura; incentivar usuários de drogas a entrar em processo de abstinência, incentivar usuários diabéticos e hipertensos a manter a alimentação com as devidas restrições e hábitos mais saudáveis. De início e na maior parte das vezes essas atitudes anulam a autonomia dos usuários.

Esbarra-se aí em uma discussão ética: como agir de outra forma? Por outro lado, também na maior parte das vezes fica claro o quanto o usuário está em um processo de auto-destruição. Também é compreensível ver o quanto os profissionais estimulam a realização de laqueaduras



quando muito recorrentemente eles testemunharam adolescentes com quatro, cinco ou mais gestações seguidas e toda a complexidade e desamparo de tais experiências.

Como procurar construir Projetos Terapêuticos Singulares pactuados que superem esse tipo de conduta em face das ameaças que assolam os usuários sob cuidados de uma equipe? Talvez buscando formas de desvelar os significados de cada processo de vida. Qual o sentido de um movimento de auto-destruição? Sua origem e suas conseqüências? Que condições uma adolescente tem de compreender sua vida sexual? Que experiências a droga traz para cada um que dela faz uso e o que ela lhe traz de bom? Questões desse tipo podem ajudar na construção da saúde se forem pensadas e colocadas através de vínculos.

Pouco se discute a respeito do prazer – hedonismo - com uso de drogas e também o prazer de maus hábitos de alimentação. Reconhecer a situação singular de cada um é o primeiro passo para tornar-se verdadeiro parceiro na construção de processos de saúde, não aqueles processos que foram idealizados pelos cuidadores, mas os processos possíveis de cada caso. O profissional de saúde que buscar agir dessa forma terá que simplesmente abrir mão da segurança e das certezas que se obtém agindo da forma das prescrições de condutas e aceitar viver junto ao usuário suas angústias?

“O desafio estaria em passar deste campo de certezas, de regularidades mais ou menos seguras, ao campo da imprevisibilidade radical da vida cotidiana. Situação e estrutura. O saber seguro e preso às estruturas; ou a imprevisibilidade caótica das situações sempre distintas. Como realizar este percurso com segurança? Uma primeira resposta: o reconhecimento explícito dos limites de qualquer saber estruturado já seria uma primeira solução, pois obrigaria todo especialista a reconsiderar seus saberes quando diante de qualquer caso concreto. Sempre.

No entanto, fica a questão: Como realizar este trajeto do geral ao particular com um pouco mais de segurança do que aquela, por exemplo, exigida do artista? A Clínica como arte? Mas a vida de uma pessoa não é um amontoado de argila ou de pedra que se possa atirar fora caso a intuição do artista não tenha funcionado. Por isto é muito importante conhecer aspectos genéricos dos processos saúde-doença-atenção. Por isto é importante aprender com a variação, por isto é importante saber escutar e, mais, saber também perscrutar o caso singular. E decidir, mas decidir ponderando, ouvindo outros profissionais, expondo incertezas, compartilhando dúvidas. Por isto a Clínica do Sujeito demanda trabalho em equipe e um agir comunicativo, Habermas e a Clínica. A arrogância de um sábio que conhece quase toda a história de um Ser inexistente pode atrapalhar mais do que ajudar. No entanto, há que se saber sobre as regularidades possíveis.” (CAMPOS, 1996/97, p. 11)

O peso das decisões, a importância da co-responsabilidade. Sem deixar de considerar que existem muitos profissionais de diversas áreas que defendem que em alguns momentos pacientes ou usuários devem ser substituídos em sua autonomia, forçados a submissão, tal como acontece com uma criança. Especialmente na saúde mental isso se expressa por processos de internação involuntária e, pelo menos para maioria dos profissionais, é algo para último caso. Esse assunto merece maiores debates, mas cada caso apresenta muitas nuances e singularidades e de qualquer forma restringir a autonomia de usuários tem sido um recurso utilizado mais como regra que exceção e o que mostra como nossa sociedade falha.

“Em vez de conjurar incertezas a partir da exclusão metodológica de variáveis (procedimento efetuado pelas disciplinas de conhecimento) a atividade de coordenação busca a melhor maneira de lidar com as incertezas.” (Cunha & Campos, 2011, p. 5)

A Saúde Coletiva é um movimento que faz parte da saúde pública e nasceu como uma tentativa de superação de modelos hegemônicos e tradicionais. Agrega uma visão social e comunitária, de participação e busca por transformações. Para além de práticas pontuais planejadas com base em seus princípios e muitas vezes apenas a partir de protocolos e programas, a sua forma de pensar pode ser incorporada e colocada em discussão e movimento. Campos (2000) explicita a existência de um semblante, um sinal de identificação da Saúde Coletiva, a partir do qual muitas vezes ela é reduzida apenas a ações coletivas de prevenção e promoção de saúde.

A busca por participação da população na construção dos modos de vida, na invenção da saúde e suas ações pontuais apresentam-se apenas como ferramentas possíveis.

“Qual seria o núcleo da saúde coletiva? O apoio aos sistemas de saúde, à elaboração de políticas e à construção de modelos; a produção de explicações para os processos saúde/enfermidade/intervenção; e, talvez seu traço mais específico, a produção de práticas de promoção e prevenção de doenças. Qual o semblante do núcleo de saberes e práticas da saúde coletiva, então? Repito, semblante, sinal de identificação, e não um diferencial absoluto! Talvez a sua concentração em problemas de saúde com repercussão coletiva? Quem sabe um certo modo predominante de operar, um modo de intervenção centrado na promoção e na prevenção?” (CAMPOS, 2000, p. 225)

Uma tarefa tão complexa pode ser vislumbrada com base em múltiplas frentes de atuação e coletivos autônomos. Possivelmente, no cotidiano da saúde pública, a Clínica Ampliada e a

Saúde Coletiva sejam complementares entre si. A partir da primeira podem-se construir vínculos e fortalecer a autonomia dos sujeitos, que então encontrarão espaços coletivos e de participação social. O usuário reconhecido como sujeito pelo trabalho clínico, que possibilitou arranjos sólidos de acolhimento, poderá viver um processo de confiança no Estado e na sociedade que possibilite uma autêntica inserção nos processos de produção de Saúde Coletiva de sua comunidade. Assim as pessoas que foram cuidadas começam a cuidar e a reconhecer espaços coletivos como potentes locais de aprendizado e construção, e assim também ganham força os dispositivos de representação e controle social, os conselhos municipais de saúde, os conselhos gestores, audiências públicas, assembléias e todas as ações coletivas.

## **2. Descrição do Trabalho**

### **2.1 Objetivos e Estratégias de Ação**

Os estagiários foram divididos em três grupos cada um conformado em uma equipe de supervisão com os respectivos temas: *Saúde Mental*; *Saúde do Trabalho*; e *Juventude e Violência*. O grupo de Saúde Mental inseriu cada um de seus estagiários em uma das Equipes de Saúde da Família no começo do primeiro semestre; como a unidade conta com cinco equipes e o grupo com cinco estagiários a distribuição ficou equânime, podendo haver novas configurações nos semestres seguintes.

Os três temas devem estar em constante inter-relação, tanto para discussões metodológico-reflexivas como para práticas. Os processos de violência, se tomados amplamente – atos explícitos, e também a velada violência da exclusão social e do desamparo – podem ser considerados em uma rede referencial complexa que estrutura processos de saúde e doença. Assim também, a Saúde do Trabalhador é importante no cuidado com os complexos e delicados casos de Saúde Mental na Atenção Básica que mobilizam fortes afetos e sentimentos e não podem vir a ser resolutivos sem uma boa compreensão dos processos de trabalho e sem condutas com suporte coletivo.

O contexto do território, as demandas de saúde mental presentes e outros dados da literatura especializada, mostraram a importância de se trabalhar cada tema. Desde o primeiro ano do núcleo (2012) os profissionais da unidade têm referido necessidade de se construir um trabalho de apoio e qualificação em Saúde Mental. Notamos como a vulnerabilidade social característica do território aumenta o grau de sofrimento psíquico de seus moradores, o que torna

os atendimentos complexos, pois os fatores sociais e os determinantes de saúde e doença não são claramente separados, mas são expressos de modo singular por cada usuário em sua existência.

“Estudos brasileiros apontaram que as queixas psíquicas estão entre as causas mais frequentes de procura por atendimento na Atenção Primária<sup>15-16</sup>. Isto enfatiza o papel fundamental desta no diagnóstico e no tratamento das pessoas com transtornos mentais.” (Onocko-Campos et al, 2011, p. 2)

Podemos adotar como referência para o trabalho com as equipes os objetivos específicos listados pelos autores em pesquisa relativa à Saúde Mental na Atenção Básica e a importância de seu papel no diagnóstico e tratamento: *a) compreender a lógica utilizada para encaminhar casos identificados como sendo de saúde mental; b) identificar o padrão de consumo de psicofármacos nas unidades estudadas; c) avaliar o conhecimento que os pacientes têm dos psicotrópicos de uso prolongado que utilizam d) Avaliar os efeitos integradores de dispositivos de apoio especializado matricial; e) compreender a avaliação que familiares de pacientes da saúde mental fazem sobre a rede de serviços públicos.* (Onocko-Campos et al, 2011, p. 2)

Cada estagiário pediu aos profissionais de sua equipe que elencassem casos em que estivessem com dificuldades de trabalhar. Os casos escolhidos mostraram que alguns profissionais utilizaram critérios como: presença de sofrimento agudo e conflitos familiares – independente de presença de diagnóstico psiquiátrico; outros a presença de diagnóstico psiquiátrico; e alguns utilizaram como critério dificuldades na relação com a pessoa com sofrimento psíquico intenso.

Vale ressaltar que acompanhar as atividades relativas a esses casos escolhidos tem grande importância à medida que é também uma forma do estagiário fazer parte do cotidiano de trabalho dos profissionais. À medida que a inserção ganha movimento, os profissionais passam a convidar o estagiário a participar de outras atividades e ter aceitado alguns convites parece ter sido importante para a construção de vínculos de trabalho.

As atividades realizadas tiveram como pano de fundo os objetivos listados a seguir: apoiar relações entre os membros da equipe, entre equipe e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), entre equipe e Apoio Matricial; Apoiar e qualificar o trabalho em Saúde Mental – fazendo uso dos espaços coletivos para tanto. Potencializar o trabalho em rede, tornar evidente a importância de efetivas parcerias.

Qualificar o funcionamento da equipe na qual o estagiário insere-se e vincula-se – estar junto, participar. Contribuir para continuidade – cuidado longitudinal – dos casos, utilizando registros como potência. Interferir nos modos de discussão. Construir, pautar, avaliar; sensibilizar questões relativas ao processo de cuidado em saúde mental.

Uma vez inseridos no dia-a-dia da unidade, foi pensada a importância de participar das reuniões de matriciamento, a fim de conhecer sua dinâmica, sua importância para a Atenção Psicossocial e o modo como a unidade relaciona-se com o Apoio Matricial. Também ficaram a cargo do núcleo em parceria com a unidade a realização/produção de *Oficinas* com participação de gestor, profissionais da unidade, profissionais de outros dispositivos da rede, associações da comunidade e diversos outros atores.

## **2.2 Desenvolvimento**

Durante o primeiro semestre, três casos foram acompanhados pelo estagiário de maneira compartilhada com os profissionais de referência em visitas domiciliares periódicas. Inicialmente foram feitas, em cada caso, duas ou três visitas semanais, em seguida duas visitas quinzenais e depois se iniciou acompanhamento mensal, até um dado momento a depender de cada caso. O estagiário também entrou em contato com outros casos em que os profissionais de referência encontravam relativa dificuldade, por meio de visitas domiciliares pontuais e/ou discussão nas reuniões diárias ou individualmente no calor do surgimento cotidiano de angústias e preocupações com os problemas dos indivíduos/usuários e famílias. Essa dinâmica permitiu conhecer o estilo de cada agente, suas características positivas e suas limitações e o tema da saúde mental surge nas discussões a partir das aproximações entre estagiários e profissionais. Nesse processo, acima de tudo, a formação de vínculos foi importante.

À medida que o acompanhamento dos casos produziu mudanças positivas (na maneira como as famílias percebiam seus problemas, seus tratamentos e seus conflitos significativos, na produção de autoconhecimento) as discussões em reunião de equipe também foram enriquecidas.

Notou-se que alguns membros da equipe buscam por ajuda (até pedindo para o estagiário ir a uma visita domiciliar) ou trazem casos para discussão mais frequentemente e com mais facilidade. Isso fala do estilo de cada um e da possibilidade que cada um tem de expor-se. Então foi combinado que o estagiário participaria de algumas outras reuniões diárias com o intuito exclusivo de discutir casos dos outros três ACSs que não tiveram casos acompanhados. Ainda

esses três agentes acompanharam o estagiário nas visitas para conhecer dispositivos do território, em razão de demanda de casos ou realização de convite para as *Oficinas*; uma vez que esses agentes se mostraram um pouco mais reservados e talvez com dificuldades de se colocar em exposição, considerou-se interessante propor atividades de tal caráter, na qual discussões e reflexões relativas à prática podem surgir a partir de uma situação mais informal.

### **2.3 Apresentação de um Caso**

Virgínia (nome fictício) é uma senhora em idade avançada, viúva, não tem parentes e familiares no município, encontra-se em uma situação de grande vulnerabilidade social – casa desestruturada, falta de atendimento a necessidades básicas e sanitárias como água encanada, acúmulo de objetos e entulhos - e recebe ajuda de alguns vizinhos e membros da comunidade evangélica de sua religião para conseguir manter alguma subsistência. Seu quadro de saúde apresenta diversos agravantes: diabetes e hipertensão em níveis de periculosidade, perda quase total da visão, entre outras. Ela valoriza muito a companhia de seus animais de estimação. Possui uma história de vida de muito sofrimento. Recebe um salário mínimo como benefício da Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS.

Esse caso foi discutido na primeira reunião da qual o estagiário participou e mobilizou diversos atores da unidade, da rede e da comunidade. Portanto, foi um dos casos que a equipe de saúde da família elencou para ser acompanhado pelo estagiário. Também foi um caso levado para pauta das reuniões de matriciamento da unidade, com participação de dispositivos da rede como o *Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*, o *Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS)*, *Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS)* e outros.

Outro grande agravante é o fato de que a relação de Virgínia com os vizinhos, inclusive os que desempenham papel de seus cuidadores, ou seja, dos quais ela depende, é repleta de conflitos e histórias de desentendimentos e brigas. A equipe e profissionais que realizam atendimentos regularmente em visitas domiciliares também encontraram muitas dificuldades na relação com ela. Ficou configurado então um cenário de preocupação geral, pois a junção das precárias condições de vida com as dificuldades das relações implicou em falta de garantias, como a administração dos diversos medicamentos, e a questão das restrições alimentares e falta

de condições para estabelecer um projeto de vida que atendesse as necessidades básicas dessa usuária.

Dentre as pessoas da comunidade que desempenham papel de cuidadores solidariamente, podemos destacar a senhora Melissa e a senhora Jéssica (nomes fictícios). A primeira mora ao lado e é a pessoa que diariamente leva refeições para Virgínia e a ajuda em tarefas cotidianas. Jéssica é uma pessoa da comunidade evangélica - da qual Virgínia faz parte e comparece com certa frequência – que realiza outras formas de ajuda como dar banho em Virgínia. Contudo, ambas as cuidadoras encontram dificuldades em manter esse papel, por já terem diversos problemas próprios para cuidar e pela dificuldade de relação com Virgínia. Especialmente dona Melissa, que acompanha mais de perto, encontra-se muito sobrecarregada e excessivamente responsabilizada pelos cuidados.

O estagiário, à medida que se envolveu com os processos de trabalho da equipe encontrou as mesmas dificuldades do grupo e algumas decorrentes de distintas visões sobre o modo como trabalhar com esse e outros casos. A princípio alguns dissensos que merecem atenção nesse relatório eram expostos e discutidos nas reuniões de equipe.

A proposta elaborada foi a de priorizar a (re) construção dos vínculos – de Virgínia para com as pessoas ao seu redor, inclusive profissionais da equipe. Buscar fortalecer os vínculos fragilizados. Contudo uma série de fatores complexos fez com que essa proposta encontrasse entraves.

O primeiro entrave é a sobrecarga de todos. Uma atenção à saúde que vá além da prescrição de medicamentos e exames de rotina dificilmente consegue se sustentar com equipe e rede de serviços sobrecarregados. Em termos de disposição para o trabalho, praticamente todos os envolvidos no caso fizeram além do básico, realizando visitas domiciliares extras e colocando o caso em discussão com o coletivo, mas isso não garantiu a construção de vínculos fortes, nem poderia em um curto espaço de tempo.

Pode ser apontado como um dos motivos impeditivos para construção desse vínculo a impossibilidade de ser estabelecida uma nova forma de compreensão do caso. Rigorosamente é correto dizer que Virgínia não teve seus direitos básicos garantidos pela sociedade em que vive, e a atuação da unidade e rede de serviços minimamente funciona como um paliativo para essa situação. Por ser o dispositivo que se encontra na linha de frente dos problemas sociais, a Atenção Básica constantemente torna-se destinatário das queixas sociais da população. Virgínia

acabou por se assemelhar ao que muitos profissionais de saúde chamam de *pacientes poliqueixosos*, de início e na maior parte das vezes essa expressão está associada a um processo de naturalização.

Frente à grande quantidade de queixas, lamúrias, expressões de hostilidade e falta de confiança de Virgínia, a equipe ocupou bastante tempo em uma tentativa de avaliar qual a validade desse comportamento, qual sua origem, sua legitimidade; se, em alguma medida, tal comportamento pode ou não ser considerado exagerado. Podemos dizer que surgiu uma grande necessidade de se fazer uma leitura imparcial do caso, que estabelecesse seguramente as origens e também a veracidade ou não do discurso de Virgínia. Para alguns membros, começava a ficar evidente a presença de um quadro psiquiátrico e o discurso de Virgínia foi considerado delirante ou persecutório.

É possível mensurar o ódio ou rancor das pessoas? Ou ainda, juntar todas as partes com depoimentos de outros e avaliar se o ódio tem um motivo racional de existir? Várias vezes integrantes da equipe e do coletivo tomaram essa tarefa para si. Virgínia habitualmente fala mal das pessoas, usando termos pesados, de pessoas com as quais aparentemente ela tem desavenças; ela frequentemente fala fazendo associações a “coisas do demônio”. Mas também para profissionais de saúde ela dirigiu diretamente esse ódio, conforme ilustram as diversas histórias.

É muito difícil para uma equipe de saúde em um país tão desigual e injusto ser a ouvidoria de pessoas excluídas pela sociedade. Em uma tentativa de trazer novas formas de compreensão do caso, foi apontado pelo estagiário que a equipe poderia enxergar o comportamento de Virgínia como dirigido à sociedade como um todo e não à equipe ou aos vizinhos.

Mas isso não muda o fato de que o caso é atendido cotidianamente pela Estratégia de Saúde da Família que busca resolutividade nos problemas de saúde, bem como articulação com a responsabilidade de outros setores. A equipe anseia perceber melhoras nos casos com os quais se envolve, com toda razão, mas frequentemente também desiste com tantas frustrações que encontra pelo caminho.

O estagiário encontrou nesse caso dificuldades em agendar e realizar visitas domiciliares junto aos profissionais da equipe, o que resultou no fato de que até o fim do semestre não conseguiu sequer pessoalmente conhecer Virgínia. Como compreender essa dificuldade de aproximação? Para além das dificuldades de conciliação de agendas, surgiram diversos eventos



que se mostravam como empecilhos a realização desse compromisso. Com a presença de diversos dispositivos (CAPS, SUVIS, CREAS) a equipe e estagiário concluíram que talvez esse compromisso pudesse ser adiado para evitar que tivesse uma característica excessivamente invasiva, com a presença de tantas pessoas estranhas para Virgínia.

Contudo uma interpretação posterior mostrou que essa dificuldade era consequência de algo mais complexo. Por que o estagiário decidiu por adiar seu compromisso em vez de trabalhar junto com os outros dispositivos? Em especial junto ao CAPS – uma vez que o estágio tem foco em Saúde Mental? Uma vez envolvido com os processos de trabalho e a grande demanda de casos complexos o estagiário teve, em um dado momento, que reconhecer que começava a surgir um sentimento próprio de isolamento nos processos de trabalho; esse tipo de sentimento acaba gerando barreiras nas possibilidades de se pensar em ações coletivamente ou aproveitar oportunidades que coloquem o caso em processos coletivos de responsabilização. Fica colocada a hipótese de que as equipes de modo geral compartilham desse sentimento de isolamento, o que dificulta trabalhar e buscar por parcerias. Futuras reuniões de matriciamento mostraram que o trabalho com o caso ficou fragmentado.

A situação a cada dia aparentava piorar e após o recesso das férias acadêmicas, o CAPS trouxe a avaliação de que a inserção de medicação antipsicótica poderia trazer benefícios à Virgínia; contudo a prescrição é apenas enviada pela psiquiatra e as tarefas de propor e aplicar a medicação ficam a cargo da equipe, que se encontra um tanto passiva nessa situação.

Não havia dúvidas que se o desenrolar dos eventos fosse nesse sentido, estaria claramente configurada uma situação de medicalização de um problema social, não apenas pela questão quanto à procedência ou não de tal intervenção – o que pode e deve ser discutido pelo coletivo para trazer elementos que componham a visão médica - mas principalmente pela forma como ela seria realizada, a cargo apenas da enfermeira chefe de equipe. Fica suspensa outra questão: por que a enfermeira aceitou essa tarefa? O estagiário não pode deixar de mencionar a imagem que ficou cristalizada em sua consciência: a enfermeira ainda sentada na cadeira que ocupara durante a reunião de matriciamento com expressão de quieta perplexidade sentada olhando para receita de Haloperidol na sala já com todas as outras cadeiras vazias.

Diante desse quadro o estagiário tomou uma atitude que problematizou o modo como se estava trabalhando com o caso. Propôs a enfermeira que fosse com ela realizar essa tarefa, mas com um adicional: no decorrer da visita, faria um sinal que indicaria sua opinião, com base em

sua observação direta, quanto a levar a termo a tarefa de propor a medicação ou não; e ela poderia decidir o que fazer a partir disso. De qualquer forma e mais importante na sequência imediatamente seria feito contato com todos os atores e dispositivos envolvidos com o objetivo de discutir e planejar melhor as ações. A enfermeira aceitou a proposta.

O estagiário ainda não conhecia pessoalmente Virgínia e a peculiaridade desses últimos eventos foi definitivamente algo que o mobilizou e finalmente esse encontro aconteceria. A visita foi feita junto à ACS e enfermeira, com duas ampolas de haloperidol no bolso do jaleco. Virgínia estava tranqüila nesse dia, nem desconfiava do que se passava e sobre o quanto seu destino estava em jogo. Em alguns momentos apresentava algumas queixas físicas, em resposta a enfermeira auxiliava em como proceder para minimizar os problemas; em outros momentos falava mal dos vizinhos, bem baixinho para não correr o risco de alguém de fora ouvir. No mais a conversa teve um pouco de foco em seus animais de estimação e o estagiário propôs de fazer mais visitas com o intuito de ajudar Virgínia em algo que ela precisasse, como por exemplo, cuidar dos animais. Como Virgínia é quase totalmente cega, não percebeu que o estagiário fez sinal negativo quanto à questão da medicação e a enfermeira aceitou o sinal, então os três visitantes foram embora com as duas ampolas lacradas.

A usuária que se mostrava ao estagiário era uma pessoa lúcida, mas com claras dificuldades de estabelecer confiança no mundo em sua volta. Qualquer ser humano que passasse pelas dramáticas situações de violência e desamparo que ela passara ao longo de sua vida reagiria de modo semelhante - esses elementos de sua história não serão expostos aqui, são de conhecimento de todos os profissionais de referência do caso. A hostilidade com que muitas vezes anteriormente ela se colocou disposta frente a diversas pessoas do serviço e vizinhos, em nome de desentendimentos de diversas ordens, problemas de convivência e intolerância realmente foi problemática, o toque final no enrijecimento de sua situação solitária. Virgínia convidou todos a manter distância, a deixá-la só, a desistir dela, alguns recusaram o convite.

Pode-se para fins ilustrativos separar dois momentos: se algum dia ela foi menos infeliz ou relativamente feliz, diante de situações traumáticas ela decide romper (quase) totalmente suas relações com o mundo social, não em uma cisão mental, mas em uma decisão lúcida, porém forte. Dali por diante, no segundo momento, essa situação de isolamento petrifica e o rancor é eventualmente colocado para fora quando alguém se aproxima e a solidão se mantém. Pode-se perguntar: as pessoas têm direito de guardar sentimentos desse tipo e as implicações que trazem

tais sentimentos ou precisam adequar-se a alguma norma social em detrimento de sua história de vida?

Todos têm direitos de ter desavenças com alguém vez ou outra, mas o caso de Virgínia é recorrente. Em termos de marcadores biológicos é difícil pensar que ela tenha alguma disfunção cerebral – orgânica - e a questão não passa por aí, pelo menos não apenas. As histórias de desavenças são diversas e variadas. Mas, como provocação, que conhecimentos o coletivo de saúde tem ou seria capaz de ter a respeito da comunidade que habita aquele local e convive com ela? Uma pessoa difícil e complicada ou parte de um contexto complexo?

Virgínia possui um passado de desamparo e violência, atravessado por questões sociais, teve seus direitos e sua cidadania não apenas não garantidos, mas violados. Porém, ao mesmo tempo em que há um motivo para não se entrar no mérito de uma discussão acerca de determinantes biológicos em seu temperamento, também não seria adequado considerar que os eventos passados e os modos de viver cultivados em sua sequência sejam o que faz seu presente tal como é, ou melhor, o contexto delicado e problemático não pode ser resumido ao fato de Virgínia ser uma “pessoa difícil”.

O infortúnio de Virgínia foi de alguma forma produzido pela sociedade – pelo mundo em que vivemos - no passado, mas também é mantido pela sociedade no presente. Sua situação é expressão das contradições sociais. Não é possível estabelecer precisamente as dificuldades - e suas implicações - vividas por todos os moradores daquela micro-área atualmente, primeiramente por que o coletivo de saúde ainda não tem vínculo com todos esses usuários que convivem com Virgínia e mesmo que tivesse não seria absolutamente possível sentir a dor de cada um deles. O que se pode dignamente fazer é reconhecer as dificuldades que cada um expressa, sem atribuir culpa a um ou outro.

Como foi dito em discussões no matriciamento, Virgínia é apenas uma expressão mais evidente em meio a toda uma comunidade desassistida e desamparada; não é possível julgar o quanto cada história de situação de desavença e briga se deu em meio à complexidade da situação dessa comunidade ou mais em razão do temperamento de Virgínia.

Quanto às pessoas que pacientemente tentam ajudar e cuidar dela, infelizmente ou felizmente, elas tentam ajudar alguém que além do passado, tem um presente complexo, e, para piorar, essas cuidadoras, fazem parte desse presente complexo. O direito que cada um tem de expressar raiva e rancor é garantido até certo ponto, por que embora possa não haver más

intenções por parte de quem recebe as agressões, a situação particular dos sujeitos às vezes é suficiente para agredir quem não mereceria ser agredido.

Não é sem motivo racional que Virgínia agride verbalmente pessoas que tentam se aproximar, na verdade nós não conseguimos enxergar os motivos, quando isso acontece, o melhor a fazer é ter paciência e esperar com prontidão para estabelecer novos pontos de vista, pois a compreensão também não é impossível, mas nem sempre acontece imediatamente. Colocar-se no lugar do outro é o caminho, mas a disposição para tanto é algo que precisamos buscar sempre e o nosso envolvimento, embora crucial, também aumenta a dificuldade de estabelecer pontos de vista compreensivos, por isso discussões coletivas dos casos são tão valorizadas.

Voltando ao contexto do trabalho, a equipe entrou em contato com as pessoas envolvidas para agendar novas discussões, enquanto isso o estagiário, como havia prometido para Virgínia passou a semanalmente visitá-la e o fez sozinho, diante da dificuldade de conciliação de horários de agenda com outros atores. Nessas visitas, Virgínia mostrou valorizar muito a companhia e a simples possibilidade de poder conversar e facilmente foi estabelecido um vínculo concreto, além disso, o estagiário procurou aproveitar algumas oportunidades para problematizar nas conversas a questão dos direitos sociais que atravessam os problemas cotidianos de Virgínia e de seus vizinhos. No final de todas as visitas Virgínia chorava, mas também houve diversos momentos de risos e descontração.

A dificuldade de construir coletivamente uma conduta para o caso precisava, então, ser superada e esse movimento foi feito. Quando a equipe levou novamente o caso para o coletivo, a situação foi reestruturada e uma nova visita foi agendada com a participação do CAPS. Em determinados momentos a proposta da medicação foi rediscutida pela equipe com o CAPS e por todos no matriciamento. Os profissionais presentes nessa visita foram: ACS de referência, profissional do NASF, médica de equipe, psiquiatra e psicóloga do CAPS e estagiário.

A visita aconteceu em uma segunda feira, nesse dia por sua vez Virgínia estava com um péssimo humor; acontecera que durante o fim de semana, houvera um desentendimento com a senhora Melissa, sua cuidadora mais assídua, que, ressentida, saiu para visitar alguns parentes e propositalmente deixou Virgínia sem comida durante o fim de semana. A senhora Melissa mesmo contou isso para a ACS e estava se sentindo mal com a situação.

O estagiário disse a Virgínia que as pessoas estavam ali presentes a pedido dele e da ACS e que estavam ali para ajudar, em seguida leu em voz alta uma carta que escrevera previamente para Virgínia. Nessa carta reconheceu a falta de recursos e condições básicas em que ela e a comunidade vivem e pediu perdão, em nome de todo sistema de garantia de direitos. A carta ficou com ela, como um registro de compromisso e reconhecimento, em nome do coletivo.

Quanto à medicação, quando ela foi proposta, Virgínia negou categoricamente, dizia que não queria nenhum remédio que fosse “mexer com sua mente” e que não confiava em ninguém e não precisava prestar contas a ninguém. Todos os profissionais tentaram explicar os benefícios da medicação, a psicóloga do CAPS dizia que poderia ajudá-la a se organizar melhor, nesse momento o estagiário ficou mais quieto. Depois de algum tempo nessa difícil situação, os ânimos de Virgínia se acalmaram, e olhando para baixo ela disse que havia uma pessoa apenas em quem ela confiava, “o menino estagiário”.

O estagiário responde: “nas vezes em que eu estive aqui, a senhora várias vezes disse que sofre bastante, acho que esse remédio pode ajudá-la a sofrer menos”. Então ela um tanto hesitante, aceitou a proposta. O grupo retornou a unidade, fez uma boa discussão da visita e logo em seguida a médica, o estagiário e a auxiliar de enfermagem da equipe voltaram para a casa de Virgínia para aplicar a injeção. Nos quarenta minutos seguintes permaneceram lá para observar o efeito e Virgínia fora acompanhada nas semanas seguintes para avaliação do efeito.

Trata-se de um caso de medicalização de um problema social? Embora isso possa (ou não) entrar em conflito com opiniões médicas ou manuais de psiquiatria a partir de nuances de comportamento e perfil, a resposta é sim. Não se trata de uma crítica ao CAPS, pelo contrário, a experiência de trabalho e evolução clínica que levou a psiquiatra a trazer a proposta foi inteiramente legitimada e a intenção é chamar atenção para outras questões.

A vida de Virgínia não é um laboratório experimental em que opiniões ético-políticas entram em jogo e pode-se provar algum ponto a despeito das condições concretas de mudança, não se prolonga o sofrimento e situação de vulnerabilidade de uma pessoa por acreditar ou não na cultura dos psicofármacos. Os benefícios que o Haloperidol pode trazer como facilitador de construção de vínculos, como defendeu a psiquiatra, podem ser aproveitados pela equipe, que há muito tempo não sabia mais como atuar no caso.

O problema da medicalização do social não é desse caso exclusivamente, é da sociedade, portanto não pode ser resolvido individualmente. A resposta do estagiário a confiança que

Virgínia depositou nele foi com o intuito de garantir o início de uma construção de vínculo para que todos possam cuidar do caso e pactuar essa e outras propostas com o coletivo. No futuro pode ser esse e outros tipos de vínculos que garantam as mudanças na sociedade necessárias para romper com processos contraditórios como esses.

Fica para avaliação posterior da equipe junto ao CAPS se de fato o efeito químico terá ajudado ou não na construção de vínculos, é da cultura da psiquiatria conduzir os ajustes na medicação a partir de avaliação clínica longitudinal. É importante garantir que o Projeto Terapêutico Singular não se reduza a medicação, que outras ações sejam priorizadas. Que Virgínia possa participar da construção de seu próprio PTS. Um exemplo recente foi o pedido que ela fez de que limpassem a casa dela durante o período de uma internação clínica no hospital geral; a comunidade e o serviço não aceitaram esse pedido, mas quando da volta da internação, pode-se pensar em atender a esse pedido na presença dela, em um processo de *fazer com*.

Embora os profissionais envolvidos no caso tenham passado por situações muito difíceis e insalubres de responsabilização, é preciso verdadeiramente buscar pela aceitação dos discursos e comportamentos de Virgínia e de todos os usuários, reconhecendo a situação de cada um, naquilo que expressam, seja hostilidade, raiva ou rancor. Então, atender as demandas de saúde com criatividade e construção conjunta, para superar as prescrições que não são incorporadas na cultura do dia-a-dia. Qual suporte os profissionais de referência precisam ter para dar conta de estar em um contexto repleto de conflitos? Fica a pergunta, em um complexo caso como este, que contribuições a Atenção Básica pode dar? Quais as características que marcam e essencialmente definem o seu trabalho?

Ficou como responsabilidade da gestão e do Planejamento Estratégico da unidade para 2014 a atenção para as questões da comunidade dessa micro-área, uma vez que o coletivo tem consciência de que Virgínia é apenas o caso mais expressivo de um conjunto de famílias que precisa de proteção social.

*"I am waitin' 'til I don't know when. Cause I'm sure it's gonna happen then.  
Time keeps creepin' through the neighborhood, killing old folks, wakin' up babies, just  
like we knew it would. All the neighbors are startin' up a fire, burning all the old folks  
the witches and the liars.*

*My eyes are covered by the hands of my unborn kids  
But my heart keeps watchin' through the skin of my eyelids*

*They say a watched pot won't ever boil  
Well I closed my eyes and nothin' changed  
Just some water getting hotter in the flames*

*It's not a lover I want no more and it's not heaven I'm pining for. But there's some  
spirit I used to know that's been drowned out by the radio "*

Neighborhood #4 (7 Kettles) - The Arcade Fire

### **3. Considerações Finais**

Qual teria sido o sucesso do trabalho de estágio em relação aos seus objetivos (item II)? Pensar em apoiar os profissionais da unidade no cuidado em Saúde Mental foi algo que trouxe que tipos de acontecimentos? Ao final do estágio faz-se a avaliação de que as ações poderiam ter sido potencializadas por maior integração com os grupos envolvidos e de que tal integração não se deu como possível por conta de fatores diversos, inclusive modos de trabalhar que sustentam as práticas e as tornam possíveis diante de tantas adversidades, mas que também fragmentam o trabalho.

Os valores da Clínica Ampliada e da Saúde Coletiva e outros saberes implicam mudanças em hábitos institucionais. Sim, podemos nos perguntar: o quanto é possível aplicá-los? As dificuldades surgem em defesa de que não se pode pensar em novos modos de trabalho diante da sobrecarga e da necessidade de se estabelecer barreiras que, embora limitem as relações e reduzam as formas de atuação, cumprem a função de garantir algum cuidado à população enquanto possibilita refúgio aos trabalhadores, ao mesmo tempo em que os protegem.

Ou seja, uma vez em contato com tantos casos de alta complexidade e vulnerabilidade social, os trabalhadores desenvolvem modos de estar no trabalho que os protegem: não considerar para possíveis reflexões a profundidade e o sentido velado de cada discurso, não buscar discutir melhor os casos, não levar casos para as pautas das reuniões senão houver grande necessidade, tomar decisões sozinhos para tornar mais determinados processos mais ágéis, etc.

Talvez um planejamento que incentive os profissionais a gradualmente modificar esses hábitos possa trazer alguns benefícios. Se cada um puder experimentar a saída de um isolamento em busca de responsabilizar e valorizar processos coletivos e isso for construído com a medida do tamanho do envolvimento que cada profissional é capaz de desempenhar, as consequências podem ser positivas.

Esquivar-se de uma visão ampliada dos sujeitos, dos processos coletivos, que aparentam ser – e muitas vezes são – apenas mais uma tarefa que expõe seres humanos a angústias é algo que muitas vezes evita que os trabalhadores entrem em verdadeiros processos de crise, mas ao mesmo tempo mantém todos em um silencioso processo de adoecimento da própria equipe.

Perceber que tomar os usuários como sujeitos – inclusive de direitos – dotados de desejos e sentimentos e incluir um espaço para a produção de saúde estar relacionada com esses desejos

poderá preencher a atuação dos profissionais de novos sentidos, trazer o sabor de uma nova concepção de saúde e alterar os processos mecânicos de trabalho que geram adoecimento.

Contudo será preciso previamente fortalecer os profissionais para o enfrentamento desses desafios. Com qualificação e conhecimento, compartilhando problemas do dia-a-dia e ajudando a reconhecer os impactos positivos de novos modelos de cuidado.

Notou-se que a existência um processo cíclico, em que inicialmente e diante de uma complexidade de fatores do caso, os profissionais mobilizam diversas ações. São casos que geralmente sensibilizam e intrigam a todos, mas muitas vezes a peculiaridade deles faz com que profissionais percam o foco, caindo em tentativas de pensar em soluções para os problemas complexos da vida dos usuários sozinhos. Um furor inicial que mobiliza e aciona tentativas de parcerias com a rede e com espaços coletivos é inibido pela dificuldade em perceber resultados e principalmente pela impossibilidade de reconhecer os espaços coletivos como parte importante e crucial do processo.

Ainda dentro desse ciclo, na maior parte das vezes, acontece um desinvestimento de esforços por conta do fato de que, pelo caminho que foi feito, nada mudou. Surge então um novo caso de grande complexidade, em que grande mobilização será feita, mas que gradualmente terá seu enfoque diminuído.

Pensar em Projetos Terapêuticos Singulares que respondam a um modo de cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica implicará na superação dos diversos elementos apontados nesse relatório e na abertura para se trabalhar outras tantas questões. A fragmentação do trabalho será menor, quando cada profissional perceber que ela pode imediatamente facilitar um processo, mas traz perdas maiores em longo prazo.

Por último e talvez como mais importante, para que cada profissional possa sair do isolamento no trabalho os espaços coletivos deverão encontrar uma maneira de cultivar confiança entre todos. Cada profissional que se envolve nos cuidados e atenção à Saúde por sua vez deve persistir e perscrutar nas tentativas de ser ouvido e acolhido pelo coletivo, tornar evidente para os outros quando estiver se sentindo sozinho em relação a um ou outro caso. Em nome do cuidado e da direção clínica autorizar-se a compartilhar informações, impressões e elementos da relação.

#### **4. Apresentação do local e condições nas quais a atividade de estágio aconteceu**



A unidade está localizada em um bairro da região Noroeste do município de São Paulo e atende como unidade *Programática* - modelo convencional de UBS que recebe os usuários e agenda consultas e procedimentos no local. Também trabalha na modalidade *Estratégia de Saúde da Família (ESF)* a partir da qual atende outra região vizinha. A princípio nosso estágio tem maior enfoque nessa última, contudo é desejável a interação entre todos os envolvidos com as duas formas de trabalho. A atuação dos estagiários também não deve ser reduzida a apenas uma equipe ou setor; consideramos esse um dos desafios para todo o núcleo. Como o trabalho do núcleo pode contribuir para a interação da Atenção Básica com a Unidade como um todo? Mais amplamente: com o território?

A Estratégia de Saúde da Família está ainda pouco consolidada como referência de trabalho no país, tem uma dinâmica considerada recente como proposta dentro do *Sistema Único de Saúde*, sendo parte de um planejamento que objetiva a realização do trabalho conforme diretrizes e princípios estabelecidos e deve ser sempre colocada em discussão para possibilitar sua construção constante e progressiva.

“...o fato de haver inúmeras denotações quanto ao sentido de ambos os termos utilizados, básico ou primário entendidos às vezes como elementar, mínimo, ou, como Testa (1989) aponta, como simples, primitivo. Identificamos que, muitas vezes, a atenção básica, no imaginário de algumas pessoas, ainda remete à noção de menor complexidade, uma vez que se imagina lidar com problemas simples, os quais requereriam tecnologias menos sofisticadas e qualificação técnica simplificada.” (CAMPOS et al, 2008, p. 121).

A Estratégia de Saúde da Família é na verdade uma proposta de alto nível e *expertise*, que precisa ocorrer com práticas de educação permanente e construída como verdadeira prioridade na agenda do Estado e envolvendo ativamente os elementos da tríade relacional: gestão, profissionais e usuários (comunidade).

Podemos citar desde a problemática inserção dos médicos nas cidades do interior do país e nas regiões periféricas das grandes cidades, passando pela sobrecarga, decorrente de grande número de famílias para serem atendidas por poucos profissionais, e precarização dos serviços – falta de estrutura física e recursos humanos, por exemplo - até a falta de qualificação efetiva do trabalho para uma abordagem tão complexa e sofisticada.

Portanto, avançar com as propostas de Atenção Primária tem sido um grande desafio. Além da superação do contexto brasileiro, é preciso enfatizar sua importância que passa pela

prevenção e educação em saúde, pelo fim do individualismo, pela vida, pelo bairro, e para construção de uma relação em que serviços e comunidade possam estar mais próximos.

“A atenção primária é considerada um arranjo assistencial importante aos países que almejem um sistema de saúde com atenção à saúde qualificada e em que seja um direito de cidadania. (...) mesmo em situação de abundância, alguns países, entre eles os EUA, com baixa orientação para a atenção primária, têm indicadores piores que países menos ricos. (CAMPOS et al, 2008, p. 122)

Defende-se que a Atenção Básica tem potencial para solucionar 80% dos casos de saúde, o que é reforçado pelo fato de que grande parte da população a ser atendida encontra-se em situação de alta vulnerabilidade social, péssimas condições sanitárias e pouca educação (sem esquecer que o fator desigualdade também está presente em países ricos e industrializados). Tais elementos combinados trazem agravos sérios à saúde da população e sua resolução torna-se complexa pelo fato de serem co-determinados e mantidos por forças diversas vigentes na sociedade. Então se conclui que o trabalho da Atenção Básica é, além de clínico e sanitário, político.

“...corresponde uma ética coletivista como fundamento maior no compromisso político do agente de saúde em relação à realidade social, material e concreta do usuário, visto como cidadão. (p. 227) (...) O que vem acontecendo em Trieste há mais de trinta anos é exemplar em termos de uma vontade não completamente realizada, mas também não completamente vencida, originada na cena política européia do século XIX: a de fazermos por nós mesmos, e melhor, nossa própria história. É a prova concreta de que valores sociais libertários, ainda que longe de serem plenamente realizados, permanecem como um ideal persistente em nossa contemporaneidade, mesmo quando outros valores individualistas, que também são nossos, com eles vêm se chocar.” (PASSOS, 2009, p. 228)

A dimensão política do trabalho em saúde é aquela que permite aos profissionais estabelecer junto aos usuários uma cultura de consciência de direitos, participação e construção de saúde. Requer superação de situações em que as queixas dos usuários relativas à precariedade do serviço são tomadas pelos profissionais como endereçadas a eles e possam ser vistas como expressão de sujeitos de direitos. Entre outras coisas, democratização das instituições e superação dos entraves da atual política de gestão por parcerias – principalmente no município de São Paulo - que precisa ser pensada em configurações que não desestimulem processos políticos.

Almeja-se que ações e planejamentos sejam tomados com base na peculiaridade dos problemas de saúde de cada comunidade. Garantir a existência e valorização de espaços coletivos em que os problemas dos usuários atendidos possam ser compartilhados a fim de evitar excessiva responsabilização dos profissionais de referência.

“STARFIELD (2002) valoriza, entre outras, quatro características da ABS: a acessibilidade (daí a possibilidade de se constituir em importante porta de entrada do sistema); a continuidade ou longitudinalidade (característica que modula fortemente as possibilidades da prática clínica); a integralidade (responsabilidade por todos os problemas de saúde da população adscrita) e a coordenação (capacidade de responsabilizar-se pelo sujeito, mesmo quando compartilha o cuidado com outros serviços especializados do sistema). Esta última característica pode ser considerada complementar à anterior, pois ao se tomar a integralidade da atenção básica como a responsabilização por todos os problemas de saúde da clientela adscrita, dever-se-á admitir que será necessário, em muitos momentos, que a atenção básica compartilhe a atenção com outros serviços de saúde do sistema.” (CAMPOS et al, 2008, p. 131)

## **5. Referências Bibliográficas:**

- AMARANTE, P.; 1996. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro, editora FIOCRUZ.
- CAMPOS, G. W. S. **A Clínica do Sujeito: Por uma clínica reformulada e ampliada**. 1996/1997
- CAMPOS, G. W. S.; GUTIERREZ, A. C; GUERRERO, A. V.; CUNHA G. T. **Reflexões sobre Atenção Básica e a estratégia de Saúde da Família**. In: In: CAMPOS, G. W.; GUEREIRO, A.V. (orgs). Manual de Boas Práticas de Atenção Básica - Saúde ampliada e compartilhada. Editora Hucitec. São Paulo: 2008.
- CAMPOS, G. W. S.. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413812320000002...](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413812320000002...)
- CUNHA T. C., CAMPOS G. W. S. **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v; 20, n. 4 p 961-970. 2011
- OLIVEIRA, M. (2007): **subjetividade e cidadania – enfrentando a questão democrática nacional; Cadernos temáticos CRP SP Cidadania ativa na prática: contribuições da psicologia e da animação sociocultural** / Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região – São Paulo: CRP 06, 2007.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al . **Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 12, Dec. 2011. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001...](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001...)

SOUZA, T. P., CARVALHO, S. C.. **Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória.** Polis e Psique , Vol . 2 , Número Temático, 2012.  
Disponível <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40319>

## 6. Resumo

O presente relatório de estágio - exigência parcial para a graduação no curso de Psicologia da PUC-SP - expõe atuações na *Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família* em um bairro no município de São Paulo, durante o ano de 2013. A equipe em que esteve inserido o autor teve como foco o tema: *políticas públicas de Saúde Mental na Atenção Básica*.

Uma breve discussão sobre democracia participativa e as desigualdades sociais teve lugar nesse relatório como reflexo das situações encontradas no cotidiano dos trabalhos realizados no decorrer do estágio e do modo como as pessoas se relacionam no mundo contemporâneo. Em seguida reflexões sobre os saberes da *Clínica Ampliada e Saúde Coletiva* são apresentadas como referências metodológicas que podem contribuir para o campo de estágio. Então os objetivos do trabalho e as estratégias de ação antecedem a discussão da importância e complexidade do trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica.

O desenvolvimento do trabalho é descrito em uma narrativa direta seguida da apresentação de um dos casos acompanhados pelo estagiário, que foi importante para a unidade e que expressa, entre outras coisas, uma questão vivenciada no dia-a-dia deste serviço e, sem dúvida, de muitos outros: o isolamento e o sentimento de estar sozinho(s) no cuidado e atenção a uma comunidade com graves condicionantes sociais; e a construção de redes de apoio. Por fim, uma discussão sobre o local de trabalho e as questões da Atenção Básica.

## 7. Memorial

*"If you want nothin', don't ask for somethin'!  
If you want somethin', don't ask for nothin'!*

*(...) it's for your own good, it's for your neighborhood."*

Neighborhood #2 (Laika) – The Arcade Fire

Esse relatório está sendo revisitado após alguns meses da finalização do estágio e, nesse período, reflexões foram feitas, inclusive a partir de conversas com alguns caros amigos que estiveram inseridos nesse estágio no ano anterior ao meu ou nesse novo ano, em especial a Raquel que ajudou a pensar na repercussão do nosso trabalho e o Luiz Felipe com elementos importantes do texto. Peço desculpas pela grande extensão do texto e pela linguagem que em alguns trechos pode ter sido muito técnica. Gostaria de sempre escrever de um jeito que todos possam absorver os conteúdos, sentidos e idéias.

Uma das coisas que muitas vezes perpassa meus pensamentos foi o quanto o envolvimento com a equipe fez com que eu me identificasse com ela. Tive o privilégio de fazer a opção de cursar um núcleo de estágio por vez. Portanto pude me encantar com o campo de estágio com mais tempo livre, tive disponibilidade e interesse em agendar mais idas a UBS, três ou até quatro vezes por semana em algumas ocasiões, por exemplo, na semana do surgimento da receita de Haldol passei provavelmente mais tempo no território e na UBS do que na Universidade.

Avalio que a equipe da UBS desenvolve um trabalho com muito carinho e acredito que podendo estar juntos compartilhamos um pouco a experiência da solidão no cuidado e atenção aos usuários. Em outras palavras, meu envolvimento fez com que eu me tornasse alguém que agia como eles, que tinha os mesmos sentimentos com relação aos dispositivos da rede e ao coletivo.

Com os encontros de supervisão essa questão foi muito bem trabalhada e com o apoio da professora Elisa eu pude dizer em alto e bom tom: “Estou sozinho nesse caso!” e ainda colocar os pontos dos quais discordava. Era o segundo estágio que eu estava fazendo com supervisão da Elisa, que é uma professora considerada exigente pelos alunos, e eu achava seu estilo interessante e seu envolvimento uma inspiração. Com disponibilidade para cumprir além da carga horária obrigatória apresentei diversas questões e idéias que foram acolhidas em supervisão, sou muito grato ao modo como a Elisa esteve sempre em prontidão com entusiasmo.

No dia em que todo o grupo de alunos já esperava ouvir sobre como havia se desenrolado a visita domiciliar definitiva com a coisa do Haldol, ao contar sobre o instante em que Virgínia remeteu a mim a pergunta sobre confiar ou não na prescrição médica e sobre como responder a isso fora intenso para mim, Elisa começou a se emocionar e logo a chorar. Legitimou meu trabalho e elogiou o modo como agi, reconhecendo que passei por cima de minha orientação ético-política e superei questões pessoais em nome do vínculo a ser construído e em nome de tantos outros processos e fatos do trabalho. Nunca vou esquecer, também por que sou uma pessoa muito reservada e tímida, por dentro estava muito emocionado – mais que isso, eu estava vivenciando o momento mais intenso da minha pequena história na Saúde Pública - e o modo como a Elisa se emocionou mostrou que estávamos em algum tipo de ressonância, mesmo eu tendo sido objetivo e aparentemente pouco expressivo ao fazer os relatos.

O caso da senhora Virgínia sem dúvidas foi o que mais me mobilizou, mas muitos outros trabalhos foram desenvolvidos no decorrer do ano. Pude trabalhar com todos os profissionais da equipe e com muitas famílias. Dos três casos que acompanhei mais de perto ao longo do ano, o relatório acadêmico não contempla diretamente dois: uma família com uma criança portadora de uma síndrome degenerativa rara e grave, cujo trabalho fora apresentado por mim em uma eletiva de Neuropsicologia com a professora Cris, que ajudou muito na construção da conduta para o caso; e uma família com condicionantes sociais graves e conflitos afetivos intensos com mais de vinte membros que habitava uma casa sem estrutura física adequada, com acúmulo de objetos onde tudo faltava, desde espaço até comida. Com essa família foi desenvolvido um trabalho a partir da construção do genograma, frutífero para discussão das relações. Conte também nesse caso com a ajuda da professora do Núcleo Edna.

Dentre os outros casos em que me envolvi de maneira mais ou menos pontual posso citar uma situação de incêndio em uma casa de uma família muito pobre no alto de um morro em que estivemos com a defesa civil e o CRAS, vale lembrar a intensa comoção e ajuda da comunidade; um caso de uma portadora de diagnóstico de Esquizofrenia em que conseguimos ajudar na adesão ao tratamento oferecido pelo CAPS; um caso de uso abusivo de drogas em que fizemos discussões sobre o auto-cuidado, redução de danos e formas de evitar internação.

Outro trabalho que não foi devidamente contemplado pelo relatório foi o da produção das Oficinas que gradualmente mostraram sua importância. As Oficinas trazem a proposta de ser um encontro para todos os serviços, associações, usuários e atores sociais da região em que são trabalhados temas importantes. Durante 2013 nessas Oficinas debatemos na primeira a construção do trabalho em rede e o conhecimento do território; e na segunda as questões de Cultura e Juventude, que suscitavam a polêmica presença do funk. A produção desse evento envolvia também circular com os profissionais no território para convidar serviços, entidades e associações.

Por fim, gostaria de fazer referência a como o contato com a professora Graça foi determinante no nascimento de uma nova visão em mim a respeito da produção de trabalhos acadêmicos. O modo como ela consegue nos mostrar caminhos para construções sociais me fez repensar sobre o valor da pesquisa e confecção de textos como algo que pode ser integrado e comunitário.