

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL NO SISTEMA
PÚBLICO DE SAÚDE

Thiago dos Santos Alves

**DIÁRIO DE UM RESIDENTE: MAPEANDO UM TERRITÓRIO
NA PERSPECTIVA DOS ENCONTROS**

Santa Maria, RS

2015

Thiago dos Santos Alves

**DIÁRIO DE UM RESIDENTE: MAPEANDO UM TERRITÓRIO
NA PERSPECTIVA DOS ENCONTROS**

Artigo de conclusão de curso apresentado ao programa de pós-graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, Area de Concentração: Saúde Mental.**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Barcellos

Santa Maria, RS
2015

Thiago dos Santos Alves

**DIÁRIO DE UM RESIDENTE: MAPEANDO UM TERRITÓRIO
NA PERSPECTIVA DOS ENCONTROS**

Artigo de conclusão de curso apresentado ao programa de pós-graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Saúde Mental.**

Aprovado em 13 de março de 2015:

Rita de Cássia Barcellos, Dra. (UFSM)
(Presidente/ Orientadora)

Elenir Fedosse, Dra. (UFSM)

Zelir Terezinha Bittencourt Esp. (SMS)

Santa Maria, RS
2015

RESUMO

DIÁRIO DE UM RESIDENTE: MAPEANDO UM TERRITÓRIO NA PERSPECTIVA DOS ENCONTROS

AUTOR: Thiago dos Santos Alves
ORIENTADORA: Rita de Cássia Barcellos

Este artigo objetiva apresentar um recorte de estudo das relações intersubjetivas, entre saberes e práticas na região Centro-Leste do município de Santa Maria (RS), coberta pelo Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS – AD) e por uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se, portanto, de uma região cujo território recebe diferentes serviços os quais deveriam estar articulados para a produção de saúde. Para tanto, na perspectiva de mapeamento do território, buscou-se identificar a potência dos *encontros* (FREIRE, 1972) entre os sujeitos, como meio para promover ações voltadas ao cuidado integral dos assistidos pela ESF. Para Freire, os *encontros* potencializam a autonomia e o empoderamento dos sujeitos, desfocando a doença do lugar de destaque, recolocando a Clínica Ampliada e Compartilhada no cuidado em saúde ou com o que as pessoas possuem de potencial para a saúde. O estudo foi pautado na metodologia de pesquisa de campo, a partir da observação participante Thiollent (2005), de caráter qualitativo, com viés do método de cartografia proposto por Deleuze e Guattari (1992). A coleta das informações foi feita por meio de diários de campo, contendo todas as anotações resultantes dos contatos com os sujeitos da pesquisa, a partir das rodas de conversa formais e demais espaços que foram vivenciados no campo. Os dados foram analisados a partir de aproximações com a teoria fundamentada (GIBBS, 2009). A relevância desse estudo dar-se-á, pela importância em que os sujeitos implicados na saúde do território, promovam formas ampliadas de cuidado, que corroborem à saúde integral estando em consonância com as prerrogativas com as transformações Sociais e o Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido o *encontro*, para efeito dessa investigação, foi o elemento encontrado que possibilitou a articulação de práticas embasadas no diálogo, na aproximação dos diferentes saberes, principalmente, o compartilhamento do trabalho do Agente Comunitário, buscando o fortalecimento das ações no âmbito do serviço de saúde.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Encontro, território, comunidade.

ABSTRACT

DIARY OF A RESIDENT: MAPPING A TERRITORY IN THE PERSPECTIVE OF ENCOUNTERS

AUTHOR: Thiago Dos Santos Alves

ADVISOR: Rita de Cássia Barcellos

This article aims to present a study on intersubjective relations between knowledge and practice, for the Central East region of Santa Maria (RS), covered by the Psychosocial Care Center - Alcohol and Drugs (PCCs - AD) and a Family Health Strategy team (FHS). We problematized the region as a susceptible territory to give a chance to health production. For this - in the territory mapping perspective - we sought to identify the power of meetings (Freire, 1972) between the subjects as a mean to promote actions aimed at comprehensive care of those assisted by FHS. According to Freire, the meetings stimulate autonomy and empowerment of the individuals, taking the disease out of its prominent place and then starting to deal with - as claimed by the Shared and Enlarged Clinic - whatever health people would have. The study adopted the Fieldwork Methodology with participant observation, being qualitative in character, based on the mapping method proposed by Deleuze and Guattari (1992). Data collection was done through field diaries, containing all the notes resulting from contact with the subjects done through formal conversation circles and other spaces that were experienced in field. Data were analyzed according to the based-upon theory (Gibbs, 2009). The relevance of this study will be given by the importance that the subjects involved in the territory health, promote expanded forms of care, corroborating to comprehensive health and in line with the prerogatives with the Social and Health System modifications.

The *meeting* has become a tool that helped fostering practices based on dialogue, the forthcoming of different types of knowledge, and especially the Community Agent work sharing, which performs the strengthening of actions in the service scope, as the outlook that the community would make part of itself in favor of its health.

Keywords: Family Health Strategy, Meeting, territory, community.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 PERCURSOS METODOLÓGICOS	10
2.1 Primeiros passos:	10
2.2 Contextualização da ambiência de pesquisa:	11
2.3 Segunda etapa do percurso metodológico:	12
2.4 Terceira etapa do percurso metodológico. A Análise dos dados:	13
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

1 INTRODUÇÃO

No município de Santa Maria (RS), para a formação da rede de saúde mental, as instituições vêm num crescente processo de articulação, de modo a atender as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), fortalecendo o cuidado e preconizando a atenção básica como porta de entrada do SUS.

Dentre algumas providências a essa articulação na rede de saúde mental do município, temos o CAPS AD “R”, que em parceria com o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMISPS), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), desde o ano de 2012, realiza a Função Apoio (CAMPOS, 2005) em um território coberto por uma unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na região Centro-Leste da cidade, com a finalidade de colaborar para a construção de uma rede de serviços de saúde.

Nossa investigação parte de um projeto maior realizado por quatro residentes do PRMIS, intitulado “*Mapeando um território: Produção de cuidado em Saúde Mental por meio do encontro entre dois níveis de atenção*”, articulado, portanto, com a presente pesquisa junto a uma equipe da ESF.

O território em questão faz parte do segmento de atenção em saúde, sob a responsabilidade jurisdicional da equipe da ESF, com o objetivo de fortalecer e ampliar o cuidado aos usuários e à rede de serviços locais. A rede sustenta-se a partir da proposta de que os serviços de nível secundários – por exemplo, a saúde mental no papel do CAPS - devem ampliar as perspectivas de circulação das ações aos usuários no território, rompendo os “muros” dos serviços para adentrar na atenção básica, reconhecendo uma região não somente pelo número de habitantes, mas pelas suas características culturais, condições de vida, processos de produção de saúde e doença aos quais estão referenciados, o que torna viável a responsabilidade de produzir novas formas de compreensão e dimensão do cuidado.

A ferramenta clínica que possibilita, no território, o direcionamento das práticas e agenciamentos dos cuidados aos usuários, aos serviços de saúde e à atenção básica, é a da Clínica Ampliada (CAMPOS, 2005), que visa integrar variadas abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar. A Clínica Ampliada coloca em discussão a fragmentação dos processos de trabalho e, por isso, torna indispensável um arranjo favorável para tratar dos sentimentos em relação aos temas e às atividades não restritas à doença ou ao núcleo profissional.

Ao recorrer à proposta de Clínica Ampliada, os serviços de saúde englobam alguns eixos fundamentais para facilitar a compreensão do que significa “ampliada” na relação saúde-doença, no sentido de contribuir para a implementação compartilhada de diagnósticos e terapias, ampliando o objeto de trabalho e transformando os meios ou instrumentos de trabalho como suporte aos profissionais da saúde.

Nessa pesquisa foi realizado um mapeamento do território da região Centro-Leste de Santa Maria – área coberta pelo atendimento do CAPS AD e da ESF -, objetivando explorar espaços de vida das pessoas que nele transitam; compreendendo que em tais espaços há abertura para o encontro e produção de saúde. Martin Buber (2001) diz que os encontros compreendem relações inter-humanas a partir do diálogo, estabelecem e fundamentam a existência humana. O diálogo possibilita aberturas para que Buber fundamente uma “filosofia do encontro”, que pretende reconhecer os movimentos dos humanos como uma transcorrência de acontecimentos, colocando-lhes frente a situações de engajamento ou afastamento, constituindo-os como indivíduos e coletivos.

O trabalho foi sendo constituído a partir da percepção de que havia um mapa de um território a ser desenhado, que ele nos revelaria o encontro entre dois níveis da atenção em saúde - um campo a ser explorado através de um diário, que tornaria os encontros um fazer processual, ocorrendo em estágios de subjetivação/objetivação, para o que, previamente, foi preciso certo preparo por parte do pesquisador com os elementos que seriam introduzidos no espaço pesquisado.

Conjuntamente com a equipe da ESF, por intermédio das atividades realizadas no cotidiano do apoio, foram elaboradas propostas a nível individual e coletivo que buscasse auxiliar os profissionais e demais sujeitos que estabelecem vínculo com a unidade, formas ampliadas e integrativas, que visam o fortalecimento dos diferentes elos e partícipes que produzem saúde no território. Discorremos sobre o arranjo das tecnologias leves¹ Merhy (1997, 2002), que preconizam o trabalho multiprofissional e transdisciplinar como possibilidades do trabalho em equipe, ativando a realização de intervenções na população através dos programas de promoção e prevenção em saúde.

Sendo possível depreender que a integração e o vínculo afetivo dos profissionais facilitam as intervenções coletivas, beneficiando o cuidado com a comunidade, elevando o

¹ Diante dessa possibilidade de transformação, ao discutir sobre as ferramentas tecnológicas apropriadas para confrontar com as sólidas instituições de saúde, Merhy (1997; 2002) aposta nas tecnologias leves – tecnologias de relações – para ampliar as possibilidades terapêuticas e o redirecionamento do modelo de saúde comprometido com a defesa da vida.

grau das trocas de saberes, aproximando os núcleos profissionais e condicionando o diálogo como um dos manejos em saúde, conforme a Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2009).

A relevância do controle social emerge como proposta de aproximar a comunidade para dentro dos muros da ESF, preconizando assim o direito à autonomia, à ativa participação dos membros da comunidade nas ações em saúde, instigando o senso de pertencimento ao próprio cuidado e no território de vida.

Cabe reconhecer que um fator condicionante para essa pesquisa se dá no devido (re)conhecimento do trajeto percorrido até o *encontro* com o campo pesquisado, tornando a reflexão “de onde viemos e quais caminhos iremos percorrer?” uma preparação à aproximação cartográfica.

2 PERCURSOS METODOLÓGICOS

O caminho metodológico desta pesquisa se iniciou com um ensaio cartográfico: uma estratégia de exploração das potencialidades dos *encontros*, conforme Buber (2001), entre os sujeitos presentes na realidade do serviço da ESF. Imediatamente, passamos à pesquisa de campo, pautada na observação participante, tal como proposta por Thiollent (2005), e compreendida não apenas como uma simples observação, mas como uma implicação do pesquisador que propõe uma efetividade e reciprocidade do relacionamento entre pesquisadores e pesquisados, e a clareza dos posicionamentos de cada parte no plano ético.

Visando garantir as anotações diárias, foi instituído um diário de campo Minayo (2010). O qualitativo da metodologia oportunizou a aproximação com a cartografia - objeto desse estudo, definida por Deleuze e Guattari (1992) e por Deleuze apud Ferigato e Carvalho (2011) - que possibilitou uma investigação a partir do descobrimento/mapeamento das potencialidades dos *encontros*, buscando entender como os pesquisados e seus acontecimentos se manifestam. Portanto, distanciamos-nos da pretensão de apenas encontrar resultados finais (um produto).

No plano desta pesquisa, o *encontro*, como preconiza Buber (2001), constrói e efetiva o tecido relacional entre os dois níveis de atenção e os sujeitos envolvidos nos processos. Com ele busca-se a experiência de contato entre o eu-tu, ampliando a noção da inter-relação, da dimensão do dialógico, numa dinâmica que acolhe e respeita o outro.

2.1 Primeiros passos:

Em março de 2013, foi iniciada a trajetória do grupo original de pesquisa na modalidade de residente, trabalhando no CAPS AD, embora o pesquisador do presente estudo tenha atuado como estagiário de psicologia ainda durante a graduação em 2011 e, depois, em 2012 como profissional voluntário em oficinas de grafite, junto a estagiários da Terapia Ocupacional da UFSM, e da residência da Saúde Mental. Por intermédio desse vínculo com o CAPS AD, pude compreender algumas funções necessárias para o trabalho em saúde mental, e a essas funções chamarei de dispositivos², que Deleuze (1996) coloca que eles são máquinas de fazer ver e de fazer falar. Tais dispositivos, segundo o autor, podem moldar e criar

² Sobre este conceito, ver mais em “O Mistério de Ariana” (DELEUZE, 1996).

processos, sob novas lógicas de subjetivação. Alguns desses dispositivos são diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), que visam garantir a junção entre a clínica e a política, como forma de aumentar a capacidade de compreensão e análise de sujeitos e coletivos.

2.2 Contextualização da ambiência de pesquisa:

No campo de trabalho com usuários da região Centro-Leste de Santa Maria, a equipe do CAPS fazia o trabalho semanal de apoio matricial realizado por um psicólogo do serviço e um residente multiprofissional. Este trabalho já contava dois anos (2012 e 2013). No terceiro ano, 2014, com a saída do residente R2, o pesquisador do presente estudo teve a oportunidade de fazer parte desse campo de atuação. Iniciando as atividades no mês de junho de 2014, realizando visitas semanais na companhia do psicólogo do CAPS e de uma colega da Residência, tendo a incumbência do apoio matricial ao serviço da ESF na região Centro-Leste da cidade. Ao participar das reuniões semanais de equipe, os residentes atuantes nesse território perfaziam ainda outros dois turnos de quatro horas no Apoio Matricial. Aqueles *encontros* foram fomentando nosso interesse em explorar as questões envolvendo a saúde da população, e com eles fomos identificando possibilidades de atuação nos contextos determinados.

Dentro da referida unidade de saúde, foi iniciado alguns grupos com os profissionais da equipe. No período anterior a chegada dos residentes envolvidos com o apoio matricial havia uma escala fixa ou então o rodízio de coordenação de alguns desses grupos. Tive a oportunidade de realizar as atividades de caminhada na companhia de uma residente multiprofissional da Educação Física. Havia, então, o grupo de dança realizado pelo estagiário do núcleo da Enfermagem, por uma residente multiprofissional dos núcleos de Educação Física e Fonoaudiologia; o grupo de convivência constituído por estagiários do curso de Fonoaudiologia, e um residente do núcleo da Fonoaudiologia; e também o grupo de Terapia Comunitária Integrativa (TCI), realizado em caráter de rodízio entre os quatro agentes comunitários da ESF e a residente da fonoaudiologia, todos com formação nesse campo de intervenção em saúde.

As atividades relacionadas às visitas domiciliares (VD) e os acolhimentos foram realizadas conjuntamente com os profissionais que estavam disponíveis para tal função, principalmente, com a disponibilização do médico da equipe, proveniente do Programa

Federal “Mais Médicos”. Estas atividades auxiliaram aos residentes sobretudo na produção de vínculo com a equipe, inserindo-me nos processos de trabalho do serviço, (re)conhecendo as técnicas específicas de cada núcleo profissional e as tecnologias que a equipe utilizava para o cuidado integral na atenção básica, assim como o estabelecimento e fortalecimento do meu vínculo com a comunidade. Durante o período de trabalho, foram muito produtivas as ações conjuntas com o ACS “M”, que desde o início do apoio a equipe buscou discutir e problematizar as ações no âmbito da saúde mental.

2.3 Segunda etapa do percurso metodológico:

A coleta de informações desta pesquisa foi realizada com o uso do diário de campo, contendo as anotações resultantes dos contatos empreendidos - a partir das rodas de conversa formais e planejadas e as realizadas informalmente e imprevistas - durante o mês de dezembro de 2014 a janeiro de 2015.

O diário de campo (MINAYO, 2010) é uma metodologia que auxilia no registro das vivências de cada pesquisador-observador. Neste sentido, ele depende do olhar/observação daquele que está interagindo no espaço do *encontro*, com seus conhecimentos e experiências. O diário de campo foi construído de forma singular, contendo as anotações em bruto, sem correções da norma culta, transcritas no momento em que os fatos ocorriam.

Para que fosse possível realizar a interlocução com os demais agentes do estudo, foi organizada a estratégia de observação a partir de duas colunas: uma relacionada com o fato ocorrido e outra com as impressões daquele que esteve presente no ato. A análise ocorreu guiada pela coleta de dados, mediada pela orientação teórica e pelos pressupostos estabelecidos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria em 01/12/2014, sob o registro nº 889.558.

Durante o seu período de realização, o pesquisador do presente estudo acompanhou o percurso de um Agente Comunitário em Saúde (ACS) denominado Agente “M”, como estratégia potente na inserção do pesquisador nos circuitos da rede de cuidado às famílias, e na ampliação do vínculo da comunidade com a ESF.

2.4 Terceira etapa do percurso metodológico. A Análise dos dados:

Estes resultados foram elencados em gradientes cartográficos de análises, a partir das discussões com os profissionais do serviço em espaços de roda de conversa, formais e informais, nos atendimentos ao público tanto no espaço da ESF quanto nas VD's e ações territoriais do serviço pesquisado.

Para efeito da apresentação dos resultados a partir do material encontrado, foi elaborado um roteiro analítico de forma a dar ideia do percurso desse desenho investigativo:

Cenário da prática: A breve exposição do contexto abordado nos diários apresentada por características do campo.

Apresentação do título: Constituído com base nos escritos de Richardson (1999), que propõe a existência de duas maneiras de categorizar os elementos em análise: a primeira perspectiva de análise apresenta-se de forma preestabelecida, elencando a distribuição dos elementos a priori. A outra forma de análise coloca o sistema de categorias como resultante do sistema de categorização, que se dá de maneira progressiva aos elementos, ou seja, a categoria de análise se produz a posteriori. Estaremos utilizando a perspectiva de construção de categorias de análise que se produz como resultante da categorização dos elementos.

Data: relativo a data dos escritos registrados no diário de campo, conforme as experiências e agendamentos.

Registro: trata-se da transcrição do material em bruto sem correção de normas cultas, resultante dos apontamentos do diário de campo, contendo o relato das experiências desenvolvidas durante o processo investigativo.

Discussão fundamentada: Após o registro os dados foram analisados de acordo com a teoria fundamentada (GIBBS, 2009).

Encontro: Nesta etapa investigativa foi possível “cartografar/mapear” aquilo que foi possível captar na essência dos *encontros*, de maneira que os quadros investigados foram explicitados de forma gráfica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O trabalho em saúde mental se estabelece a partir do que se pode oferecer em termos de cuidado voltado para “um SUS que dá certo”³, forte e ampliado. Considerados os arranjos organizativos atravessados por dispositivos como: Profissional de Referência, Acolhimento, Ambiência e o Plano Terapêutico Singular (PTS). O PTS pode ser compreendido como a amarra que possibilita a movimentação do usuário na rede e em seu território de vida, sendo essa proposta de cuidado em saúde a realização da Função Apoio, conforme Campos (2005). Proposta esta que, realizada pelo CAPS em um território coberto por uma Unidade de Estratégia da Saúde da Família (ESF), na região Centro-Leste da cidade, possibilitou a intervenção da pesquisa de campo.

Ao serem exploradas as potencialidades dos *encontros* entre os sujeitos do território pesquisado, constatamos a importância do papel do ACS, notadamente, um dos trabalhadores com maior grau de aproximação (relações) com os sujeitos atendidos na ESF. A filosofia “Buberiana” investiga o fenômeno das relações, reconhecendo que no estabelecimento do entre o eu-tu coexiste o ser, ou seja: os modos como nos relacionamos estabelecem, fundamentalmente, o nosso modo de ser, a partir da existência do diálogo Buber (2001). A relação dialógica é uma forma de produção de diferentes possibilidades, essencialmente, da condição do ser no mundo, uma intercomunicação existencial, como coloca Buber (2001).

A partir da coexistência dessas relações, o ACS constrói seu campo de ações cotidianas, seja com a equipe, com a comunidade, aproximando-se das famílias e dos planejamentos de prevenção e promoção preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). O trabalho do ACS se estabelece de uma forma em que a produção de saúde não demanda materiais com custos altos, como exemplo os procedimentos odontológicos, ou até mesmo procedimentos que exijam agendamento, ou os diagnósticos que necessitam de longos períodos de espera.

A partir do trabalho do ACS, em conjunto com os outros membros da equipe, desenvolve-se um trabalho centrado nas tecnologias leves (MERHY, 1997; 2002): trabalho que acolhe, estabelece vínculos, tende a aumentar a capacidade de atendimento e resolução por parte da

³ A política de Humanização do SUS desenvolve cartilhas que visam multiplicar ações realizadas, com objetivo de promover suas diretrizes e ações políticas não apenas como um mero conjunto de propostas abstratas que...esperamos poder tornar concretas. Ao contrário, partimos do SUS que dá certo. Ver mais em: Clínica Ampliada e Compartilhada Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

equipe e/ou unidade de saúde, impactando positivamente no acesso aos serviços (BRASIL, 2009).

Segundo Merhy (1997; 2002), essas tecnologias estão além das ferramentas e máquinas disponíveis para auxiliarem nas intervenções assistenciais. Ou seja, nós, trabalhadores de saúde, podemos dispor e mobilizar intensamente o conhecimento sob a forma de saberes profissionais bem estruturados, como as diversas clínicas. As tecnologias leves estarão sempre disponíveis em nossas relações.

Diante de processos de trabalho que podem envolver diversos atores, pode ser necessário considerar estratégias de como “transitar” no campo de pesquisa. Com relação a utilização do método da cartografia como uma estratégia, ou seja, um recurso para não nos perdermos em certezas e premissas com que nos deparamos, Morin (1996, p. 284) diz que:

A estratégia é um cenário de ação que se pode modificar em função das informações, dos acontecimentos, dos imprevistos que sobrevenham no curso da ação. Dito de outro modo: a estratégia é a arte de trabalhar com a incerteza. A estratégia de pensamento é a arte de pensar com a incerteza. A estratégia de ação é a arte de atuar na incerteza.

Com estes apontamentos, Morin contribuiu à nossa percepção sobre a necessidade de reconhecermos a complexidade dos sujeitos e da realidade existente.

O cartógrafo se parece com o velejador, que precisa agir, sendo muito mais produto/produtor do que apenas um coletor de dados. Seguindo Mairesse (2003), em nossa proposta o papel do pesquisador ocupa um lugar central no ato de pesquisar, pois há o encontro com o campo, com o seu próprio estudo, não havendo neutralidade, tampouco isenção de interferências; os dados surgem da produção de conhecimento que se dá a partir das percepções, sensações e afetos vividos. Estamos diante de uma pesquisa num determinado território de vida, com suas particularidades socioassistenciais, em que o pesquisador com a qualidade da aproximação implica-se sobremaneira na produção dos diálogos e nos serviços tanto no CAPS quanto na ESF.

A expressão “território de vida” remete a algumas reflexões acerca do conceito de território, considerando os usuários dos serviços de saúde primária da região Centro-leste e do CAPS AD (referência da região). Para este conceito, adotamos os seguintes pressupostos:

O território é o chão e mais a população, isto é uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre as quais ele influenciou. Quando se fala

em território deve-se, pois, de logo, entender que está falando em território usado, utilizado por uma população (SANTOS, 2003, p.47).

Este espaço entendido por Santos (1988) como “a acumulação desigual dos tempos”, emerge em consonância com a rede, onde se constituem os *encontros*, que promovem e potencializam a autonomia e o emponderamento (FREIRE, 1972), de tal forma que a doença mental não é a *prima facie* da vida das pessoas, mas, como sustenta a Clínica Ampliada e Compartilhada, aquilo que elas têm de saúde.

A noção de território, entendida aqui, carrega um sentido ampliado que ultrapassa o uso que dela fazem a etologia e a etnologia. Reconhecemo-la como um espaço de vivência, lugar de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Assim, as pessoas se organizam segundo territórios que as delimitam e articulam a outros seres (GUATTARI; ROLNIK, 1986). Na medida em que emerge a noção de “territorialização”⁴ perante o campo da saúde, não é possível ao investigador limitar-se à dimensão técnico-científica do diagnóstico e da terapêutica, ou do trabalho em saúde, mas reorientar-se a partir de outros saberes e práticas que “desterritorializam”⁵ os atuais saberes hegemônicos e práticas vigentes (CECCIM,2005).

A compreensão de estratégia como ações por entre incertezas e complexidades, e do território enquanto um espaço de vivencia e apropriação dessas complexidades, guia a um processo de “cartografar” como possibilidade de avaliar os deslocamentos, registrar os vestígios de *encontros* que sinalizem para as formações do desejo no plano social (ROLNIK, 1989).

Na sequencia, a partir da lógica dos *encontros*, foi possível explorar maneiras de pensar a saúde. O que o território nos aponta de antemão é que é preciso perceber o quanto um local periférico é demarcado por múltiplas formas de ausência de condicionantes da saúde e, por intermédio do vínculo dos profissionais com os sujeitos no território, somos conduzidos a problematizar realidades que podem ser transformadas. Questionamos se nossos *encontros* com o território podem colaborar para a produção de saúde de forma integrativa, em um lugar cuja a fragilidade e vulnerabilidade são cenas cotidianas.

⁴ Na obra Mil Platôs vol. IV, Deleuze e Guattari articulam os processos de territorialização frente às múltiplas transformações sucessivas de qualquer plano. Segundo os autores, a territorialização é “o ato do ritmo tornado expressivo, ou dos componentes de meios tornados qualitativos” (DELEUZE; GUATTARI, 1997a, p.122 e 124).

⁵ Em mil platôs vol. II, Deleuze e Guattari, utilizam da noção de desterritorialização como um preceito chave em sua obra cartográfica. O processo de desterritorialização é concomitante a territorialização, sendo esse, atos de linhas de fuga do território. (Deleuze; Guattari, 2007)

Foram necessárias, ainda que de forma breve, no contexto social em que foi realizada a pesquisa, algumas reflexões sobre “os mecanismos pelos quais o Estado, em seus diferentes níveis e poderes, restringe o acesso da grande maioria da população aos direitos básicos que lhe proporcionariam uma vida digna, gerando assim um grave quadro de exclusão social” (NETO; MOREIRA, p.36, 1999).

Estes modos de aparecer à vida nada mais são do que o seu *êthos/éthos*, respectivamente, seu chão natal, costumes e hábitos. Todas suas leis – sagradas ou profanas⁶ - estão aí e não podem ser soterradas por epidemias. A questão é: como se vê o humano que ocupa um determinado território recortado por uma diversidade de origens?

Acerca de como o humano necessita interpretar-se a partir do seus *ethos*, Gastão Campos dirá em “Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida” que

O ser humano tende a introjetar essas características externas, seja da cultura, da racionalidade econômica ou de valores predominantes em uma época, transformando-as em elementos singulares de sua própria subjetividade. Por isso parece tão difícil realizar mudanças na organização social (CAMPOS, 2006, p. 89).

Os diferentes sujeitos nos embates cotidianos deparam-se diante de dilemas que, de modo muito comum, degradam a vida, como a violência, para tentar recriar em cima dos *ethos* que já lhe constituem. Prepara-se para ser outro, quando outro é o que já não lhe serve ou promete destruí-lo. São pressupostos teóricos que nos levam a evidenciar o impacto da ativação do dispositivo de Controle Social frente aos múltiplos atravessadores da comunidade.

Com as proposições de Campos (2006), os profissionais de saúde, que buscam com extrema necessidade novas perspectivas da atenção em saúde, não ficam sozinhos, desamparados, correndo o risco de serem estigmatizados como sonhadores, idealizadores de caminhos aos quais não há a menor chance de serem realizados.

Para Campos (2006, p. 20) “a paidéia” é uma metodologia para a educação de pessoas objetivando a ampliação de sua capacidade de analisar e de intervir sobre o mundo”. No Programa Paidéia (CAMPOS, 2001), identificamos um modelo de atenção implementado pelo SUS através da Secretaria Municipal de Campinas, na gestão 2001-2004, assumindo

⁶ Profanas seriam as leis estranhas, alheias, às quais aderimos – sejam de famílias próximas de outras formações ou dos próprios signos lançados na sociedade pela cultura e pelo poder, especialmente do Estado.

compromissos com a lógica da territorialidade, desinstitucionalização, corresponsabilização, vínculo e acolhimento, tornando-se um marco no modelo assistencial em saúde no país.

O programa teve como principais diretrizes a capacitação dos profissionais, para atuação dentro deste modelo, a ampliação de unidades de saúde e a contratação de recursos humanos, além da incorporação de ACS (CAMPOS, 2001).

O modelo de atenção da saúde do Programa Paidéia propiciou experiências inovadoras, a partir da inserção do psicólogo nas ações da ESF, da medicina comunitária e, principalmente, da participação da comunidade nos processos socioassistenciais da população de Campinas. Com este referencial que o investigador pautou seus processos de trabalho, que subsidiaram a antessala da presente investigação, de forma que a análise das ações fossem de caráter integrativas, que visassem fortalecer os diferentes elos capazes de produzir saúde no território da região Centro-Leste de Santa Maria.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os materiais resultantes desta pesquisa foram construídos durante o percurso de imersão na condição de Residente do PRMIS de Santa Maria, na rotina de trabalho dos profissionais da ESF e da relação que a comunidade estabeleceu com o serviço de atenção primária em saúde. Para efeito de investigação as expressões em itálico são os registros e apontamentos do diário de campo, os quais foram transcritos na íntegra, objetivando dar dimensão do material coletado.

Cenários da Prática:

O trabalho dos profissionais da ESF - técnicos de enfermagem e enfermeiros -, semanalmente, exigia procedimentos como curativos a vítimas de facadas, ou ferimentos por arma de fogo. O diálogo sobre estas situações era corriqueiro no serviço, principalmente, nas rodas informais, nos espaços de intervalo, no horário de almoço, refletíamos sobre as trajetórias de vida daquelas pessoas que sofriam com a violência. Percebemos que havia vínculos fracos entre as vítimas e seus agressores. Os encaminhamentos eram feitos ao Centro de Referência Assistência Social (CRAS), que possui localização no mesmo território da ESF, e ao CAPS, uma vez que a ligação daquelas ocorrências normalmente estava associada ao uso e tráfico de drogas. A partir de uma escuta qualificada e acolhimento, procurava-se agendar uma visita à família, de modo a conhecer melhor os atravessadores das situações que motivavam a violência. O papel da Unidade de Saúde, contudo, não é o de ir além dos procedimentos curativos e outros cuidados mais básicos no instante do atendimento. Por isso, buscar a amplitude do trato à violência no território e na vida das pessoas está fora do seu escopo.

O campo da atenção básica vista por um residente da saúde mental

Diário de campo, 16 de junho de 2014

Registro:

Era início de semana, uma fria segunda-feira e eu realizava o plantão de ambientação com as pessoas atendidas, quando chega ao serviço às 8 horas da manhã um jovem e pede ansiosamente para ver o jornal do dia anterior. Este jovem era percebido no serviço como um sujeito de difícil acesso a questões pessoais e familiares, por mais que ele tivesse um

vínculo com o serviço nas questões assistenciais, de alimentação e acesso ao transporte social, era um jovem presente apenas na sua agressividade frente aos profissionais e a outros sujeitos atendidos no serviço. Mas naquele dia, naquele momento, não lhe interessava descer as escadas e ir direto receber o café. O que lhe interessava era discutir sobre a pessoa que estava em destaque na seção policial do jornal. A pessoa na foto, era seu tio que tinha sido vítima de homicídio por traficantes de drogas um dia antes devido a conflitos envolvendo o tráfico. Algo infelizmente comum naquele território. A partir daquela situação, da aproximação que eu tive com ele, nesse seu momento de sofrimento, eu compreendi o quanto era complexo a vida daquela pessoa, e de diversos outros jovens. As questões relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas diziam dos conflitos que permeavam seu contexto e história de vida. A violência dizia da sua história e essas linhas eram maiores do que as da droga que ele cheirava... Aquele acontecimento o motivou a querer vingar a morte do tio, assim como em anos anteriores, em que eu era estagiário de psicologia neste mesmo serviço, e o atendia, ele queria vingar-se da morte do irmão que fora morto por um policial militar.

Discussão Fundamentada

Aquele sujeito atendido era apenas mais um entre tantos outros, que nas rodas de conversa, oficinas e acompanhamentos terapêuticos (AT)⁷ traziam relatos pessoais da violência cotidiana, que gradativamente assolava aquele território. Frente a estas situações, pergunta-se: que atravessadores propiciam atos violentos de caráter coletivo?

Buscando estabelecer normas universais fundamentadas nos direitos humanos e estabelecer políticas mais eficazes na prevenção da violência, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2002), que se reporta, diretamente, aos documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS), divide a violência em três grandes categorias. À terceira delas, temos especial interesse em nossa pesquisa: a violência coletiva - um tipo de violência infligido por um grande grupo de pessoas. Esta categoria, contudo, ainda é subdividida em violência política, social e econômica. É comum, a estas três, a ênfase ao tipo de motivação das ações. Ou seja, por que razões são realizados os atos violentos?

Portanto, no setor de atendimento em saúde, Krug *et al* (2002, p. 213) define violência coletiva como:

⁷ No artigo “Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político”, Palombini (2006) elabora formulações que consideram a prática do AT como uma ferramenta que possibilita os encontros para além das disposições físicas dos serviços, mas no alcance dos territórios de vida.

O uso instrumental da violência por pessoas que se identificam como membros de um grupo-independente de esse grupo ser transitório ou possuir uma identidade mais permanente - contra outro grupo ou um conjunto de indivíduos com o intuito de alcançar objetivos políticos, econômicos ou sociais.

O que nos interessa distinguir e extrair do universo da violência coletiva, com fins a avançarmos para além das tipificações propostas pelos próprios organismos mundiais de saúde, é, justamente, tudo aquilo que põe em xeque não somente os serviços socioassistenciais e a atenção hospitalar, mas também o âmbito da saúde na atenção básica, o cuidado dos sujeitos em seu território de vida pública realizado por uma Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Este período em que estive envolvido no CAPS (2011 a 2014) representou uma verdadeira caixa de ferramentas (Foucault, 2006), que me serviu de auxílio no movimento frente a situações de violência e ao uso abusivo de álcool e outras drogas. O que buscávamos como a pesquisa, primeiramente, era (re)conhecer qual o papel que uma determinada Estratégia de Saúde da Família teria no plano terapêutico singular, frente a jovens e adultos usuários de álcool e outras drogas.

Entretanto, por intermédio desses relatos marcantes no território, compreendemos que perpassavam circuitos complexos de vida, que tornavam a problemática do uso do álcool e outras drogas apenas mais um foco epidemiológico a ser atendido na atenção básica, e que apenas o trabalho de educação em saúde feito por uma unidade não alcançaria resultados modificadores da realidade apresentada por seus moradores. Essas inquietações projetaram-se na forma de problemas que a pesquisa precisaria cuidar.

Encontros.

Frente a esses processos de atenção à saúde de pessoas que vivenciam atos violentos, fomos conduzindo um manejo acolhedor e capaz de reconhecer o fenômeno da violência como um atravessador do cotidiano da comunidade. Buscamos problematizar e abrir diálogos sobre o tema em diversos espaços com todos os profissionais do serviço, construindo noções sobre a complexidade do fenômeno da violência e a importância do serviço da atenção básica no cuidado e acolhimento àquelas pessoas. Algumas questões relativas a encaminhamentos de casos ao serviço especializado da assistência social e outros cuidados intersetoriais, por exemplo, surgiram dessas conversas. A parceria já estabelecida da ESF com a escola do bairro e outros dispositivos sociais foi discutida e abordada de forma mais criteriosa em reuniões de

equipe, quando, então, percebemos a dificuldade em haver aproximação de outros serviços que pudessem contribuir para a prevenção e promoção da violência no território.

Síntese do encontro

A parceria entre as equipes da escola e dos demais dispositivos socioassistenciais com a ESF no trato à saúde do território.

Cenários da Prática

A ESF, supracitada, é composta pelos cargos de uma enfermeira que coordena o serviço conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), uma técnica de enfermagem e um médico de nacionalidade cubana, vinculado ao Programa Mais Médicos. Os demais profissionais inseridos no cotidiano da equipe vinculam-se, por intermédio do PRMIS com ênfase em Atenção Básica. O programa abarca as seguintes formações profissionais: Educação Física, Fonoaudiologia, Enfermagem, Serviço Social e Medicina Veterinária. No território coberto pela ESF, também há quatro ACS divididos em suas microáreas. Cada ACS realiza a cobertura do seu território por meio de visitas domiciliares.

Diálogos sobre a noção de saúde e a atenção ao cuidado integral ao sujeito

Diário de campo: 5 de dezembro de 2014

Registro:

Hoje me dei conta que nos últimos meses estou realizando muitas atividades com o agente comunitário “M” e a cada dia estou mais distante dos outros ACS. Me chama atenção a força como nossas discussões sobre saúde tem se realizado sempre que surge alguma questão pertinente à demanda de atenção à população. Não temos a mesma opinião, mas sabemos exercitar o diálogo e isso tem ajudado a construir ações a alguns casos. Isso me deixa motivado mas ao mesmo tempo me questiono o quanto os outros trabalhadores parecem não estar tão dispostos a abrir suas ideias e pensamentos sobre a saúde mental. Parece que nós, apoiadores, incomodamos. Parece, que estamos ali criando algum desconforto, apenas por estarmos abertos a todo momento a contribuir com a demanda de saúde mental que a ESF atende. (...) No turno da tarde, realizei três visitas com o agente “M”. O que me chamou a atenção foi que antes de fazermos as visitas tínhamos discutido

sobre a noção de saúde mental e o agente me disse: “a saúde mental é tudo, é o lado emocional, é o cuidado espiritual é a condição de vida. Se falta comida, falta luz, como que as pessoas vão viver?” Quando ele me convidou a fazer as visitas me disse: “Vem comigo que eu vou te mostrar umas realidades e depois tu me diz o que tu acha disso, o que podemos fazer”. Chegamos a uma casa, e no pátio havia acúmulo de lixo e eletrodomésticos quebrados e enferrujados. O interior da casa estava totalmente insalubre, o chão da sala era de chão batido e havia uma bicicleta em cima do sofá, além de uma panela e um cachorro. Na residência morava uma família de três pessoas. Um adolescente portador de necessidades especiais e uma mulher de meia idade que não conseguia se locomover. Não menos relevante a tal quadro, havia a terceira pessoa da família, que era o provedor da casa, internado num hospital, com doença terminal, sem diagnóstico conhecido. Saímos da visita sem conversar e eu comecei a conversar comigo mesmo e lembrei que no serviço do CAPS trabalhávamos com a noção de saúde amparada pela diretriz da Política Nacional de Saúde Mental. Havia a construção coletiva de uma pedagogia dos profissionais com o manejo terapêutico, e esse manejo da equipe multiprofissional dizia da interdisciplinaridade e transdisciplinar presentes nos movimentos da equipe.

Quando me desloquei para realizar o trabalho de apoio matricial na ESF, percebi, o meu desconhecimento das ações em atenção primária que são realizadas ali. Nesse momento surgiu a necessidade de que de eu me familiarizasse e compreendesse qual é noção de saúde que a atenção básica se ampara para realizar suas ações. Precisaréi conversar mais com os agentes comunitários. Preciso transformar esse desconforto em ações, realizar aberturas e trocas e assim entender melhor como eles articulam suas ações...

Discussão Fundamentada

No campo da política, a noção de saúde, historicamente, ganhou visibilidade a partir da Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua carta de Direito Universal à Saúde no ano de 1948, quando define saúde como: “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade”. Hipoteticamente, esta concepção relaciona-se com o desenvolvimento e expressa associação entre a qualidade de vida e a saúde da população. Isto, se a saúde pudesse ser compreendida como resultado de um processo de produção social, influenciada por condições de vida adequadas de bens e serviços (?). Esse produto social que se constrói coletiva e individualmente é de direito do povo, por meio de ações que o governo gera à sociedade e a cada indivíduo (?) É possível compreender que a

saúde é um bem e uma atribuição ao desenvolvimento do ser humano. Dessa maneira, o Estado Brasileiro atribui o direito da saúde à população sob caráter Constitucional no artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), que considera a saúde como “um direito de todos e um dever do Estado”, assim como explicita que a saúde é resultante de condições “biológicas, sociais e econômicas”.

Todavia, o Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto plataforma organizativa e macropolítica, certifica que a Saúde estabeleça formas para promover seus critérios de atenção e cuidado, pois considerando fatores que, direta e indiretamente, estariam associados ao se pensar a saúde e a qualidade de vida como aspectos econômicos, sociais e culturais, esses condicionantes ampliam a noção de saúde e fazem com que o SUS esteja organizado de forma a dispor a universalidade, a integralidade e a equidade.

De acordo com Foucault, em seu trabalho “O nascimento da medicina social” (2006), o dever de cuidado (proteção) estende-se a diversas instituições do Estado que estão focadas na biopolítica. A saúde situada no campo da biopolítica exerce em nossos corpos e mentes uma função estratégica de governamentalidade (FOUCAULT, 2006). O que cabe refletir nessas postulações acerca da biopolítica é em que ponto de nossa atuação profissional, no campo da saúde, estamos realizando tais diretrizes que têm o papel de saber/poder (FOUCAULT, 2006) perante o corpo e a mente das famílias atendidas no serviço, e o quanto deixamos em suspenso a produção de saúde.

Outra questão que cabe salientar é se os contextos das formações acadêmicas estão relativamente em consonância com o atual cenário da saúde pública. Como postula a psicóloga Regina Benevides em seu artigo “A psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces?” (2005), temos de exercitar criticamente a reflexão de que as formações acadêmicas em saúde ainda se sustentam no modelo biomédico e dicotômico de atuação centrado na doença, gerando assim certo distanciamento entre as noções de clínica e política.

A pesquisa exploratória intitulada “Saúde mental na atenção básica - uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva”, de Gama e Onocko Campos (2009), revela que o modelo tradicional da atuação do psicólogo por vezes é demandado pela própria equipe do serviço. Esse imperativo conservador de trabalho, estritamente biomédico, acaba servindo de obstáculo à integração da psicologia com as equipes e o exercício do olhar multiprofissional devido à formação acadêmica estar inserida na hegemonia do modelo clínico tradicional.

Encontro

Sobre a noção de Saúde, percebo que ela não é estática, não pode ser explicitada como um discurso prévio, mas o cuidado se movimenta em processos e se amplia através de redes afetivas. Isso é algo que procuro explorar cada vez mais.

Não podemos deixar desassistida a saúde do trabalhador, pois em diversas conversas com os profissionais, e em atividades coletivas, refletíamos sobre a nossa própria saúde e a necessidade de estarmos em condições de exercer nosso papel no cuidado às famílias. Precisamos de mais espaços de diálogo e encontrar recursos para o cuidado à nossa saúde mental.

A proposta de reconhecimento das práticas e atendimentos desses profissionais da ESF se estabelece a partir das trocas diárias com eles, na realização conjunta de atividades e construção de diálogo com eles.

Percebe-se que a noção de saúde dos profissionais se transforma através dessas trocas cotidianas, que ocorriam entre os profissionais, os residentes e os apoiadores.

Síntese do *Encontro*

O *encontro* se estabelece com a noção de saúde, com a perspectiva de possibilidades de atenção que visam a integralidade.

Cenário da Prática

As VD's às famílias demonstraram que uma parcela significativa delas sofre dos resultantes de processos históricos de negligência social. As situações relacionadas à frágil infraestrutura e a vulnerável rede de atenção em saúde em Santa Maria, colocam as pessoas em situações críticas, de negação dos direitos socioassistenciais e do cuidado ampliado.

Diante disto, vemos que a equipe da ESF atua na perspectiva de reduzir as danificações e estragos enfrentados por boa parte da população por ela acolhida, mas que pouco consegue realizar de inovador frente a tal complexidade. Foram feitas diversas atividades que demandam atenção às pessoas acometidas de doenças e patologias que apresentam níveis elevados de caráter crônico e degenerativo, mas que são atendidas somente no espaço da rede básica. Os usuários do serviço recebem cuidados que lhes possibilitam seguir sua história, mas com baixos condicionantes de qualidade de vida.

O cuidado integral no território: quais estratégias de saúde são possíveis?

Diário de campo, 26 de setembro de 2014

Registro

Uma senhora, provedora de uma família com problemas familiares que giram desde a separação do marido, cuida de sua neta órfã que perdeu os pais em um trágico caso em que o pai matou sua mãe e depois suicidou-se. Essa mulher que aparenta ser idosa não possui cinquenta anos, mas devido à sua história de vida seu corpo denuncia coisas que não cabem apenas em uma simples visita domiciliar(...) Seu histórico de traumatismo no joelho e falta de diagnóstico e tratamento em período hábil fizeram com que hoje ela esteja na espera de uma cirurgia altamente arriscada e grande chance de amputação do membro inferior. O que me chamou atenção depois de tanta conversa é que ela sabia a importância não somente do serviço da AB, mas que a falta de acesso à rede de esgoto e saneamento e a coleta de lixo do bairro eram, para sua saúde e de sua família, fatores de risco e adoecimento. Com o passar dos meses, eu conheci esses problemas enfrentados no seu dia-a-dia, como problema comum à grande maioria dos moradores(...) Não ficamos apenas na queixa, a conversa evoluiu e o vínculo entre nós havia se estabelecido. Disse a ela que precisávamos discutir mais sobre maneiras da comunidade se articular frente à estruturação da rede sanitária do bairro.

Discussão Fundamentada

O serviço da ESF tem em sua função atuar como base e ser resolutiva no mais alto nível de descentralização e capilaridade (BRASIL, 2013). Diante disso, é um desafio aprimorar o manejo que preconize o sujeito⁸ em atendimento, embora os serviços estejam sob o regimento de programas generalistas do Ministério da Saúde, que tem o papel de manter o controle do estado de saúde da comunidade. E se levarmos apenas em consideração a doença que o Programa nos orienta a investigar, e não a pessoa em si que se apresenta diante de nós, estamos mais preparados e predispostos a diagnosticar a saúde ou a doença?

Frente aos casos de doenças com alto nível de cronicidade, em que na sua grande maioria o domicílio se estabelece como o único espaço de vida desses usuários e até mesmo dos cuidadores, o papel da equipe nas orientações e recomendações diárias se faz sobremodo necessário, visto que, a rotina de vida das famílias se modifica quando ocorrem processos de adoecimento em algum membro do contexto familiar. Cabe, contudo, salientar também a

⁸ Na proposta da Clínica Ampliada os sujeitos devem estar ativamente com o papel de protagonistas com seus saberes e historicidade exercidos no território.

importância do cuidado ao cuidador, que também é usuário da Unidade Básica, e precisa ser reconhecido nos seus processos singulares que são atravessados pela condição de vida da pessoa cuidada. O trabalho dirigido aos cuidadores carece de ser potencializado.

Consideramos esta lacuna no cuidado às famílias devido não haver equipes multiprofissionais na modalidade NASF, ou até mesmo equipes específicas de Atendimentos Domiciliares (AD) integradas a ESF, como por exemplo, o Programa *Melhor em Casa*, do Ministério da Saúde, conforme a portaria Nº 1.208 de 2013, do Ministério da Saúde, que possibilita o acompanhamento de pacientes crônicos com a modalidade AD2 e AD3, até que os níveis de cronicidade (intensivos e cronicidade aguda) diminuam e sejam acompanhados pela Atenção Básica.

A ausência de equipes que prestem esse apoio diminui a potência de atuação da própria ESF, que poderia se fortalecer e ampliar seu olhar perante o cuidado integral, realizando apenas os cuidados às modalidades AD1 (nível crônico estável), consultas agendadas e visitas mensais. Segundo o próprio Programa, nos municípios de Passo do Lumiar/MA, Caruaru/PE, Ribeirão Preto/SP e Blumenau/SC, este diálogo já acontece de forma consistente e sistematizada, por meio de instrumentos e pactuações locais, além dos processos produzidos nos *encontros* do trabalho vivo (BRASIL, 2013).

A atenção básica tem em seus fundamentos e diretrizes, conforme a portaria Nº 2.488 do Ministério da Saúde, no artigo V, “A disposição de estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade de construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território [...]” (BRASIL, 2011).

Encontro

No que diz respeito ao comprometimento da ESF em realizar ações conjuntas à comunidade, uma das propostas que se estabelece no espaço da Unidade é o diálogo formal em turno de reunião da equipe, com representantes da comunidade, denominados líderes comunitários. A ESF, nessa função, vale-se do seu papel social e procura colaborar e incentivar o controle social, agindo de forma que a saúde se torne um ato político, refletindo não apenas no espaço da atenção básica, mas partindo do território de vida para contextos amplos do laço social

A partir do que literalmente foi registrado no diário, compreendemos que, cotidianamente, a saúde das famílias não se estabelecia de forma integral - constatação que condiz com a realidade de territórios periféricos. Dentre as casas visitadas, as ruas

caminhadas, não encontramos famílias que tivessem seus direitos assegurados, pois alguma deficiência nesse território se apresentava antes mesmo de chegarmos ao ponto em questão que era o adoecimento clínico. Será que as pessoas da comunidade é que estão doentes? Esses relatos foram se compondo com tantos outros discursos semelhantes, que registraram o seu cotidiano e apresentaram, a nós pesquisadores, uma realidade muito complexa.

Se aquelas falavam sobre tudo isso é porque tinham (e tem) senso crítico e sabiam que para os condicionantes sociais de saúde se tornarem de fato um direito à população, precisariam de ações coletivas que não dependiam apenas da ESF, ainda que a Unidade de Saúde estivesse (está) aberta a elas.

Síntese do encontro

A importância do vínculo com o profissional do serviço e o olhar sobre o território como possibilidade de transformação pelos sujeitos que estão ligados a partir das redes de pertencimento territorial.

Cenário de prática

O *encontro* com o serviço dos quatro ACS foi construindo amarras com as famílias, possibilitando compreendermos a intensidade da atuação desses profissionais perante a equipe da ESF. Essa atuação é relativa à aproximação que o profissional ACS, por ser morador do território, carrega na sua potência de ligação com as famílias e com os demais profissionais do serviço da ESF. Esse laço se estabelece nas diversas intervenções que o ACS produz no território, havendo o *encontro* entre o ACS e a equipe, e o ACS e a comunidade, pela sua condição de estar diretamente afetado pelas questões sócioassistenciais que se apresentam no bairro.

O Agente Comunitário de Saúde: O intercessor⁹ dos encontros

Diário de Campo, 10 de outubro de 2014

Registro

Em atividade conjunta com os colegas residentes, “L” e “C”, e o médico veterinário que eu até então não conhecia, chamado “J”, realizamos diálogos com moradores de uma

⁹ Intercessão como possibilidade de compor com, ser mobilizador e interferência Deleuze (1992)

microárea descoberta por ACS, com intuito de chamarmos as pessoas para a programação do Outubro Rosa que se realizaria neste mesmo mês. Devido à precariedade das moradias e dos animais que ali viviam, fiquei mais interessado em saber como é possível existir um lugar que a coleta de lixo era realizada poucas vezes na semana, mas naquele lugar parecia que não havia coleta, pois os lixos orgânicos e recicláveis eram misturados e jogados nas calçadas, que não eram calçadas, mas gramas altas e matagal em frente às casas. Esses lixos eram abertos pela alta concentração de cachorros no bairro; a falta de calçamento das ruas do bairro e o difícil acesso ao transporte público eram problemas frequentes, havendo um baixo fluxo de horários e de linhas que faziam o trajeto, que em todos os percursos era com excesso de lotação de passageiros. Iluminação nas ruas parecia ser algo desconhecido e realmente eu perguntei a algumas pessoas que disseram não haver poste de iluminação. Certo dia uma ACS me disse que aquele bairro de dia era de um jeito e à noite as coisas se transformavam para pior.

Discussão Fundamentada

Considerando as diretrizes do Ministério da Saúde, em relação à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no que tange à Portaria Nº 2.488 de 2011, a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011). Consolidando tais metas de integralidade no cuidado, a portaria atribui ao Agente Comunitário de Saúde o papel de ser supervisionado por um enfermeiro, residir na região de atendimento, e participar como membro da equipe multiprofissional da ESF.

Conforme os dados relativos ao ano de 2012, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existem mais de 257 mil ACS em todo o Brasil realizando ações de promoção e vigilância em saúde para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. As famílias são a porta de entrada das ações do ACS na comunidade e consequentemente da ESF. (BRASIL, 2012). Com isso, faz-se necessário identificar e compreender a formação e funcionamento das famílias do território, a partir do trabalho do ACS.

Encontro

Por intermédio de discussões de casos e encaminhamentos que tive com o ACS “M”, pude compreender o papel dele no serviço, como o mesmo pontuou. Primeiramente, ele busca

reconhecer o território, o contexto de vida, através de uma espécie de mapeamento de cada uma das famílias referenciadas. A essa processualidade podemos chamar de “escaneamento”, pois o próprio ACS relatou que o diagnóstico de cada uma das famílias é parte fundamental à realização da intervenção da ESF. Dentro das atividades realizadas pelos profissionais, como por exemplo, os grupos e procedimentos técnicos, nesse caso como observador percebi que as visitas domiciliares aos usuários e famílias, avaliados com maior demanda de intervenção, produzem trocas de caráter transdisciplinar.

Devido ao caráter técnico dos procedimentos de cada núcleo profissional, as atividades cotidianas dos profissionais do serviço repercutem no exercício do ACS e vice-versa, para: avaliar, reparar, recuperar, encaminhar, por mais que uma parte dos atendimentos estejam dispostos a cuidados curativos e consultas médicas. Entretanto, o campo de visão de cada caso precisa ser amplo e trabalhado conjuntamente com o ACS, devido à complexidade que o usuário e família dispõem perante a rede. Bem como diz a intitulação do serviço, a equipe se faz estratégica nesse cuidado, o *encontro* que se estabelece entre os profissionais constitui ferramenta de cuidado, prognóstico e projetos terapêuticos que precisam viabilizar o caminhar dos sujeitos no território.

Nesse processo, os profissionais realizam visitas domiciliares, atividades em espaços de lazer e consultas comunitárias de medição e peso de crianças e jovens assistidas pelo Programa Bolsa Família, entre outras atividades e programas como o Programa Saúde na Escola, do Ministério da Saúde. O papel do ACS passa pela forma como ele dialoga com as famílias, ou seja, o trabalho do ACS passa a ser relevante justamente quando ele respeita a organização das famílias e se ocupa em dialogar sobre a saúde delas, podendo assim auxiliar nos procedimentos feitos pelo médico, enfermeiros e demais profissionais da equipe.

O ACS, portanto, detém a potencialidade de estimular as famílias a percorrerem a Unidade de Saúde e a linha de cuidado em saúde, caso seja verificado a demanda de outros procedimentos clínicos. Para além dessa característica, o ACS coloca-se à disposição para acompanhar esses procedimentos e agenciar o cuidado, dar voz ao sujeito e condicioná-lo a ocupar espaços de controle social. A comunicação e a afetividade se fazem, essencialmente, necessárias para a abertura do vínculo com as famílias, pois o encaminhamento eficiente a outros setores da rede de atenção é premissa para que esses usuários continuem apostando no trabalho do ACS e da ESF.

Percebemos que diversos pacientes buscavam informações sobre sua doença através do ACS “M”, pela confiabilidade que esses sujeitos tinham com o papel deste agente dentro

da ESF. Por mais que o ACS não possua todas as ferramentas de esclarecimento dos procedimentos técnicos que acabam sendo exigidos para cada caso, faz-se necessária a postura de um agente que esteja aberto e prontamente disposto a recolher as informações e retorná-las ao usuário – houve caso de até o ACS se dispor a acompanhar a consulta médica do usuário como forma de “traduzir” a linguagem médica ao sujeito.

Síntese do *Encontro*

Por intermédio do apoio matricial realizado no serviço, a inserção nas atividades do ACS “M” constituiu um “novo lugar” de intervenção nas práticas diárias de saúde com aquela comunidade. Esse lugar novo, por sua vez, foi estabelecido pelos constantes movimentos e fluxos de discussões, tomou marcas presentes do *encontro* com o sujeito ACS “M”. A produção desse encontro foi um lugar de acolhimento e de formas de cuidado que demonstram a importância de transpormos nossos saberes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse percurso cartográfico foi possível discorrer de forma sucinta acerca de algumas ações em saúde realizadas pelo serviço da ESF, as quais preconizam o diálogo dos profissionais e usuários para o fortalecimento dessas relações. As ações desenvolvidas foram reconhecidas por intermédio dos encontros, visíveis em ações interdisciplinares que corroboram para abertura ao diálogo, que tem papel fundamental na formação da subjetividade, como salienta Buber (2001). A noção de saúde torna-se ampliada ao passo que os determinados atores da produção do cuidado se aproximam e se reconhecem em suas práticas. Mesmo que a complexidade e os condicionantes sociais em saúde, sejam deficientes no território pesquisado, o cotidiano do serviço da ESF apresentou possibilidades de que por intermédio do vínculo entre os profissionais e a comunidade, sejam realizadas significativas transformações sociais e no âmbito da saúde pública. Cabe ressaltar a relevante atuação do profissional ACS, que na condição de morador do território possui maior repertório para a aproximação com a realidade local, podendo contribuir na mediação dos esforços de produção de saúde e bem estar.

A dimensão necessária para atender tais sujeitos de forma integral surge da condição dos serviços, em lutarem e assegurarem os direitos da comunidade no que diz respeito ao Controle Social. Tornou possível observar que as reuniões de equipe e os espaços de abertura ao diálogo com os líderes comunitários são essenciais para mudanças no cenário da saúde da população.

De uma perspectiva do senso comum a comunidade seria composta por sujeitos que ocupam lugares de múltiplas funções, tanto os moradores atendidos pelo serviço, quanto os trabalhadores, que precisam firmar eco pelo desejo social de transformação da realidade local.

Nos relatos ficou evidenciado que para que fosse possível compreender um bairro ou comunidade a partir do conceito de território na sua totalidade seria preciso construir diferentes maneiras de produzir e compartilhar saúde de forma a considerar o exercício das tecnologias leves (Merhy), pois somente serão efetivas as ações que preconizam os diálogos transversais entre a equipe e os membros da comunidade, sendo de fundamental relevância o reconhecimento do papel de cada sujeito envolvido no processo de produção ativa de saúde.

Por fim, os “encontros” possibilitaram depreender que o apoio prestado pelo pesquisador ao serviço, auxiliou as práticas no território, entretanto, ainda existem outras perspectivas de cuidado a serem potencializadas para que o serviço da ESF seja melhor

articulado aos demais dispositivos, como nos exemplos apontados pelos modelos “paidéia” e da clínica ampliada, as quais podem servir como bases à formação permanente ensino-serviço e a ampliação de cuidado no território.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

_____. **Conferência Nacional de Saúde Mental (2ª)** Brasília: 1992. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da saúde, 2009. 64 p. (série B. textos Básicos de saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, considerando a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 24 out. 2011, p. 48-55.

BENEVIDES R.; PASSOS E. **A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?** Psicologia & Sociedade. Porto Alegre, v. 17, n. 2, maio-agosto, 2005.

BUBER, M. **Eu e tu**. Tradução de Newton Aquiles von Zuben. São Paulo: Centauro, 1977.

CAMPOS GWS. **Projeto Paidéia Saúde da Família SUS** – Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Campinas; 2001. [acesso em 23 de janeiro de 2015]. Disponível em: [www.campinas.sp.gov.br /saúde/diretrizes](http://www.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes)

_____ - **Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida.** PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Org.). **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde.** Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 2006, p. 85-95. 2v

_____ - **Saúde paidéia.** São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

_____ - **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** 2ed. SP: Hucitec, 2005.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é a filosofia?** Tradução Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Muñoz. São Paulo: Editora 34, 1992.

_____ - **Mil Platôs. v.4,**São Paulo, Editora 34, 1997.

_____ - **Mil Platôs, Capitalismo e Esquizofrenia vol. 2.**2ªed, São Paulo, Editora 34, 2011.

FERIGATO, S.H.; CARVALHO, S.R. **Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões.** Interface, Botucatu, vol.15, n.38, pp. 663-676, 2011.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** 11ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 2006.

FREIRE.P. **Pedagogy of the oppressed.** G.B.: Penguin Education, 1972.

GAMA, C. A. P.; ONOCKO CAMPOS, R. **Saúde mental na atenção básica - uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007).** *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental,* Florianópolis

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos.** Coleção Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LANCETTI, A. **Clinica Peripatética.** Políticas do Desejo. 2ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

MERHY, E.E., FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E.(org). **Novas tecnologias e saúde.** Salvador: Editora UFBA, 2009.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** 3ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MÉLLO, R. P. et al. **Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa.** Psicologia e Sociedade, v.19, n.3, p. 26-32, 2007.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento.** 12^a ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

MORIN, E. **O Problema epistemológico da complexidade.** Porto: Europa-América, s/d.

NETO, Otávio Cruz; MOREIRA, Marcelo Rasga. **A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural.** Ciência & Saúde Coletiva. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n1/7129.pdf>>. Acessado em: 1 de janeiro de 2015

OLIVEIRA, G.N.de. **Devir apoiador:** uma cartografia da função apoio. Tese (doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2011a.

OLIVEIRA, G.N.de. APOIO INSTITUCIONAL - **Orientações metodológicas para o trabalho do Apoiador da Política Nacional de Humanização:** Material de apoio para egressos de cursos ofertados pela PNH. PNUD, 2011b.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B., 2009. Documento disponível em www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/autores.html#hilsch. Acesso em 28-08-2014.

PINTO, A.G.A. et al. **Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária:** olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. Ciência & Saúde Coletiva, p 653-660, 2012.

RIBEIRO, E.T. **Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** definição e principais características. Revista Portuguesa de Psicossomática, vol. 2, núm. 1, pp. 93-108, jan/jun, 2000.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas.** São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado.** São Paulo: Hucitec, 1988.

_____. **Por outra globalização – do pensamento único à consciência universal.** Rio de Janeiro: Record, 2003.

TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L. **Ações de saúde mental na atenção básica: O caminho para ampliação da integralidade da atenção.** Ciênc. saúde coletiva vol.14 no.2. Rio de Janeiro Mar./Apr. 2009

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-ação.** 14^a edição. São Paulo: Cortez Editora, 2005.