



nasf – núcleo de apoio à saúde da família

CADERNOS TEMÁTICOS CRP SP

7

nasf – núcleo de apoio à saúde da família

CADERNOS TEMÁTICOS CRP SP



Conselho Regional
de Psicologia SP

O Caderno Temático Vol. 7 – NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Diretoria

Presidente | Marilene Proença Rebello de Souza

Vice-presidente | Maria Ermínia Ciliberti

Secretária | Andréia De Conto Garbin

Tesoureira | Carla Biancha Angelucci

Conselheiros efetivos

Andréia De Conto Garbin, Carla Biancha Angelucci, Elda Varanda Dunley Guedes Machado, José Roberto Heloani, Lúcia Fonseca de Toledo, Maria Auxiliadora de Almeida Cunha Arantes, Maria Cristina Barros Maciel Pellini, Maria de Fátima Nassif, Maria Ermínia Ciliberti, Maria Izabel do Nascimento Marques, Mariângela Aoki, Marilene Proença Rebello de Souza, Patrícia Garcia de Souza, Sandra Elena Sposito e Vera Lúcia Fasanella Pompilio.

Conselheiros suplentes

Adriana Eiko Matsumoto, Beatriz Belluzzo Brando Cunha, Carmem Silvia Rotondano Taverna, Fabio Silvestre da Silva, Fernanda Bastos Lavarello, Leandro Gabarra, Leonardo Lopes da Silva, Lilihan Martins da Silva, Luciana Mattos, Luiz Tadeu Pessutto, Lumena Celi Teixeira, Maria de Lima Salum e Moraes, Oliver Zancul Prado, Silvia Maria do Nascimento e Sueli Ferreira Schiavo.

Gerente-geral

Diógenes Pepe

Organização dos textos

Ligia Bovolenta e Waltair Martão

Projeto gráfico e Editoração

Área Comunicação | www.areacomunicacao.com.br

Ficha catalográfica

C744p

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (org.).
NASF – núcleo de apoio à saúde de família /
Conselho Regional de Psicologia 6ª Região de São
Paulo – São Paulo: CRP/SP, 2009.
40f.; 21 cm. (Cadernos Temático 7)

Bibliografia
ISBN: 978-85-60405-05-3

1. Saúde da Família 2. Psicologia I.Título.

CDD 362.1

Elaborada por:

Vera Lúcia Ribeiro dos Santos – Bibliotecária – CRB 8ª Região 6198

cadernos temáticos do CRP/SP

A XII Plenária do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo incluiu, entre as suas ações permanentes de gestão, a continuidade da publicação da série CADERNOS TEMÁTICOS do CRP/SP, visando registrar e divulgar os debates realizados no Conselho em diversos campos de atuação da Psicologia.

Essa iniciativa atende a diversos objetivos. O primeiro deles é concretizar um dos princípios que orienta as ações do CRP/SP — o de produzir referências para o exercício profissional dos psicólogos; o segundo é o de identificar áreas que merecem atenção prioritária, em função da relevância social das questões que elas apontam e/ou da necessidade de consolidar práticas inovadoras e/ou reconhecer práticas tradicionais da Psicologia; o terceiro é o de, efetivamente, dar voz à categoria, para que apresente suas posições e questões, e reflita sobre elas, na direção da construção coletiva de um projeto para a Psicologia que garanta o reconhecimento social de sua importância como ciência e profissão.

Os três objetivos articulam-se e os Cadernos Temáticos apresentam os resultados de diferentes iniciativas realizadas pelo CRP/SP que permitem contar com a experiência de pesquisadores e especialistas da Psicologia e de áreas afins para debater questões sobre as atuações da Psicologia, as existentes e as possíveis ou necessárias, relativamente a áreas ou temáticas diversas, apontando algumas diretrizes, respostas e desafios que impõem a necessidade de investigações e ações, trocas e reflexões contínuas.

A publicação dos Cadernos Temáticos é, nesse sentido, um convite à continuidade dos debates. Sua distribuição é dirigida aos psicólogos e aos parceiros diretamente envolvidos com cada temática, criando uma oportunidade para que provoque, em diferentes lugares e de diversas maneiras, uma discussão profícua sobre a prática profissional dos psicólogos.

Este é o sétimo Caderno da série. O seu tema é a NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. O primeiro Caderno tratou da Psicologia em relação ao preconceito racial, o segundo refletiu sobre o profissional frente a situações tortura. O terceiro Caderno, “A Psicologia promovendo o ECA”, discutiu o sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente. O quarto número teve como tema a inserção da Psicologia na Saúde Suplementar. O quinto número referiu-se à “Cidadania Ativa na Prática Contribuições da Psicologia e da Animação Sociocultural”. O sexto Caderno abordou “Psicologia e educação: contribuições para a atuação profissional”. A este, seguir-se-ão outros debates que tragam, para o espaço coletivo de reflexão, crítica e proposição que o CRP/SP se dispõe a representar, temas relevantes para a Psicologia e a sociedade.

Nossa proposta é a de que este material seja divulgado e discutido amplamente e que as questões decorrentes desse processo sejam colocadas em debate permanente, para o qual convidamos os psicólogos.

sumário

Apresentação	9
Matriciamento no Cuidado e na Gestão em João Pessoa Débora Bertussi	11
Implantação dos NASF e gestão municipal de Saúde Maria do Carmo Cabral Carpintéro	15
Saúde mental na Atenção Básica: uma das possibilidades de construção no município de Campinas/SP – Carolina Helena de Almeida Sombini	19
Os desafios da implementação da Atenção Básica em Saúde Mental Roberto Mardem Soares Farias	23
Saúde Mental na Atenção Básica – Experiência do município de Embu Kátia de Paiva	30
Educação Permanente em Saúde: Uma estratégia de formação dos trabalhadores do SUS – Flávia Carrota	34
Saúde Mental no Programa de Saúde da Família Maria Luíza Santa Cruz	37

apresentação

Desde o início de 2008, o Núcleo de Saúde do CRP-SP e seus vários colaboradores iniciaram uma atividade que passou a ser conhecida como Alinhamento Conceitual. São, na verdade, encontros para se discutirem questões mais amplas da política de Saúde no Estado de São Paulo. A ideia é obter informações de convidados ligados aos temas propostos e, posteriormente, discutir ações relacionadas à área da Saúde.

Após um primeiro encontro, em que foi discutido o Pacto pela Saúde, em 2007, foram tirados alguns encaminhamentos no sentido de apoiar e implementar as prioridades do pacto no Estado de São Paulo. Decidiu-se que o segundo encontro discutiria a Atenção Básica, abordando a questão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). É este, pois, o foco do presente Caderno, que reproduz as apresentações dos expositores a respeito do assunto em evento realizado nos dias 25 e 26 de setembro de 2008, no auditório do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.

Este é um tema novo, por ser uma política de Saúde recente, e foi, pela primeira vez, discutido mais profundamente em um evento dentro do CRP-SP, embora a política de Saúde da Família venha sendo pauta de reuniões internas do Conselho, principalmente no âmbito do Núcleo de Saúde. Gratifica-nos o fato de poder ter contado, no evento sobre os NASF, com a presença de profissionais de outras áreas. Isso, em certa medida, aumenta nossa responsabilidade, uma vez que o encontro acabou adotando um formato interdisciplinar. O próximo passo será discutir a política de álcool e outras drogas.

Alguns acham que somos muitos, mas ainda somos poucos os profissionais de Saúde Mental no Estado de São Paulo. A atenção nessa área é fundamental para a população e acreditamos ter uma grande responsabilidade por sermos protagonistas no processo de disseminação e discussão das questões envolvidas.

Maria Ermínia Ciliberti

Conselheira do CRP – 06

Coordenadora da Comissão Organizadora do evento

E-mail: mariaerminia_ciliberti@yahoo.com.br

matriciamento no cuidado e na gestão em João Pessoa

Débora Bertussi

Enfermeira formada pela Universidade Estadual de Londrina, mestre em Saúde Coletiva pela UEL, doutoranda em Clínica Médica na linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da UFRJ, coordenadora de Desenvolvimento Institucional da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa e professora da UFPB.

Estamos fazendo um esforço importante no sentido de produzir novidades no SUS. Novidades não só do ponto de vista de alternativas a problemas, como também da produção da gestão do cuidado, na perspectiva de consolidar o Sistema Único de Saúde com o objetivo de atender às necessidades de saúde da população.

Antes, é preciso conhecer um pouco de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, Região Nordeste, que passou por um processo histórico, de muitas décadas, de descompromisso com as políticas públicas em geral.

Nosso desafio tem sido o de realizar em quatro anos o que deveria estar sendo construído há muito tempo. Portanto, temos de fazer tudo imediatamente e ao mesmo tempo, recebendo muitas críticas de matrizes políticas estabelecidas, coronelistas, autoritárias etc. São inevitáveis os enfrentamentos para desencadearmos a transformação na organização do Sistema Municipal de Saúde, e um dos mais importantes tem sido o enfrentamento com os próprios trabalhadores.

Desejo, então, parabenizar o CRP de São Paulo por esta iniciativa, pois é fundamental ampliar os espaços de debate, já que as corporações estão considerando a implantação do NASF um lugar de produção de serviço e não um espaço de articulação, apoio e produção de novas ofertas em parceria com as equipes de Saúde da Família. Digo isso porque deveríamos estar adotando a multiprofissionalidade como uma estratégia de produção de novas ofertas na Atenção Básica, articulando saberes e construindo o apoio matricial como dispositivo na produção das práticas de saúde.

Falo da perspectiva de quem está na gestão, porque há uma promessa – desde a implantação do Programa de Saúde da Família até a Estratégia de Saúde da Família – de mu-

dança do desenho organizativo na Saúde. No entanto, temos enfrentado uma série de dificuldades nessa trajetória, principalmente na formação dos trabalhadores em Saúde. Por exemplo, uma dificuldade que enfrentamos para organizar novas práticas de gestão e de atenção é a falta de profissionais de Saúde com perfil para atuar nos vários serviços de Saúde e na gestão da rede de serviços de Saúde.

Acho que o mérito da Portaria que institui o NASF é o de não engessar o jeito como cada município pode organizar este processo. Há abertura para um conjunto de possibilidades e, por isso, há muitas iniciativas diferentes no país, o que é muito saudável para o SUS, porque, pelas dimensões continentais do país, o que é adequado para São Paulo provavelmente não o é para João Pessoa ou qualquer outro município.

Quando fizemos o processo seletivo para compor as dez equipes do NASF, ficamos muito surpresos com o grande número de profissionais inscritos – o que revela a falta de postos de trabalho para as profissões envolvidas. Desencadeamos um intenso processo para selecionar os profissionais que apresentassem um perfil adequado à proposta. Nesse momento, já contávamos com os apoiadores institucionais. O processo seletivo, para cerca de 70 vagas, estava direcionado para psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos, farmacêuticos, assistentes sociais, entre outros. No caso dos médicos não tínhamos muitos profissionais interessados e acabamos por contratar os disponíveis (alguns psiquiatras, pediatras, gineco-obstetras e homeopatas). A composição de cada equipe de NASF variou em razão da necessidade local das Equipes da Saúde da Família (ESF), que seriam apoiadas por diferentes tipos de profissionais. Portanto, o desenho das equipes não era o mesmo.

“(...) Acho que o mérito da Portaria que institui o NASF é o de não engessar o jeito como cada município pode organizar este processo. Há abertura para um conjunto de possibilidades e, por isso, há muitas iniciativas diferentes no país, o que é muito saudável para o SUS.”

Débora Bertussi

Tivemos 600 pessoas disputando essas vagas, sendo que, entre os psicólogos, cerca de 200 concorrentes apresentaram-se para disputar dez vagas. E nem fizemos uma grande divulgação! Ficamos impressionados! Fizemos aproximadamente 50 entrevistas por dia e éramos um grupo de apoiadores dos Distritos Sanitários procurando instituir outro grupo de apoiadores.

Uma questão importante que vem produzindo grande tensão junto aos gestores do SUS, fundamentalmente ao Ministério e aos municípios, são os Conselhos profissionais, que costumam pressionar para que sejam ampliados os novos postos de trabalho para profissões que tradicionalmente não estão inseridas no sistema.

Outra questão importante a ser destacada é a necessidade de ampliarmos o debate sobre como está acontecendo a implantação dos NASF nas várias localidades do Brasil. É necessário compartilharmos a forma como cada equipe de gestão municipal está produzindo as suas experimentações. Por exemplo, na Mostra de Saúde da Família, acompanhamos várias experiências interessantes e tivemos a oportunidade de perceber que elas são muitas e distintas. E há muitas coisas interessantes acontecendo pelo Brasil afora, mas pouco sabemos das iniciativas existentes.

Os debates a respeito da Atenção Básica são poucos e, como não compartilhamos os problemas acumulados, não temos conseguido encontrar saídas coletivas para eles. O Ministério da Saúde adota novamente a terminologia Atenção Primária, que pensei já ter sido abandonada, e voltamos a discutir o fato de a Atenção à Saúde não ser simples nesse espaço. Precisamos aprofundar o debate sobre a Atenção Básica e não podemos ficar olhando o NASF de forma romântica. É bom ainda termos um olhar romântico, mas não é possível ficarmos restritos somente a ele.

Devemos lembrar a complexidade envolvida na Atenção Básica, as competências necessárias que os trabalhadores precisam ter para suprir as necessidades de Saúde da população. Por exemplo, na perspectiva da gestão, temos de relatar a dificuldade de contratação de profissionais de

Saúde com perfil adequado para atuar na Atenção Básica e enfatizar principalmente a dificuldade para a contratação de médicos. Outra questão fundamental é a formação dos profissionais de Saúde, que ainda é muito “biologicista”, fragmentada e centrada em um único cenário de prática: o hospital.

Nesse sentido, são importantes e necessárias a formulação e a operacionalização de políticas no campo da formação dos profissionais de Saúde, como a mudança efetiva nos cursos de graduação relacionados à Saúde, a ampliação de programas e vagas – tanto na residência médica, quanto na multiprofissional – a educação permanente direcionada ao desenvolvimento do trabalho em Saúde para os vários serviços que compõem a Rede de Saúde, construindo espaços de reflexão sobre o processo de trabalho.

Outro problema acumulado no Sistema de Saúde é a desigualdade na distribuição de trabalhadores de Saúde e suas especialidades nas várias regiões do país. Ou se adota uma política pública que corrija essas distorções ou continuaremos com grande concentração de especialistas no Sul e no Sudeste.

O que é e como é a Atenção Básica? A Atenção Básica (AB) é um lugar de baixa concentração de tecnologias duras (como equipamentos), mas dotado de procedimentos e normas, relativos a graus variáveis de sofrimento, lidando com situações que, na maioria das vezes, apresentam baixo risco de perda de vida. Portanto, a AB é onde o usuário tem o máximo de autonomia, onde o trabalhador está “territorializado” e inserido na lógica da produção “em série” de procedimentos, que não o coloca no centro do cuidado. Contrapondo-se a um desejo da população que vai à busca de cuidado, os trabalhadores de Saúde insistem na oferta da consulta queixa-conduta, medicação, curativo etc. e encontram muita dificuldade para estabelecer vínculos com os usuários e para se responsabilizarem pelo cuidado.

O usuário e suas necessidades devem ser o centro da preocupação, tanto na organização do sistema, quanto na configuração das práticas de Saúde. É importante garantir o acesso ao cuidado que o usuário (individual ou coletivo) precisa, proporcionando-lhe acolhimento, escuta, vínculo, resolutividade, compromisso, responsabilização, continuidade da atenção etc.

Iniciamos o processo de implantação do apoio institucional, porque identificávamos que as equipes de Saúde da Família tinham poucas ferramentas para conseguir lidar com as necessidades de Saúde, com ofertas que não fossem as tradicionais ações programáticas, como grupo de acompanhamento de hipertensos, palestras etc. Temos sido pouco criativos na Atenção Básica no sentido de contribuir para a mudança desse contexto, inclusive para possibilitar o estabelecimento de vínculos e para que a população tenha acesso a outros serviços que hoje não existem.

Há movimentos interessantes em João Pessoa. O prefeito gosta muito da ideia de praça. Ele construiu 15 praças até o momento, com o intuito de desenvolver uma lógica de articulação de políticas públicas na praça. E tem sido interessante, porque as equipes de Saúde da Família, jun-

to com os apoiadores matriciais, ocupam este espaço para fazer outros tipos de ofertas fora das Unidades de Saúde. O programa “João Pessoa Vida Saudável” funciona na praça. Essa iniciativa agrega pessoas que vão para lá e são orientadas por educadores físicos a fazer exercícios, caminhadas etc. A praça é frequentada por um número muito grande de pessoas, o que significa que as pessoas estavam sem espaço para o lazer etc. Este espaço tem sido um locus de produção de novidades, porque, para alcançar seu objetivo, é necessária a articulação entre as Secretarias de Esporte, de Desenvolvimento Social e de Saúde. E também tem sido um lugar de tensão, mas de tensão produtiva, onde são oferecidos serviços diferentes daqueles que historicamente são proporcionados nas Unidades de Saúde, que acabam recebendo baixa adesão da população.

Em João Pessoa, assim como na maioria das Secretarias de Saúde, temos um organograma ainda muito verticalizado, no qual há um “atravessamento” de agenda que vai do nível central aos serviços e aos distritos sanitários, assim como as Secretarias Municipais são “atravessadas” pelas agendas da Secretaria Estadual e pelo Ministério. Esse atravessamento histórico tem sido difícil para as Unidades de Saúde no que se refere à obtenção de autonomia de agendas.

O Ministério, Secretarias Estaduais e Municipais têm se organizado com base em áreas técnicas, com a gestão separada da atenção e a atenção separada da vigilância. Cada área técnica utiliza o máximo de conhecimentos acumulados e princípios políticos que considera mais avançados, com os programas de ação para sua implementação e a formulação de linhas de capacitações, partindo do princípio de que os trabalhadores são “caixas vazias” e que devem ser orientados pelas normas. Ou seja, essa organização se apoia nos princípios da administração científica de Taylor; em outras palavras, na especialização e na fragmentação do trabalho, na programação prévia e no controle rigoroso, na distinção de poder entre dirigentes e executores, na realização de “treinamento” do trabalhador para adequá-lo à função. As consequências são alienação, indiferença, desmotivação, necessidade de controle permanente.

O desenvolvimento do apoio matricial tem desconstruído o organograma, entendendo que o matriciamento pode propiciar momentos relacionais, nos quais se estabelece a troca de saberes entre os profissionais de diferentes áreas, com o objetivo de garantir que as equipes estabeleçam relações ou responsabilizem-se pelas ações desencadeadas, garantindo a integralidade da atenção em todo o Sistema de Saúde. E, neste sentido, o matriciamento exige uma reformulação do modelo tecnoassistencial na Rede de Serviços de Saúde, o qual está focalizado no atendimento individual e não no sujeito como ser integral.

Para construir o matriciamento na gestão, é necessário reconhecer que cada trabalhador de Saúde e cada usuário têm uma concepção de saúde e de cuidado e que é no encontro com o usuário que se concretiza o momento de au-

tonomia do trabalhador para expressar e operar suas concepções. Nas Unidades de Saúde, portanto, há múltiplos projetos de saúde (ocultos) operando, em disputa, tentando prevalecer sobre os demais; por isso é preciso mediar essa disputa, criar espaços de encontro para o diálogo e para a pactuação entre gestão e trabalhadores, entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários. E, na atenção, é preciso agregar e combinar diferentes saberes para enfrentar a complexidade e a desestruturação dos problemas de saúde, mas isso deve ser feito por meio do conhecimento mútuo, do compartilhamento e das relações de cooperação, proporcionando, assim, a construção de redes de conversação.

Nesse sentido, o trabalho em equipe matricial é importante, porque envolve saberes diferentes e articulados para dar conta do objeto em questão, seja na atenção, seja na gestão. Portanto, é necessário produzir arranjos organizacionais que busquem diminuir a fragmentação do processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento. É preciso considerar que, no processo de trabalho, a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos pode ocorrer de maneira dialógica, que o apoiador deve trabalhar de maneira compartilhada com os outros interlocutores seus projetos de intervenção, valendo-se tanto de ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo, quanto incorporando demandas trazidas pelo outro em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo, e procurar criar espaços coletivos protegidos que permitam a interação dessas diferenças.

É preciso refletir coletivamente sobre o processo de trabalho, tomando as necessidades do usuário como referência. Devem ser disparados dispositivos para começar essa reflexão, colocando-se no lugar do outro, ativando a sensibilidade para estabelecer outro tipo de relações entre os trabalhadores, ampliando a exposição dos trabalhadores à vida dos usuários, trazendo a potência dos usuários e a impotência dos trabalhadores para a discussão. Dessa forma, se descobre a possibilidade de ser também criador e inventor, buscando novos pactos de convivência e proporcionando um novo estilo de gestão, reconhecendo que todos governam; partindo para o “corpo a corpo” com as equipes, pactuando coletivamente.

“(…) o trabalho em equipe matricial é importante, porque envolve saberes diferentes e articulados para dar conta do objeto em questão, seja na atenção, seja na gestão.”

Débora Bertussi

É fundamental reconhecer que “o modelo” se desenvolve no cotidiano das equipes e aproximar a gestão desse cotidiano, conhecer e reconhecer conjuntamente problemas e potencialidades, limites e possibilidades, apoiar as equipes na construção de alternativas, na produção de novos acordos de convivência, tomando as necessidades de saúde como foco para a organização do trabalho.

A gestão desses processos envolve a utilização de diversos “dispositivos” para mudar o foco da organização do trabalho, porque tradicionalmente o trabalho foi orientado para a melhor maneira de assegurar a produção de procedimentos e não para a produção do cuidado. Nesse sentido, colocar a necessidade dos usuários no centro, privilegiar a escuta e o diálogo, transformar o usuário em parceiro na construção de sua saúde, articular o trabalho de diferentes profissionais para ampliar a potência da oferta, diversificar a oferta de recursos terapêuticos e garantir a continuidade do cuidado são atributos fundamentais para a definição do modo de cuidar. O apoio matricial e o estabelecimento de linhas de cuidado são dois desses dispositivos que utilizamos em João Pessoa.

O desenvolvimento do apoio matricial foi uma resposta à necessidade das Unidades de receberem apoio de outros tipos de profissionais para organizar de outro modo o processo de trabalho e oferecer outros serviços. Assim, as equipes foram-se constituindo e sendo formadas em cada um dos cinco distritos sanitários.

O apoio matricial vem produzindo a rede de conversação. Citamos o apoio matricial como rede de conversação. Os apoiadores matriciais de várias profissões ligadas à saúde estão apostando na produção de novas formas de oferecer o cuidado, construindo articulação entre os serviços da rede de especialidade, saúde mental e hospitalar em equipes de Saúde da Família. Então, para nós, o apoio matricial tem sido a mediação na rede saúde, é o apoiador na constituição de uma rede de conversação.

Um exemplo disso são os dentistas da ESF que encaminhavam os usuários para a endodontia sem o devido preparo e seu tratamento, que poderia ser realizado em quatro

sessões, acabava demandando muitas outras, diminuindo o número de vagas para outros usuários que necessitavam deste tipo de atendimento. Os dentistas das ESF passaram a atender por região para dialogar com os endodontistas do CEO de referência para aquela região, e essa medida possibilitou uma pactuação para se definir o que e como encaminhar. Outro exemplo: as ESF têm dificuldade para cuidar de usuários portadores de transtornos mentais. Abrimos um espaço para o diálogo entre as ESF, equipes de CAPS e apoiadores com experiência em saúde mental para discutir os casos no que se refere à sua condução, visitas domiciliares etc. Mais um exemplo: quando identificávamos dificuldade no estabelecimento do projeto terapêutico de portadores de hipertensão pela ESF, abríamos espaço para o debate entre especialistas (cardiologistas) do serviço de referência e as ESF. Essa medida tem mudado a concepção da ESF no que diz respeito a atender casos que os profissionais achavam complicados.

Então, para mim, o interessante, e agora estou relatando meu aprendizado, é ter esse espaço para o debate entre as ESF e a rede de especialistas e hospitais, estabelecer uma rede de conversação entre as equipes dos serviços de saúde para pactuação e construção de acordos entre trabalhadores, desenvolver a educação permanente no mundo do trabalho com base na realidade vivida pelas ESF, com usuários reais, e construir alternativas reais para a construção dos projetos terapêuticos.

Um último alerta que gostaria de fazer está relacionado às equipes de Saúde da Família que estão “gritando por apoio”, porque a complexidade dos problemas no território é intensa e imensa e, como a estratégia de Saúde da Família é a política mais capilar, conseqüentemente é às ESF que a população tem maior acesso e, portanto, são as equipes que recebem maior pressão.

Acredito que a linha de cuidado como dispositivo, articulado com apoio matricial, é capaz de desenvolver uma rede de conversação muito importante, na medida em que tem mais capacidade para resolver problemas e para atender às necessidades da saúde da população.

implantação dos nasf e gestão municipal de saúde

Maria do Carmo Cabral Carpintéro

Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco, especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual de Campinas e foi professora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas de 1996 a 2000. Foi secretária de Saúde de Campinas, de 2003 a 2004, e de Várzea Paulista, de 2005 a 2008. No momento da palestra, ainda era Secretária em Várzea Paulista e 2.ª Vice Presidente do COSEMS/SP. Atualmente, é secretária municipal de Saúde de Amparo e presidente do COSEMS (Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado) de São Paulo.

Acho importante falar pelo COSEMS (Conselho de Secretários Municipais de Saúde) de São Paulo, porque falo por 645 municípios. Por isso, darei uma notícia alvissareira: serão apenas três slides, pois falar sobre o NASF ainda é novo para os secretários municipais e, portanto, não tenho tanto a dizer.

O NASF é novidade para o gestor municipal. Como possibilidade, é uma coisa bastante nova – apesar de não ser nova a possibilidade de trabalhar com diversas categorias profissionais. Talvez, a maior novidade seja a inclusão de outras categorias na Atenção Básica; para mim, isso é bastante novo mesmo.

O que eu trago é um pouco desse olhar do gestor municipal, o que percebemos nesse pouco tempo de implantação do NASF, essas novas e velhas questões relativas à inserção dos diversos profissionais na Atenção Básica.

A partir da Portaria e até hoje no Estado de São Paulo, já foram aprovados 41 NASFs, ou seja, passou pela Comissão Intergestores Bipartite a solicitação de NASF em 27 municípios. Considerando os 645 municípios do Estado, ainda é bem pouco. Desses 41 NASFs, 40 são municipais – e é claro que há municípios com mais de uma Unidade. Houve municípios que aprovaram oito NASFs, como é o caso do município de São Paulo; de seis a oito foram aprovados no município de Praia Grande, o que fizeram deles os municípios com mais NASFs.

Temos 28 NASF aprovados aguardando publicação, sendo que 15 deles já estão habilitados. E tais publicações, usando um eufemismo, estão aguardando verba; ainda não chegou o recurso financeiro para eles. Portanto, o que vemos em termos de avanço no NASF é a importância do apoio e do matriciamento.

Tomei a liberdade de não usar o termo apoio matricial, e sim outras categorias da Atenção Básica. Em minha opinião, a forma de organização não acontecerá obrigatoriamente sempre com a mesma maneira de matriciamento. A própria Portaria deixa muito claro que a forma como esses profissionais vão trabalhar pressupõe um apoio, uma matriciação; pressupõe um trabalho que não é exclusivo do profissional, não é um trabalho individual; é sim um trabalho para aquela equipe – ou aquelas equipes – de Saúde da Família. Ainda não temos todos os dados, mas creio que teremos à medida que ele for sendo implantado. Como são esses NASFs? Que profissionais podemos encontrar ali? Como é que a maioria está reagindo à flexibilidade de escolher cinco profissionais no NASF I? O que está predominando no estado de São Paulo? Nós ainda não temos esse estudo, mas acreditamos que haverá impacto na resolutividade da atenção.

Pude conversar com um gestor que já implantou um NASF na cidade – é um dos mais antigos profissionais da Saúde Pública. Até telefonei para pedir subsídios para esta palestra, e a Secretária de Saúde de Amparo afirmou que já consegue perceber o impacto causado em algumas áreas daquela cidade, como a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional. Imaginamos que esse impacto irá acontecer em outras áreas também.

O grande avanço é ter o financiamento específico para incorporar esses outros profissionais e implantar o apoio para as Unidades de Saúde da Família. É um avanço incorporar outros saberes na Atenção Básica ou Atenção Primária. O Gilson Carvalho, em alguns escritos, diz: “Atenção Básica, Primária, primeira, barra, barra, vocês usem o que quiserem”.

NASF Situação no Estado de São Paulo

Aprovados na BIPA de março a setembro de 2008:

41 em 27 municípios

Estes 40 municipais e 1 regional

Publicados aptos a receber o recurso: 13

Aguardando a publicação: 28

O OLHAR DO GESTOR MUNICIPAL

AVANÇOS

- Importância do Apoio / Matriciamento de outras categorias aos profissionais da atenção básica
- Impacto na resolutividade das ações
- Financiamento específico para o NASF
- Incorporação de diversos saberes e experiências na atenção básica

Acredito que não seja uma questão tão simples; ela pode ser discutida. Mas, até então, é assim que a Atenção Básica vem sendo considerada. A Débora Bertussi já falou sobre a questão da desvalorização. Essa “atenção primeira”, essa “atenção-porta” é bastante desqualificada e desvalorizada. Não que haja desqualificação de quem a faz, mas o fato de se trabalhar com a atenção primária não é valorizado principalmente pela categoria médica.

Isso repercute nas outras categorias e na população. Não é por acaso que dizemos: “Ah, mas a população fala “postinho” de forma carinhosa. Eu tenho cá as minhas dúvidas, até que ponto é carinhoso e até que ponto é pejorativo chamá-lo de “o postinho – aquela porcariuzinha”. Às vezes, quando ficamos bravos com alguém, falamos: “Este molequinho”. Não é exatamente carinhoso, não é? Então, acredito que é necessário discutir também a importância e o valor da Atenção Básica.

A partir do momento em que essa atenção desvalorizada passa a incorporar vários outros saberes, experiências, categorias, acontece também um movimento para fora em busca de um valor maior para quem está lá trabalhando e para o usuário. Não queremos que o usuário diga: “Oba, agora eu tenho o meu fisio, o meu psicólogo, o meu não sei o quê”, mas é bastante interessante quando ele fala: “Oba, nossa unidade agora tem psicólogo, assistente social, nutricionista e farmacêutico”. Fica bonito, fica bem...

Vamos ter de mostrar e demonstrar os avanços que estes profissionais trarão. Estamos apenas começando; a Portaria é de 2008 e nossas primeiras aprovações foram em março – é muito recente.

O slide acima está relacionado com as dificuldades e com os desafios para que repensemos e reavaliemos a situação durante a implantação do projeto. Essa construção não deve ser considerada uma dificuldade, e sim um grande desafio.

A Débora Bertussi trouxe-nos os conceitos do Gastão Wagner de Souza Campos sobre campo e núcleo. É um grande desafio construir esse campo da saúde pública a partir desses diversos núcleos de conhecimento, de forma articulada e complementar, visando à integralidade; ou seja, constitui um desafio essa construção de fato, a construção menos acadêmica, menos teórica, na prática, ao vivo e a cores. Não sabemos nem se será difícil ou fácil, mas sabemos que é esse o grande desafio.

DIFICULDADES/ DESAFIOS

- Construção do “campo da Saúde” a partir dos diversos núcleos de conhecimento, de forma articulada e complementar apontando para a integralidade da atenção a Saúde
- Reprodução do atendimento individual das clínicas mais tradicionais de parte das categorias incluídas
- Criação de “ambulatórios” de especialidades como referência para as equipes de saúde da família
- Participação destes profissionais na rotina estruturada das equipes de Saúde da Família: reuniões de equipe, construção de projetos terapêuticos, visita domiciliar, etc.
- Capacitação destes profissionais, formação ainda longe do SUS para muitas dessas categorias
- Exclusividade da proposta para equipes de Saúde da Família e não para atenção básica como um todo
- Ritmo das habilitações

“(...) é bastante interessante quando o usuário fala: “Oba, nossa unidade agora tem psicólogo, assistente social, nutricionista e farmacêutico.”

Maria do Carmo Cabral Carpintéro

Existe uma dificuldade, um risco que corremos, que é a reprodução do atendimento individual, da clínica mais tradicional do consultório liberal versus o atendimento plural dessas categorias. Isto é, identificamos como risco o fato de, por exemplo, o fisioterapeuta querer um espaço bonitinho onde possa repetir aquilo que ele faz nas clínicas de fisioterapia; de o psicólogo se sentar dentro do consultório para fazer psicoterapia individual. Esse é um grande risco – mais para algumas categorias do que para outras, creio.

Passemos para a questão da capacitação, melhor ainda, para a questão da formação, mais do que da capacitação. Temos aí um termo equivocado, porque identificamos a já referida formação dos nossos profissionais como uma dificuldade, um desafio. É uma formação para o SUS?

Isso não é exclusivo de nenhuma categoria da área da Saúde. A maioria das nossas universidades ainda não está formando para o SUS, salvo raríssimas, honrosas e maravilhosas exceções. Temos feito movimentos fortes e importantes nesse sentido, e já podemos constatar experiências muito interessantes em algumas faculdades.

Tenho o privilégio de ter trabalhado em Campinas. Há um tempo atrás fui professora da PUC (Pontifícia Universidade Católica) de lá, onde a formação de profissionais mais voltada para o SUS já vem ocorrendo há algum tempo, onde os estágios dos alunos de medicina, enfermagem, farmácia, nutrição, terapia ocupacional e fisioterapia acontecem nas Unidades Básicas do município. Lá, todas essas áreas se encontram cotidianamente, discutem e trabalham juntas. Mesmo assim, é um programa recente; então, a formação das diversas categorias como um todo ainda está muito longe do necessário.

Há outro risco envolvendo alguns gestores municipais que também temos ouvido falar. E aí entramos em outro viés, que é a “desinformação” dos nossos gestores municipais.

“(…) A maioria das nossas universidades ainda não está formando para o SUS, salvo raríssimas, honrosas e maravilhosas exceções.”

Maria do Carmo Cabral Carpintéro

Tenho ido a muitos eventos pelo COSEMS; inclusive, houve uma conferência, não me lembro se estadual, em que foi proposto exigirem-se pré-requisitos para alguém se tornar secretário ou secretária de Saúde. Conversávamos com os usuários: “Olha, é meio complicado, secretário é um cargo de confiança do prefeito, não dá para impor pré-requisitos”. Entretanto, deveriam existir pelo menos algumas regras, uma pré-qualificação ou algo essencial para exercer a função. Até concordamos com isso, porque existe uma deformação muito grande.

De um tempo para cá, convivemos com diversos gestores de muitos municípios e escutamos histórias inacreditáveis de secretários. Existem até mesmo gestores municipais com intenção de montar um ambulatório qualquer com especialidades e cadastrar como NASF, chamá-lo de NASF, mas dispor lá a agenda do fisioterapeuta, do psicólogo e não sei mais de quem. Isso está muito longe do que a Portaria aponta, do que a gente entende como deve ser o avanço.

Assim não se avança, repete-se o modelo da especialidade. Daqui a pouco, tem NASF com fisioterapia da mão, do pé, do joelho, do braço... Esse é outro risco, a questão dos ambulatórios.

O desafio é esses profissionais participarem da rotina e, quando eu falo em “rotina estruturada”, não me refiro a rigidez, e sim a algo que já tenha sido incorporado à Estratégia de Saúde da Família; refiro-me a uma pré-concepção de rotina que deve fazer parte do dia a dia, quando a equipe se reúne para fazer o projeto terapêutico, discutir caso a caso e realizar visitas domiciliares.

O grande desafio em relação aos profissionais com essa formação – e mais afastados da Atenção Básica do que os que já estão na Estratégia da Saúde da Família – é inseri-los na rotina de discutir junto, de fazer visita junto, de sair, de trabalhar na lógica do território da Saúde da Família.

Vou fazer uma provocação para o Antonio Garcia Reis Júnior, que eu já fiz em Belém, que é a questão da exclusividade do NASF para a Saúde da Família, e não para a Atenção Básica como um todo. Pretendemos levantar essa discussão no COSEMS de São Paulo. Somos absolutamente a favor da Estratégia da Saúde da Família, mas o que queremos discutir é essa exclusividade em relação à Saúde da Família. Temos há tempos experiências muito interessantes com a Atenção Básica, mesmo sem equipes de Saúde da Família.

Estou em uma cidade de 100 mil habitantes, onde a Rede era bastante desorganizada. Eu não sei se fiz em quatro anos o que era para ser feito em 20, mas em 15 creio que fizemos. É uma cidade que fica perto de Jundiaí; é perto daqui, entre Jundiaí e São Paulo, uma cidade dormitório: a cidade tem 36 quilômetros de área e 107 mil habitantes. Vocês imaginam como ela é concentrada! Era um bairro de Jundiaí que, há 40 anos, emancipou-se e conta com uma estrutura de Rede Básica bastante interessante. Quando chegamos, havia 11 Unidades e hoje são 12 Unidades de Saúde para 100 mil habitantes. É um número bem razoável.

Claro que, quando cheguei, os médicos entravam de costas na Unidade para poder sair mais rápido; faziam 16 consultas no menor tempo possível. Para a primeira reunião que fiz como secretária, convoquei todos os trabalhadores e trabalhadoras, sem destacar nenhuma categoria.

Nenhum médico compareceu. Minto: compareceu um apenas, que depois se tornou nosso parceiro – e o é até hoje – ele é nosso capacitador na área de acupuntura e lian gong, o que já mostra um perfil um tanto diferente.

Pouco tempo depois, os médicos pediram para falar com o prefeito, porque a secretária não tinha feito reunião alguma com eles. O prefeito respondeu: “Fez sim, eu fui à reunião que ela fez com todos os trabalhadores”. A resposta: “A reunião com os trabalhadores foi feita, mas conosco não foi”. Ou seja, eles não se consideram “trabalhadores”. No pátio do ambulatório de especialidades, havia uma placa bem grande dizendo: “Estacionamento para funcionários e médicos”. Desde o começo, o nosso tema principal – mas não único – com os médicos foi o dos salários, que eram muito baixos. Eu diria que, quando cheguei, ele era péssimo; agora, é ruim. Conseguimos uma recuperação salarial de quase 100% nesses três anos; fizemos planos de cargos e uma série de negociações.

No início da gestão, os médicos entraram na Justiça contra mim e o prefeito, porque estávamos tentando fazê-los cumprir a carga horária, o que alegavam ir contra um “direito adquirido”, porque havia um acordo com o prefeito da gestão anterior de que chegariam, atenderiam e iriam embora. A sentença da juíza é tão maravilhosa que deveria

ser colocada em um quadro. Dizia que, se aquilo que eles alegavam era verdadeiro, eles teriam de provar; ela, então, imediatamente acionaria o prefeito anterior por improbidade administrativa. Foi muito interessante esse episódio número 1. Creio que havia cerca de 50 médicos, dos quais 19 ou 20 entraram na Justiça; desses, dez pediram demissão.

Alguns voltaram. Fizeram concurso e voltaram, mas, naquele cenário, eu não tinha como estruturar a Estratégia de Saúde da Família; seria uma irresponsabilidade. Se eu não podia contar com médicos que cumpriam uma hora de trabalho, como esperar que cumprissem oito? E eu não tinha também recursos financeiros à disposição para fazer uma proposta de salário que competisse com, por exemplo, os R\$ 8.500,00 mensais da Prefeitura de São Paulo para o médico de Saúde da Família.

Portanto, optei por estruturar a Atenção Básica, não exatamente no modelo da Saúde da Família. Seguramente, porém, implantamos lá cerca de 90% da estratégia desse programa; só não temos médico generalista cumprindo oito horas.

Todas as nossas Unidades trabalham hoje com questões do território, adscrição de clientela, visita domiciliar, acolhimento, projetos terapêuticos. Atualmente, conto com médicos fazendo visita domiciliar dentro da sua carga de quatro horas de trabalho. Segundo o prefeito, essa é uma grande vitória.

Na última unidade que inauguramos, implantamos o Saúde da Família com três equipes; os três médicos já foram embora, não há mais nenhuma equipe. Fizemos uma proposta para os médicos das outras 11 Unidades para fazerem uma escala e atenderem nessa unidade. Todos aceitaram e estamos com uma escala todos os dias: vamos ter dois médicos de outra Unidade –cobrindo uma Unidade, mas, é claro, descobrindo um dia na semana em cada uma das outras.

Falo da minha experiência, mas com certeza a minha não é a única no estado de São Paulo.

Queremos discutir sim, para que haja incentivos para o

NASF e para diversas outras coisas para a Atenção Básica a partir de premissas que são da Saúde da Família, mas que não devem ser exclusivamente desse modelo. Por isso, eu disse anteriormente “Não falo por mim”. Esta é uma discussão que fazemos no COSEMS, para que possamos trabalhar com a lógica da Saúde da Família, pensando em Atenção Básica resolutiveira com vínculo, com adscrição de clientela, mas que não se limite somente a ter o profissional médico de família ou médico generalista.

Por fim, o ritmo das habilitações tem sido um desafio; no caso de as aprovarmos – em que momento o município recebe o recurso? Não acreditamos que seja obrigação do Ministério, exclusivamente, pagar para que os municípios tenham equipes que façam o apoio matricial ou esse tipo de trabalho. Tanto não achamos que uma grande parte dos municípios, e João Pessoa é um exemplo disso, já contavam com diversos trabalhos realizados dentro dessa lógica de apoio e de inserção de outros profissionais.

Acreditamos na responsabilidade tripartite do financiamento, apesar de existir uma dificuldade adicional nisso que é a de que a maioria dos municípios, pelo menos do estado de São Paulo, já está muito acima do seu limite de financiamento. A obrigação legal é de investir 15% do orçamento próprio – e a maioria dos municípios já está investindo em torno de 20%. Essa é, portanto, uma limitação; por isso, ficamos tanto na dependência de incentivos e de recursos do Ministério da Saúde.

Gostaria de direcionar o olhar do gestor municipal para o NASF.

Quero reforçar a importância de fazermos esse debate. O nosso compromisso, do COSEMS, é o de debater paulatinamente e sempre. Temos de considerar como está sendo a inserção desses outros profissionais, fazer essa avaliação com os Conselhos e com as instituições, ouvindo as críticas, retomando, englobando, compartilhando, para que o NASF seja realmente o que estamos antevendo: um avanço para a Atenção Básica do SUS do Brasil.

saúde mental na atenção básica: uma das possibilidades de construção no município de campinas/sp

Carolina Helena Almeida Moraes Sombini

Membro da Subseção de Campinas do CRP-SP; trabalha na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas coordenando o Centro de Convivência e Cooperação Tear das Artes.

Tenho uma experiência profissional calcada em um aprendizado com a professora Florianita Coelho Braga Campos, minha professora desde o quarto ano de faculdade. Foi ela quem me introduziu em Saúde Pública e me fez ficar apaixonada pelo SUS. Portanto, acredito no Sistema Único de Saúde e na construção da Saúde Mental dentro do SUS.

Particpei da implantação do CAPS III, em Campinas, e fui contratada como psicóloga para um dos CAPS que virou 24 horas. Tenho muito orgulho por ter participado desse processo. Hoje, coordeno um Centro de Convivência. Portanto, o material que trago é o material construído por mãos de pessoas da Saúde Mental que estão fazendo o apoio matricial. Isso conta um pouco da prática, do jeito de fazer, de uma construção possível.

Entendo que, se estamos nos propondo a pensar em uma rede substitutiva, temos vários personagens e serviços que farão parte dessa rede: é a Saúde Mental na Atenção Básica, são as equipes de Saúde da Família, são os CAPS, os Centros de Convivência e as ofertas de Geração de Renda. São serviços locais e ofertas – mais do que serviços –, que são importantíssimas para construirmos a rede; a questão do território de abrangência.

Assim, compreendendo o território como uma força viva de relações – além da questão da área geográfica, de se delimitar geograficamente uma área como o lócus de ação e o lócus de vida das pessoas –, entendemos também onde a nossa intervenção se dará. É uma inversão muito interessante, porque parte do pressuposto de que devemos entender as formas de estar das pessoas a partir de suas vivências, da construção de significados, da subjetividade daquele lugar que habitam.

Em Campinas, há uma história muito antiga de equipes de Saúde Mental nas Unidades de Saúde. Nos anos 1970, começaram a surgir as primeiras equipes mínimas de Saúde Mental vinculadas aos Centros de Saúde. A partir

de 2001, surgiu a proposta de reorganização do modelo de atenção e, então, a proposta do Apoio Matricial, quando a Florianita era a coordenadora de Saúde Mental e o Gastão Wagner de Souza Campos era o secretário de Saúde. A proposta era de que aqueles trabalhadores da Saúde Mental que já estavam alocados nos Centros de Saúde – e aí havia um trabalho por área: mental, bucal, criança, adulto – se reorganizassem e as pessoas se dividissem em equipes de referência, em equipes de Saúde da Família, ou seja, em um determinado território.

Então, diferente de se ter um Centro de Saúde com uma adscrição de clientela e uma área de cobertura, haveria uma redivisão dos trabalhadores (trabalhadores esses multidisciplinares) – enfermeiro, agente comunitário de Saúde, auxiliar de enfermagem, médico – que seriam realocados como equipe de Saúde da Família; seria, portanto, uma referência para um determinado território, uma região, um grupo. E os trabalhadores da Saúde Mental entrariam como apoiadores matriciais para essas equipes de Saúde da Família.

Na verdade, esses trabalhadores fariam o apoio matricial às vezes para si mesmos, para sua própria casa, para o lugar onde estavam alocados ou para um Centro de Saúde que não tivesse equipe de Saúde Mental, para o qual eles se tornariam referência. Um pouco do que se pensou na época foi que houvesse uma proporção, dependendo do lugar e das características de território: um trabalhador da Saúde Mental para cada duas equipes de Saúde da Família.

Os arranjos foram acontecendo e é muito interessante como isso foi se constituindo. Fomos trabalhando e alguns projetos foram dando certo, enquanto outros apresentavam resultados estranhos. Os problemas e as soluções foram aparecendo; tudo muito vivo e dinâmico.

Uma das coisas mais interessantes, que incluí também na minha dissertação de mestrado, foi a entrevista com os psicólogos do município de Campinas, que já estavam

inseridos na rede antes da implantação desse modelo. Eu queria entender um pouco o que havia mudado. O que esse profissional sentia que havia mudado no processo de trabalho dele, de que forma ele avaliava essa mudança, se ela era positiva, se era negativa, se ele achava que tudo isso era uma loucura, se era um inferno, o que era... Qual era a posição dele?

Uma das coisas mais interessantes que apareceu em trabalhos posteriores foi a dificuldade de o profissional fazer transformações dentro da sua própria Unidade. É muito difícil você reorganizar o processo de trabalho e sair do lugar de especialista. Como é difícil você sair do lugar de especialista para entrar em outro lugar, sendo mais um, mas com um conhecimento específico! Você tem o seu núcleo, o seu conhecimento, o seu saber, mas você mesmo deve construir as ações, porque já existe uma demanda; as pessoas já sabem de suas necessidades: “Eu quero a consulta com o psicólogo, quero a consulta com o psiquiatra”, e a equipe tem de se reorganizar e re-entender o seu processo de trabalho.

E quando os profissionais iam fazer essa proposta para Unidades que não tinham a equipe de Saúde Mental, tudo se transformava. A receptividade da equipe era outra, assim como também a forma de influência do trabalho. Isso é muito interessante. Acredito que é um dado interessante para pensarmos um pouco e foi o questionamento que fiz ontem para o Antônio Garcia Reis Júnior, do Ministério.

Assim, quando se cria a caixa onde se coloca o especialista, reorganizar esse processo torna-se muito complicado, porque o que se espera do especialista é um atendimento de especialista. Contextualizando um pouco, começamos a trabalhar pensando em entender a questão dos recursos e olhar para o território, pensar junto com as equipes, com os trabalhadores, até que os próprios trabalhadores da Saúde Mental comessem a olhar para esse território.

Uma questão interessante que discuto na minha dissertação foram as falas das psicólogas, por exemplo: “Olha, a partir do momento que vieram os agentes de Saúde, que começaram a fazer as visitas no território, pude entender muitas coisas que antes não entendia”.

Uma vez, durante uma visita, escutei: “Percebi o quão longe as pessoas moravam do Centro de Saúde; então entendi porque elas não compareciam à consulta quando chovia, porque é zona rural e há barro. Antes, eu achava que era resistência, que elas não vinham porque estavam resistindo ao processo”.

Acredito que são coisas, de certa forma, óbvias, mas não tão óbvias assim. Elas só aparecem quando conseguimos olhar para elas: elas estão lá, o território está lá, sempre esteve lá, nós é que não o enxergávamos, porque chegamos com a nossa bolsinha, com o nosso conhecimento, com a nossa formação, com tudo o que sabemos, com a nossa história de vida. Chegamos lá e encontramos outra dinâmica, que vai ser diferente em cada lugar: Embu das Artes, Cam-

pinas, João Pessoa, Aracaju... Enfim, todos os lugares têm suas especificidades.

Começamos, então, a discutir o que tínhamos em termos de recurso. Vamos lá, vamos olhar para isso: há ONG? Há praça? Há um Centro de Convivência? Ambulatório? Há família? O que é que existe? Essa é a primeira questão. Dentro disso tudo, durante essa construção, o Ministério publicou, em 2003, um material. Foi muito engraçado, porque, em Campinas o povo briga, briga e briga. Vão fazendo as coisas e acabam brigando. Chegou ao ponto de afirmarem: “Ah, não, não queremos mais fazer isso”. Houve uma oficina em Brasília, na qual se encontrava a equipe de Campinas. Quando chegávamos com esse documento do Ministério nas Unidades, apesar de já ser um assunto sobre o qual já havíamos falado, só porque vinha do Ministério, diziam: “Nossa, aí ficou bacana”. Havia um carimbo, então estava tudo bem.

Trabalhamos bastante com esse documento, fruto de uma oficina de Atenção Básica de Saúde Mental que aconteceu em 2003. Ele tratava dos princípios fundamentais para se pensar a Saúde Mental na Atenção Básica.

Portanto, é a partir do trabalho com a questão da noção de território, da organização da Atenção à Saúde Mental em rede, da intersectorialidade relacionada com os Centros de Convivência, com os projetos de geração de renda etc. que se vai desenvolvendo essa construção.

A questão da reabilitação psicossocial parte de um conceito italiano de contratualidade que entende que o nosso papel é o de agenciar, ou seja, estar próximo dos nossos usuários para que eles aumentem o seu poder contratual. Trata-se de multiprofissionalidade, de interdisciplinaridade, que visa, não só as várias profissões, como também “ser inter”, isto é, estabelecer relações mais horizontais de poder, sem um chefe da equipe ou alguém que determine as ações.

No que diz respeito ao apoio matricial, esse conceito é fundamental. Muitas vezes levamos essa questão para as os CAPs, porque focamos muito no conceito de desinstitucionalização, como na questão dos fechamentos de manicômios. O Benedetto Saraceno discute isso muito bem; ele fala que, na verdade, os grandes muros são aqueles que temos na nossa cabeça. De fato, muitas ações que nós, trabalhadores da Saúde Mental, realizamos em nosso locus de trabalho, no Centro de Saúde, são muito institucionalizantes. Vou citar um exemplo rapidamente.

Lembro-me de quando fomos para o CAPS (que virou CAPS III) e começamos a fazer uma varredura para conhecer o nosso território e entender qual era a população, os psicóticos, os pacientes graves que estavam ali, um território novo para aquele serviço, que tínhamos de conhecer minimamente, saber de sua existência. Havia um paciente que, apesar de ser psicótico, já estava há dez anos sem crises, mas, se um dia isso acontecer, se o quadro dele se agravar, deveria vir para nós em vez de ir a um hospital psiquiátrico. Foi muito interessante, porque fomos desco-

brindo, escutando coisas como: “O médico ‘x’ do Centro de Saúde ‘y’ tem um grupo de psicóticos há dez anos”.

As mesmas pessoas, o mesmo médico, com a mesma T. O., no mesmo “bat-horário”, no mesmo “bat-dia”, na mesma “bat-sala”, tendo a mesma “bat-conversa”. Tivemos muita dificuldade para conseguir entrar e conhecê-los, mesmo querendo apenas nos apresentar e dizer: “Olha, a gente é do CAPs. Vocês sabiam que agora existe esse serviço? Vocês não querem ir lá conhecer?”.

Enfim, demorou muito tempo para convencer os profissionais a nos informar quem eram as pessoas que atendiam. Para mim, está claro que isso é institucionalização. Esse é um conceito muito interessante, porque o Apoio Matricial quebra isso que torna o processo difícil, porque é algo que não sabemos fazer, já que não tivemos essa formação.

As pessoas que se estão formando recentemente, fazendo residência, fazendo aprimoramento, dependendo de onde, já têm essa possibilidade, mas a maioria não a teve. A promoção da cidadania é outro conceito importante, assim como o trabalho para a construção da autonomia.

Quando usávamos a circular do Ministério da Saúde, parecia que conseguíamos abrir uma porta para o diálogo, algo como: “Não é da cabeça desse povo louco, é uma coisa lá do Ministério”, e ninguém precisava saber que “essa gente de Campinas” tinha ajudado a construir a tal circular. Os profissionais podiam entender o matriciamento como uma estratégia e que o apoio matricial deve estar relacionado com a noção de matriz.

Podemos, então, nos arriscar a dizer que o apoio matricial é a oferta de conhecimento, saberes, propostas de ações, práticas conjuntas, historicamente reconhecidas como inerentes a determinados profissionais: a profissionais de categorias diferentes envolvidos na construção dos projetos terapêuticos singulares.

Aquele texto, infelizmente, não foi publicado, mas é belíssimo e foi produzido pela Florianita e pela Stellamaris Pinheiro no momento da construção dessa prática. É um texto que evoca a prática profissional.

Quais seriam os objetivos do trabalho, então? Contribuir para o acolhimento da demanda em sua complexidade, visando impedir a “psiquiatrização” e “psicologização” do sofrimento – e o luto sendo medicalizado. No material da professora Florianita, isso foi colocado de um jeito tão engraçadinho; dizia assim: “Tristeza vira depressão, traquinagem vira hiperatividade”. Ela traça esse paralelo entre as questões da vida, a dinâmica das pessoas em relação à vida, ao lugar em que vivem e como isso vai sendo diagnosticado, “medicalizado”, enfim, institucionalizado.

Trata-se de socializar, contextualizar, transformar e produzir saberes, com as equipes de referência locais e as equipes de Saúde da Família, compartilhar responsabilidades e, assim, regular o fluxo, assim como favorecer a ampliação e a diversificação das ações, potencializando a construção de novos dispositivos de atenção em resposta às

necessidades do usuário. Creio que isso é muito importante também, porque trabalhamos muito com caixas – isso é histórico na Saúde Pública. Temos lá nossas caixinhas de oferta, que colocamos à disposição das pessoas e elas têm que entrar nessas caixas. Ainda temos essa dinâmica: se a pessoa não vem, é porque não aderiu. Na verdade, como trabalhadores, temos de entender que contexto é esse, que lugar é esse e o que há nesse território.

Devemos nos perguntar o que acontece aqui para pensarmos nas ofertas com base nas demandas, e não o contrário, ou seja, baseados no que desejamos fazer: “Ah, eu só gosto de trabalhar com crianças!” ou “Ah, eu não atendo criança, não suporte, não tenho essa formação, não quero saber disso”.

Há várias questões que se vão amarrando nos processos. A partir do momento em que se começa a discutir essas questões com as equipes de Saúde da Família, o que é necessidade e o que oferecemos tornam-se evidentes. Isso nos deixa loucos, porque necessitamos reorganizar todo o processo de trabalho, o processo de todas as pessoas.

É uma experiência muito interessante. É muito sofrido; muitas vezes é difícil, mas produz resultados importantes: flexibilização e abertura institucional, no que se refere a olhares, saberes, poderes, novas ações e realizações. Acabamos democratizando muito mais as relações – a horizontalidade das relações é necessária. Em razão dessa questão da abertura, a entrada e a fala do usuário devem ter peso igual. De alguma maneira, isso também transforma a relação, a forma do organograma, tornando-o um pouco mais horizontal.

“(...) Devemos nos perguntar o que acontece aqui para pensarmos nas ofertas com base nas demandas, e não o contrário, ou seja, baseados no que desejamos fazer.”

Carolina Helena de Almeida Sombini

Em relação ao projeto terapêutico ser singular ou individual, há lugar em que é individual e em outros, em que é singular. Enfim, é uma questão que o trabalhador de Saúde Mental apresenta às equipes e a esses outros trabalhadores, é uma questão nossa. Temos essa construção e vamos apresentando-a; ela se torna uma ferramenta.

Acho isso bem interessante, porque foram produzidos vários materiais em Campinas nesse momento. Materiais de apoio, algo bem pedagógico mesmo, mas que podem servir para as discussões e para a reflexão das situações concretas.

As pessoas ficavam muito aflitas, porque o apoiador matricial acabava cometendo vários enganos no processo. Isso faz parte da dificuldade encontrada e daquele momento, daquela relação. O que acaba acontecendo é que muitas vezes o profissional vai se sentindo um supervisor – isso

está na minha dissertação também; muitos pensam: “Ah, eu nem ganho para fazer supervisão”, porque queriam um plus no seu salário. Até houve essa discussão, não é, Roberto Mardem? Em Campinas, isso gerou uma briga danada: “Eu quero um plus no meu salário se eu for fazer supervisão”. Não é supervisão, é outra coisa.

O que estava acontecendo é que as equipes eram entendidas como uma pasta gorda, cheia de encaminhamentos. Então chega o apoiador matricial. Secretário, não é? E ele vai embora com aquela pasta, coitado, sem saber o que fazer com aquilo: “Como é que eu lido com isso?”.

Começamos a cometer enganos e alguns foram endurecendo. Lembro que fui dura assim, era mais hard: “Não, eu não vou atender de jeito nenhum; não atendo, não posso”. Com o tempo, vamos ficando mais flexíveis, entendendo o que se pode fazer junto... é muito interessante. “Então vamos”; “Ah, esse é complicado, então vamos fazer visita?”; “Vamos, mas vamos juntos: vamos atender, mas vamos juntos”; “Ah, vamos pensar tal coisa”.

Enfim, essa história do “fazer junto” é muito interessante, porque não nos negamos e ainda capacitamos, porque, se não, vira aquela coisa: “Ah, pergunta mais”, mas e a história de vida? Aquela anamnese completa, o nascimento, o isso e o aquilo, e as equipes assim: “Quem eu?”.

Dá para fazer, compartilhar e ir potencializando juntos, enquanto se dá uma resposta ao usuário, porque, de alguma maneira, enquanto se está fazendo, alguma coisa está acontecendo: estrutura-se a proposta.

O que acaba acontecendo quando trabalhamos com a lógica do território? A relação entre o profissional e o paciente deixa de ser tradicional, transforma-se. Cede-se lugar a uma escuta qualificada para identificar os nós opressores da situação – esse conceito dos nós é bem interessante também.

O profissional passa a ser um agenciador, um gerente de projetos terapêuticos, e não necessariamente o profissional da Saúde Mental e isso que é bom. Como se constrói coletivamente, quem deve ser esse agenciador? Aquele que tem maior vínculo, ou seja, aquele que é a maior referência para determinada pessoa. Então, às vezes é o agente comunitário, às vezes é o dentista, às vezes é o enfermeiro... depende de cada caso.

Um conceito interessante que queremos discutir com as equipes é o daquele material do Saraceno, o Manual de Saúde Mental. É um livrinho da Hucitec, de capa verde, que infelizmente está esgotado, mas que é um material muito didático para se trabalhar com as equipes. Com uma linguagem bastante acessível, trata muito dessa questão, do momento em que se analisa determinado caso complicado: como identificar o que oprime e o que facilita a vida daquela pessoa. Pensar nisso ajuda a focar, a agir. São pontos importantes a serem pensados. Algumas possibilidades são: dividir a equipe de Saúde Mental para o Apoio Ma-

tricial; criar rodas de discussão com os usuários da Saúde Mental; iniciar parcerias com base nos casos concretos.

A realidade de cada território deve ser considerada para, então, pensar-se em projetos, em fazer junto, em levantar potencialidades e possibilidades de trabalhadores e usuários. Esse material é produzido por quem está lá fazendo, é a rede de suporte social para ajudar a identificar aquela questão do que é opressor e o que é facilitador. Se pensamos em tiro ao alvo, entendo que o pontinho do meio, o alvo, é a pessoa ou a família.

Como é o suporte social do usuário: a família, a comunidade, os amigos, o Sistema de Saúde etc. E aí você vai descobrindo se está mais longe, se está mais próximo; o que está facilitando está mais próximo dele; o que está oprimindo está cada vez mais longe. Então, onde está nossa área de intervenção?

Esse material é muito didático, muito simples e ajuda no empoderamento dos outros trabalhadores – é uma grande coisa poder contribuir com o nosso saber. Não é transformar o outro em psicólogo, não é transformar o outro em psiquiatra, é você empoderar a pessoa, é você socializar o seu saber, mas de uma maneira que ele possa utilizá-lo.

“(...) Saúde é isso, é fruto da subjetividade, da cultura, do lazer.”

Carolina Helena de Almeida Sombini

Há outro material para a construção de projeto terapêutico singular, uma folhinha que pode ficar, inclusive, dentro do prontuário. Lá consta o nome do paciente, a idade, a profissão, se usa medicação, qual é a configuração familiar, se é criança, se já teve problemas com o Conselho Tutelar... enfim, dados importantes de história de vida.

Para a construção do processo terapêutico é preciso definir: o que é a atividade que está sendo proposta, qual é o objetivo daquela atividade, que instituição está envolvida, como isso vai acontecer, se houve adesão ou não, data, responsável. É construir com as pessoas a partir da prática delas, pensando, trabalhando e lembrando sempre: o projeto terapêutico não é feito para o outro, e sim junto com o outro. É importantíssimo dizer isso, porque. Senão, nos tornamos tão autoritários.

A autoridade sanitária fala para uma pessoa: “Olha, a partir de agora, o seu projeto terapêutico é esse”. Isso em CAPS é chocante, porque faz parte da prática: “Olha, a partir de hoje, seu projeto terapêutico mudou”. E o outro: “O quê? Projeto o quê?”.

Isso tudo – estratégias, quem se responsabiliza, com quem se pode contar, datas, prazos, como será, se os objetivos foram ou não atingidos, justificativas etc – é para se pensar com a equipe.

os desafios da implementação da atenção básica em saúde mental

Roberto Mardem Soares Farias

Médico e Secretário de Saúde do Município de Sumaré, representou no evento a Diretoria do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde-COSEMS

Sou secretário de Saúde, vivi muito essa experiência apresentada pela Carolina Sombini em Campinas e digo que sou um secretário que gosta muito da área de Saúde Mental. Com a Carolina, a Florianita Campos, a Stellamaris Pinheiro, a Susana Robortella, ou eu odiaria a área ou a adoraria. Acabei adorando. E não é só por isso, é porque se trata de fato de uma área – do nosso ponto de vista, nós que não somos especialistas na área de Saúde Mental como gestores – absolutamente estratégica. Isto é, um bom gestor deveria beber desses conceitos para fazer uma gestão adequada ao seu modelo de assistência.

A área de Saúde Mental é estratégica. Nós, médicos, auxiliares de enfermagem, profissionais de Saúde, enfrentamos no cotidiano, eu diria, de 30% a 40% do que a gente atende. Uma forte questão é a emocional; nos envolvemos de uma maneira bastante forte, bastante intensa, sendo que a nossa formação é fragilíssima, a universidade ainda não sabe lidar com isso.

Acredito que cada vez mais isso vai ser assim, a vida está muito ruim, muito inadequada para as pessoas. Tanto é que cada vez mais aparece a questão da violência, entre outras.

E também, fora essa questão da intensidade, do sofrimento mental em nossas vidas, há a questão de como alguns conceitos foram pensados dentro da Saúde Mental. O próprio PSF tem bebido deles: a questão dos Projetos Terapêuticos, do Matriciamento etc.

São conceitos que aprendemos em Saúde Mental – pelo menos em Campinas foi assim – e que têm sido utilizados para construções em outras áreas. Por isso, sinto-me bastante devedor dessa área; daí, gostar bastante disso. Vivemos muito intensamente essa situação em Campinas. Estou na Saúde Pública há 25 anos, 25 anos vivendo a experiência de Campinas e passando por tudo isso que a Carolina descreveu.

Como curiosidade: desde a época em que se começou a falar de Saúde Mental (há 15 anos, em Campinas), briguei muito para que se incluísse Saúde Mental nas unidades. E depois briguei para que a tirassem. O que aconteceu? Eu me lembro de umas histórias fantásticas: tínhamos uma

psicóloga na Unidade em que eu era gerente. A agenda dela lotava rapidamente, e com o que a gente chamava de “besteira”. A “besteira” que qualquer um poderia resolver estava colocada na agenda de um profissional com essa competência, com essa capacidade.

Lembro-me de uma mulher cujo cachorrinho morreu e constava lá na agenda da psicóloga: “ficou triste, porque ele morreu”. Falo sobre essas coisas porque elas estavam lá na agenda dela, quando poderiam estar na agenda de outro profissional. As questões sobre a dificuldade de aprendizado lotavam a agenda, lotavam. Assim, o paciente que, de fato, precisava do apoio de um especialista não entrava no serviço, estava absolutamente impedido de entrar, porque essas coisas tomavam conta da agenda.

Para esta conversa, resolvi pensar mais na questão do NASF, até porque Sumaré foi dos municípios, junto com Amparo, que primeiro criou o NASF no estado de São Paulo. Nosso NASF está funcionando há cinco meses, desde abril.

Eu já havia tido uma experiência em matriciamento em Sumaré e aprendido na fonte de Campinas, o que me ajudou bastante na constituição do NASF. Então, quis refletir sobre o NASF de Sumaré, como ele está atuando etc.

Esse material foi preparado para fazer as oficinas de implantação do NASF. É de cinco ou seis meses atrás, mas estava dando uma olhada, ainda está atual, dá para discutirmos em cima dessas questões.

Entremos nisso: a atribuição do NASF em Sumaré. Por que coloco a atribuição do NASF em Sumaré? Porque ele tem certas diferenças em relação ao que o Ministério propõe – não muitas, mas algumas. Essas diferenças estão relacionadas com o modelo de assistência de Sumaré, que já englobava a questão do matriciamento em Saúde Mental há dois anos, pelo menos, e é óbvio que isso deveria ser incorporado à experiência que estamos implantando. Então, há muitas coisas que são iguais às do Ministério e outras que são diferentes. E é óbvio que, quando falo de NASF, vale para todos, inclusive para o psicólogo. Trabalho, no nosso NASF, com o psicólogo como o profissional da Saúde Mental.

Assim, um dos papéis do NASF é contribuir com as equipes, as comunidades e os Conselhos locais de Saúde nos diagnósticos e na definição das principais necessidades de saúde do cidadão de um dado território.

Note-se que o verbo que mais utilizamos é cogerir; contribuir, portanto, já colocando algo, partindo do princípio de que o NASF não faz, não executa nada sozinho. No máximo, o que ele faz é e cogestão, coparticipação, isto é, ele contribui.

Isso significa “proibir”, assim entre aspas, porque não gosto da palavra, mas é quase proibido ao NASF atuar no sentido do fazer, do executar. Ele contribui e participa com as equipes no diagnóstico; então, é feito o diagnóstico e o planejamento das ações a serem executadas com base naquele diagnóstico, cada atendimento conjunto.

Isso é uma discussão que existe sempre: fazer ou não o atendimento? Acreditamos que deve ser feito o atendimento conjunto. Há alguns casos que são muito complexos, muito difíceis, mas dos quais a equipe de Saúde da Família daria conta se houvesse capacitação feita em serviço, na forma de Educação Permanente.

E aceitar essa Educação Permanente para fazer capacitação significa fazer junto com quem sabe mais. Isto é, não entender capacitação no sentido de ensinar a fazer, e sim fazer junto, dizer: “Olha, não é tão complexo como parecia” ou “É complexo sim, mas há saídas”. Então, vamos fazer juntos, fazer as visitas domiciliares junto etc.

“(...) Assim, um dos papéis do NASF é contribuir com as equipes, comunidades e Conselhos locais de Saúde nos diagnósticos e na definição das principais necessidades de Saúde do cidadão de um dado território.”

Roberto Mardem Soares Farias

Alguns profissionais marcam atendimentos com o psicólogo ou com outro profissional do NASF. Não deveria ser assim; eles deveriam estar envolvidos num determinado caso que fosse atendido junto com os profissionais de Saúde da Família. São consultas conjuntas, atendimentos conjuntos. Como eu dizia, não para dar conta da demanda...

Isso soa como: “Ah, eu tenho uma demanda muito grande de Saúde Mental. Então vamos marcar um monte de consultas conjuntas que a gente liquida rapidamente isso”. Não, não existe o objetivo de dar conta da demanda, porque isso é um problema da gestão – contratar mais profissionais. Não sei como é possível dar conta da demanda, mas atender rápido para dar conta não é um problema do profissional.

Então, destaco a consulta conjunta porque já escutei muito “sempre fizemos junto: fazemos mais rápido, damos conta e a fila acaba”. Mas não deve ser assim; o objetivo é ampliar a capacidade do profissional de atender. Essa é apenas uma forma de Educação Permanente que estamos colocando; ou seja, não é para fazer sempre consulta conjunta.

É importante discutir casos demandados pela equipe ou quando se percebe que dada equipe tem um profissional que apresenta dificuldade com determinada situação em particular: oferta versus demanda. Há uma demanda, temos casos e queremos discuti-los, ou percebe-se que se está cuidando mal disso, se está fazendo mal aquilo, por exemplo: trabalhamos na Saúde, onde utilizamos uma tecnologia que é a do trabalho em grupo. Fico-me perguntando: onde é que nós, profissionais de Saúde – talvez exceto o pessoal da Saúde Mental –, aprendemos a trabalhar em grupo? Vejo cada grupo absurdo, que creio que mais atrapalhe do que ajude... venho observando isso. Às vezes, o profissional monta o grupo com boa vontade e crê dominar a técnica e fazer “direitinho”. O profissional que de fato domina a técnica observa de fora, vê que não é de verdade e coloca isso como oferta: “Olha, você está colocando isso como uma tecnologia importante, e a gente considera que é mesmo, mas desde que feita adequadamente”. Então, vamos fazer capacitações, discussões, Educação Permanente, trabalho em grupo etc.

Quando esse profissional percebe que a situação está inadequada, faz ofertas – assim como, em outras vezes, ele próprio é o demandado pela equipe que sente dificuldade e que precisa dele. Não estou falando de psicólogos, estou falando da equipe do NASF como um todo devendo realizar capacitações para quem apresentar dificuldade, participar das realizações de projetos terapêuticos singulares, apoiar as equipes e desenvolver projetos de intervenção no território, quer dizer, estamos colocando uma das riquezas da Saúde da Família, esse olhar para a subjetividade das pessoas. Saúde é isso, é fruto da subjetividade, da cultura, do lazer.

Como se inserir no território? Como é essa inserção territorial? (o termo território não diz respeito à questão geográfica, e sim às relações com as pessoas, com as entidades, com o território geográfico em si, com as pontes etc.). Como lidar com as dificuldades do ir e vir que o território às vezes oferece? O importante é, junto com a equipe, pensar projetos de intervenção que considerem esse território tanto como produtor de Saúde, dependendo de como me relaciono com ele, quanto como entidades que estão ali produzindo a doença, e, então, fazer projetos de território que consigam observar e perceber isso.

É preciso contribuir, apoiar e realizar capacitações profissionais para os atendimentos domiciliares – não somente para atendimentos na Unidade, mas também nos domicílios. Quando falo em contribuir com os agentes comunitários, destaco a questão do agente, porque ele tem um papel estratégico quando pensamos no território como um ele-

mento importante do planejamento, das ações, da execução. Como o agente vive no território, sua ação é bastante estratégica. E como a Saúde Mental pode ir junto com esse profissional? Não só a Saúde Mental, mas também o NASF. Pensando especificamente na Saúde Mental, a equipe deve contribuir para resolver uma série de problemas que ocorrem naquele território. Temos destacado bastante o agente como uma ferramenta muito importante para construir esses projetos terapêuticos singulares, para trazer a família, para ser um apoio importante nos projetos terapêuticos e assim por diante.

Há também os problemas das questões municipais, com as quais o NASF pode contribuir. Existe uma série de programas municipais, como no caso específico de Sumaré, que às vezes se relacionam com a Saúde Mental, e outras vezes com o fisioterapeuta que está lá (no NASF) etc. Como é que esses programas, quase sempre desenhados a partir do nível central, passam a fazer parte da vida das Unidades?

Da mesma maneira, deve-se contribuir e interagir com as equipes, apoiá-las para trazerem esses programas mais gerais para dentro, para fazerem parte da vida da Unidade. E, no nosso caso, trata-se do combate à violência e ao tabagismo, do incentivo ao movimento do corpo, à prevenção da Aids etc. O NASF pode se envolver e trazer essas questões para dentro das equipes.

É fundamental veicular informações que visem à prevenção e minimização de risco, proteção, vulnerabilidade etc., buscando a produção do autocuidado, conceitos da Saúde Mental que os senhores dominam melhor do que eu, isto é, a ideia de que produzir Saúde significa produzir autonomia – não tenho a menor dúvida a esse respeito.

Há pontos nesse discurso de trabalhar sempre na perspectiva do autocuidado, da autonomia, de tirar a dependência das pessoas do Sistema de Saúde que às vezes me irritam. Por esses dias, estávamos discutindo e pensando em uma estratégia para trazer o pessoal da zona rural, um PSF de zona rural que cuide aproximadamente de 600 pessoas. Como assim, uma estratégia para trazer essas pessoas para dentro da Unidade de Saúde? Pessoas que moram a um ou dois quilômetros de distância? E por que não pensar em uma estratégia para ir até a casa dessas pessoas? “Ah, mas é longe.” Para vocês, é longe, mas, para eles, é perto? Como é que isso se inverte? Por que não compram uma bicicletinha para ir à casa das pessoas? É tudo plano, bonitinho.

Pensar em uma estratégia para vincular as pessoas das Unidades é, muitas vezes, desvincular produzindo autonomia, ofertando apoio ao autocuidado. Usar a Unidade é de fato necessário. Mas aí os profissionais brigam com os pacientes quando faltam à Unidade, mas, muitas vezes, quando essas pessoas vêm, por uma necessidade urgente, fecham-lhes a porta: são esses os paradoxos.

Sempre que falo dessa questão, lembro-me de uma história: eu era pediatra e fazia a consulta “bonitinho”, já faz mais de 20 anos. Havia uma mulher que eu “convidava”,

através das consultas agendadas, para ir ao Centro de Saúde de todo mês. Ela ia sempre, até que um dia sua filha ficou doente. Com uns sete, oito meses, ela teve uma dor de ouvido muito forte à noite. A mãe chegou no posto de Saúde que eu trabalhava – muito organizado, muito bonitinho – e me disse: “Doutor, minha filha está com dor de ouvido, dá para o senhor dar uma olhadinha?”, ao que respondi: “Não, porque cai a qualidade: só ‘dar uma olhadinha’ me impede de fazer uma consulta integral: não vou olhá-la ‘por inteiro’, até porque, se fizer isso, vou roubar o tempo do outro paciente que agendou sua consulta, ou seja, vou invadir o tempo do outro. Não tem jeito”.

Ela me perguntou o que fazer e eu lhe disse para ir ao Mário Gatti. “Mas pegar ônibus com esse sol quente?”, “Sim, pegar um ônibus e ir lá no Mário Gatti”. Bom, ela foi ao Mário Gatti.

No mês seguinte, ela faltou pela primeira vez à consulta, e eu, como bom pediatra que era, de serviço organizado, fui à casa dela saber o motivo de dona Maria não ter ido ao posto.

É óbvio que ela não me respondeu com a maneira educada como vou contar o caso; na verdade, me respondeu com várias pedras nas mãos. Mas, em resumo, ela me disse o seguinte: “A única vez que fui ao serviço sem ter sido convidada por vocês, a única, vocês bateram com a porta na minha cara. Das outras, eu fui a seu convite. Convites esses” – ela também não usou essa expressão – “um tanto quanto absurdos, porque você me convida para pesar a minha filha e a põe em uma balança pouco confiável. Eu prefiro pesá-lo em um açougue”.

Levei um susto, pensei que ela ia me chamar de açougueiro, mas não. Não, porque no açougue já havia uma balança eletrônica, que pesava melhor “do que a balança daquele posto de Saúde caindo aos pedaços”, segundo o complemento dela.

Enfim, quantas vezes ficamos no projeto terapêutico tentando vincular o indivíduo em vez de investir em autonomia? Eu sei o quanto é necessário ter cuidado ao buscar a autonomia das pessoas.

Trabalhávamos com o que chamamos de Apoio à Gestão, o que ajudou muito na implantação do NASF. Nós temos uma equipe de profissionais de Apoio à Saúde da Mulher, Saúde da Criança, do Adulto, Emergência, Educação Permanente etc., que fazem uma ponte rápida entre a Unidade de Saúde e o Nível Central da Gestão, ajudando o gerente e as equipes a resolverem questões assistenciais (e, às vezes, até mesmo de gestão) da Unidade.

Portanto, o NASF também tem essa dificuldade. Em nosso Apoio à Gestão, tínhamos um psicólogo que trabalhava com Apoio à Gestão de Saúde Mental. Como é que esse profissional vai interagir com quem está no NASF? Contávamos com um ginecologista, que fazia o Apoio à Atenção à Saúde da Mulher, e com uma enfermeira, que fazia o Apoio à Atenção à Criança, e havia um pediatra no NASF.

Como se dará a interação entre os profissionais que

já fazem o Apoio à Gestão e esses outros que, de alguma forma, também o farão? Essa questão ainda está por se resolver. Por enquanto, vemos conflitos entre esses profissionais, entre aquele que está no NASF e aquele que está no Apoio à Gestão. De qualquer modo, esperamos que o NASF contribua para melhorar inclusive a potência desses apoiadores, interagindo com as equipes e ajudando-as a resolver seus problemas, como, por exemplo, as questões de fluxo de encaminhamento, de auxílio à prevenção, da avaliação de desempenho etc.

Temos, na cidade de Sumaré, o que a chamamos de Avaliação de Desempenho das Equipes de Saúde da Família. As equipes têm vencimento fixo e vencimento variável, que é um plus no salário a partir do alcance de metas, avaliadas a cada quatro meses. Assim, o resultado dessa avaliação da Saúde da Família pode chegar a significar quase 50% do salário do indivíduo. Por exemplo, um enfermeiro recebe R\$ 2.900,00 por mês, se não me engano. Ele pode ganhar até 50% a mais, ou seja, cerca de R\$ 1.400,00. Isso tem um significado muito importante no salário desses profissionais.

A avaliação deve ser feita cuidadosamente e esperamos do NASF que ele contribua também para fazer o apoio, para participar desse momento. Deve-se levar mais em conta o processo do que o resultado nessa avaliação. Digamos, por exemplo, que a meta seja reduzir o câncer de colo uterino e, para isso, é necessário se fazer um determinado número de citologias, e não se consegue, mas se percebe que existe um esforço, uma estratégia para aquilo etc. Não é o resultado final que importa, e sim o processo, a interação com determinado indicador para finalmente atingi-lo. E como se discute muito essa questão do processo – e processo envolve subjetividade – é importante que quem esteja no cotidiano dessas unidades contribua fortemente para a Avaliação de Desempenho.

Portanto, outro papel do NASF (óbvio que isso não está na Portaria do Ministério) é contribuir com o Apoio Gestão na questão da Avaliação do Desempenho, apoiar as equipes para que superem as fragilidades apontadas pela avaliação. Repetindo: nossa Avaliação de Desempenho não tem a função de castigar as pessoas, mas sim de servir de *feedback*.

Queremos que se alcancem as metas. Resumindo: “Olha, queremos que vocês alcancem os 100%, senão não vamos pagar”. Como queremos que isso se realize, temos de ajudar as pessoas a superarem a fragilidade. Portanto, um dos papéis do NASF é ajudar as equipes a superar essas fragilidades para que, na próxima avaliação, elas consigam alcançar aquilo que não haviam alcançado na anterior. Isso é muito importante; é um trabalho que consideramos estratégico para o NASF, esse apoio para alcançar desempenho.

Destaco a Avaliação de Desempenho, porque tem um papel de gestão muito importante; ela praticamente define quais são as contribuições da Unidade, pensa em tantos e tais indicadores para organizar o trabalho nessa direção.

É necessário que haja uma interação muito grande com

esses instrumentos da Avaliação de Desempenho. E dentro do próprio NASF deve-se apoiá-los simultaneamente, trabalhando muitas vezes em parceria. Digo “muitas vezes” porque às vezes esse trabalho é individual. Isso é um problema sério, pois o NASF é um núcleo.

No princípio, a ideia era trabalhar sempre junto, mas há dificuldades, porque existem muitas especificidades relativas ao trabalho do fisioterapeuta, por exemplo, e colocar um psicólogo junto é artificializar o trabalho deles. Podia-se fazer algo mais importante. Existem as especificidades do pediatra; colocar um psicólogo, um fisioterapeuta para trabalhar junto é artificializar, e é desnecessário, significa gastar recurso público à toa. Então, o NASF não deve trabalhar o tempo inteiro junto. Às vezes, o pediatra trabalha isoladamente, o psicólogo trabalha isoladamente etc. Qual deve ser o percentual de “junto”? Não sabemos, mas uma parte do trabalho deve ser em conjunto e a outra deve ser feita isoladamente.

De qualquer modo, é muito importante que esse apoio mútuo entre as duas equipes aconteça, porque eu tenho cá comigo, como gestor de Unidade de Saúde por muitos anos, que o lugar mais fóbico da gestão é a Unidade Básica, não tenho a menor dúvida disso. Não é o lugar que tem mais responsabilidades, mas é o mais fóbico; assusta mais quando se é responsável e se quer fazer bem feito. Quando não se é o responsável, é um lugar bem tranquilo para trabalhar. Mas, do contrário, é fóbico.

E por quê? Porque se luta contra duas adversidades: a primeira está relacionada a uma gestão ainda bastante deficiente, pouco estruturada, com muita falta de recursos; a segunda é por ele ser subfinanciado, isto é, por mais que o gestor se envolva e queira fazer um bom trabalho, sempre vão faltar recursos.

É possível fazer muita coisa com o que se tem, mas sempre vai faltar muito. Há, ainda, a pressão da demanda, que é muito grande. Isso é muito complicado, como mostrei na história da dona Maria: 60% das vezes que o serviço de Saúde é procurado é quando se tem alguma dor, seja física ou emocional. Ou seja, a procura pelo serviço de Saúde não é “dentro das caixinhas”, como a Carolina colocou; é quando eu sinto dor e a minha dor às vezes não se encaixa dentro da caixinha, ela não é “encaixável”.

Lembro-me de outra história. Estava fazendo um estudo sobre PSF, e o que vemos no Brasil ainda é assim: há dois tipos de PSF (o terceiro, que seria, em minha opinião, o ideal, ainda não existe totalmente): aquele que só trabalha com ações programáticas e o que só faz pronto atendimento. São poucos os que conseguiram mesclar as duas coisas: fazer o pronto-atendimento e atender, com ações programáticas, ao indivíduo que chega espontaneamente.

Uma vez, avaliando esses PSFs que só realizam ações programáticas, percebemos que existe uma clientela interna que adora o PSF e outra que está fora, odeia o PSF. “Está fora”, ou seja, dentro dos pronto-socorros. Fui a um pronto-

socorro conhecer quem são esses que estão fora. Havia um velhinho para quem eu perguntei: “Onde o senhor mora? Qual é o PSF da sua área? A que distância mora do PSF?”, e ele respondeu: “300 metros, quase em frente”. “E o que o senhor sente?”, perguntei de volta. “Dor, não sei onde”. “Por que o senhor não foi ao PSF?”. Ele me respondeu exatamente assim: “Doutor, porque eu não sou programável”. Levei um susto. Como assim “não sou programável”? Porque o PSF trabalha com “um monte de programa e eu não me encaixei em nenhum; infelizmente eu não tenho asma, infelizmente eu não tenho tuberculose, infelizmente eu não estou ‘grávido’”. E foi listando uma série de “infelizmente”; não tinha nada daquilo para poder entrar no PSF. “O que eu tenho”, concluiu, “eles não têm em nenhum programa para me atender”. Mas quando ele falou “eu não sou programável”, eu levei um choque; afinal, ele de fato não era programável.

“(…) São poucos os que conseguiram mesclar as duas coisas: fazer o pronto-atendimento e atender, com ações programáticas, ao indivíduo que chega espontaneamente.”

Roberto Mardem Soares Farias

Quando se trabalha com essas “caixinhas”, imagina-se que todo mundo cabe em um programa desses. Ou seja, estamos em um PSF de má qualidade.

Como eu estava dizendo, é um espaço extremamente fóbico também para quem chega lá e quer contribuir, quer ajudar etc. Está sendo fóbico para o próprio NASF. Chega-se lá e há a pressão; querem transformar o profissional do NASF em um profissional “multiparalelo”: “Olha a sua agenda, você não vai atender? Como é que é isso? Então, vai deixar tudo para mim?”, “Olha, eu tenho um caso de uma criança com tal problema e eu que tenho que resolver. E você, não ganha para isso?”.

Mais um parêntese: em Sumaré, o profissional que vai para o NASF ganha uma espécie de progressão na carreira. Ir para o NASF é um progresso na carreira; não é qualquer um que vai, existe um processo seletivo para participar do NASF – isso nós definimos assim e queremos fazer mais. Definimos o nosso plano de carreira e o NASF, como se diz, é uma escala nessa progressão.

O candidato deve deter perfil, atribuições, cumprir essas atribuições. Então, ele ganha mais: um psicólogo ou um fisioterapeuta do NASF ganha 16% a mais do que aquele que está no CAPS, na Atenção Básica etc.

Por ele ganhar mais, quem está na rede quer exigir mais dele também. Então, é um pouco assim: “Você não trabalha? Só eu que tenho que trabalhar?”. Há essa falta de

compreensão em relação ao apoio como trabalho, isto é, “ganha mais do que eu e não trabalha? Sua agenda está ali esperando”. Pesa muito para um fisioterapeuta e para um psicólogo, seja por causa das dores crônicas – e então “tem de fazer fisioterapia” –, seja para o psicólogo: “Há um monte de crianças na fila esperando” – falo principalmente de criança, porque o CAPS em Sumaré atende exclusivamente aos adultos; não há atendimento infantil.

Daí, a importância de esses profissionais se apoiarem do ponto de vista “terapêutico” (dar o ombro para o outro chorar), mas também participarem dos processos, do que o outro está fazendo. Então, se sou pediatra e estou lidando com uma determinada Unidade, por exemplo, com crianças obesas, que contribuição o fisioterapeuta ou o psicólogo podem me dar para eu lidar melhor com esse grupo? É disso que eu estava falando: apoiar-se mutuamente, trabalhar muitas vezes em parceria, particularmente nos projetos que envolvam múltiplas variáveis, como é o caso da obesidade. Realmente há sempre um pedacinho em cada variável que exige saberes multidisciplinares – e esse pode ser foco de atenção desses profissionais.

Aí entra o psicólogo no NASF: mas por que o psicólogo? Em primeiro lugar, como já foi dito, por se tratar de Saúde Mental, há muitos distúrbios emocionais na população. Como dizia o Caetano, “de perto ninguém é normal”; então, como é que se lida com esse “anormal” que encontramos o tempo inteiro batendo em nossas portas? Em função disso, segundo alguns estudos, mais de 30% da demanda de uma determinada Unidade de Saúde está relacionada às questões de Saúde Mental. Em segundo lugar, por aquele outro motivo que eu dizia, de como a Saúde Mental pode contribuir com seus conceitos de matriciação, de projetos terapêuticos singulares etc., para a própria constituição de equipes de Saúde da Família. Daí, a importância do profissional de Saúde Mental no NASF, particularmente, do psicólogo. Até por eu ser médico, penso que o médico tem um grande defeito em sua formação: ele não é formado para cuidar, ele é formado para curar, medicar. Certo?

Do meu ponto de vista, isso é um problema, porque, para trabalhar com essa concepção de autonomia que a Carolina estava colocando – da “desmedicalização”, da “não psicologização”, “não psiquiatrização” dos problemas cotidianos –, coloca-se um indivíduo cuja formação é exatamente na outra direção. Creio que isso mais atrapalha do que ajuda.

Nós não queremos, portanto, um “psiquiatra” em nosso NASF. É um espaço da Saúde Mental que estamos deixando nas mãos ou de um terapeuta ocupacional ou de um psicólogo, e não de um psiquiatra. Não é um espaço que abrimos para o psiquiatra, pelo menos não nesse momento. Quem sabe, no futuro.

Sobre o psicólogo, tínhamos dito que ele deve ajudar as equipes a trabalhar com esses grupos que consideramos prioritários, e não com a pessoa cujo cachorrinho mor-

reu e ficou triste. A minha cachorrinha também morreu e eu também fiquei muito triste, mas não entendo que essa clientela seja tão prioritária como os egressos de manicômios, pacientes acompanhados em CAPS, usuários de álcool e drogas, vítimas de violência etc.

Os que estão mais próximos do PSF são aqueles casos menos graves, mas não menos importantes: o deprimido, o políqueixoso, aquela criança que apresenta distúrbio de comportamento, déficit de aprendizagem etc., pessoas que estão ali na nossa porta e ainda sabemos lidar pouco com isso. Eu diria que não é para “psicologizá-los”, e sim “despsicologizá-los”.

Por exemplo, quando se trata de um caso de déficit de aprendizagem, por que eu defendo que deve haver uma interação com esse tema? Porque os próprios professores são os primeiros a dizer que a criança é “maluquinha” e, por isso, ela não aprende. E já mandam para nós com esse “encaminhamento para o psicólogo ou psiquiatra”, ou seja, já vem com o diagnóstico carimbado: “Essa criança precisa de um psicólogo”. E o pediatra malformado também acredita nisso, e isso vira um círculo vicioso. Reforça-se para a mãe que o filho dela é de fato um maluquinho que precisa da ajuda desses profissionais.

Esses temas de baixo, esses que eu estou chamando de “outros”, precisam ser tratados mais pela perspectiva de “desmedicalização” e “despsicologização” do que o contrário. Como, então, tratar dessas questões? Por exemplo, os políqueixosos, como é que o pessoal cuida deles? A dona Maria, que chega ao Centro de Saúde reclamando o tempo inteiro de alguma dor, vai receber, sem dúvida, também um projeto terapêutico.

Partimos do princípio de que o NASF deve contribuir para o cuidado desses casos, é óbvio que o papel principal é o do psicólogo, mas não deve ser somente dele, eu estou destacando o psicólogo pelo o fato de ele estar no campo da Saúde Mental. Acho que isso pode ser lido para qualquer outro profissional que faça parte do NASF.

Como fazer? Como se dá esse cotidiano? Qual é a receita que todo mundo sempre pede: “O que eu vou fazer lá mesmo?”. Se tem uma receita, é o atendimento conjunto (já destaquei isso), é a discussão de casos na reunião da equipe, para a qual deve-se trazer o caso completo: vamos discutir o caso, o que deveria ter sido feito, encaminhar ou não encaminhar. É a supervisão de um caso mais específico, existem casos complexos que exigem mais de uma discussão. Entendo a discussão como algo diferente da supervisão; não sei se se trabalha com esse conceito, de que a discussão é algo mais genérico. Existem casos – e há vários desse na Região Sudoeste, por exemplo, em Campinas – como o da mulher que vivia dentro de uma manilha ou de uma mulher que é comida por um rato no meio do lixo no qual morava. São casos muito difíceis – e trabalhamos com eles – que exigem mais do que uma discussão de caso, como o dessa mulher que mora lá no meio do lixo, que um rato lhe come a perna todos os dias.

A supervisão é o acompanhamento, aquele caso que, de vez em quando, emperra e não se sabe o que fazer: “Olha, estávamos indo bem, mas de repente o projeto parou ali”; isto exige uma reflexão coletiva, para se buscar novas saídas para este caso singular. Há também as capacitações – é um termo mais específico, voltado para um dado tema: “Olha, não sabemos como lidar com o políqueixoso, não sabemos fazer grupo”. Pode ser realizadas capacitações para a equipe de PSF saber lidar com temas iguais a esses.

Qual deve ser a participação em grupos terapêuticos? Está lá o grupo, por exemplo, de políqueixosos. É possível participar junto? Sim, é possível participar junto, no próprio grupo. Assim, participa-se, contribui-se e, depois, é feita a análise de como o grupo procedeu.

Qual deve ser a participação em oficinas terapêuticas, seja em relação aos usuários ou à equipe? O que nós chamamos de oficina? Oficina é o que se tem lá na comunidade, festa, Centro de Convivência e assim por diante. Isto é, não se trata do grupo, mas da oficina mesmo, algo mais concreto, uma ação em conjunto com os usuários. É participar dos projetos terapêuticos singulares, contribuindo com a equipe para compreender as questões da subjetividade em casos mais complexos, mesmo os que não são típicos da Saúde Mental.

Então, vamos tirar as opressões e colocar as facilidades; ajudar o profissional a compreender o que oprime e o que facilita a vida das pessoas, como é que elas vão continuar caminhando. Para isso, não é necessário ser da Saúde Mental; eu mesmo posso contribuir, dar a contribuição da Saúde Mental para outros campos que não são típicos da Saúde Mental. Posso contribuir no planejamento e nas execuções de ações e estratégias. Temos de discutir como eu faço projetos para intervir no território, tanto no sentido positivo quanto negativo; intervir trazendo aquilo que é bom para produzir Saúde, tentando afastar aquilo que é ruim, aquilo que produz doença. Posso contribuir no planejamento e nas execuções de ações e estratégias para a abordagem da questão da violência, o abuso de álcool e outras drogas, a redução de danos aos grupos de risco, a mobilização de recursos comunitários para a reabilitação psicossocial, as oficinas comunitárias, a articulação com o Conselho Tutelar, os Alcoólicos Anônimos, a Pastoral e assim por diante.

Não foi fácil chegar a isso: essa nossa oficina foi a primeira. Quando colocamos no papel, parece que está tudo funcionando às mil maravilhas, não é verdade? Existe uma série de resistências e talvez a mais difícil delas tenha sido aquela que se refere ao fato de as equipes contribuírem para que o indivíduo do NASF não faça o atendimento.

O que facilitou muito o trabalho foi o fato de que trabalhávamos com o Apoio Matricial já há algum tempo e não somente na área da Saúde Mental. O fisioterapeuta, por exemplo, já ia às Unidades. Em contrapartida, há resistência por parte das equipes e por parte do profissional individualmente, mesmo daquele que está no NASF, escolhido e selecionado em função de determinado perfil.

Por exemplo, no campo da Fisioterapia, essa discussão está difícil. Não pretendemos ensinar o outro a ser psicólogo, a ser fisioterapeuta, e sim partilhar conhecimentos. Quanto se aprende na área da Pediatria, por exemplo, de como cuidar de criança? Por que não nos outros campos? Em relação à Fisioterapia, gostaríamos de, por exemplo, trabalhar com os velhinhos acamados, formando os chamados cuidadores informais – pessoas da comunidade possam contribuir, ajudar a fazer fisioterapia, puxando, esticando as pernas do velhinho. “Não, não pode; isso é exclusivo da profissão. Isso caracteriza exercício ilegal da profissão; não pode fazer parte da terapia comunitária de vocês”. Ou seja, trata-se de se libertar desse corporativismo,, sem achar que o outro lhe vai roubar a clientela – porque tem clientela sobrando – e passar um tanto desses conhecimentos para frente.

Mais uma historinha – eu adoro história porque ilustra. Lembro-me de quando eu era pediatra no Centro de Saúde e uma senhora foi me chamar para ver o velhinho dela, que estava na cama e não conseguia andar. “Mas por que a senhora não o traz para o Centro de Saúde?”. E ela: “Porque não tenho como trazer”.

Naquela época, o Centro de Saúde não ia até a casa das pessoas, éramos contratados e dizia-se: “Você não precisa sair do seu consultório”. Então, quantas vezes ouvíamos o paciente falando: “Doutor, dá para ir à minha casa?”, e respondíamos, com a maior convicção, “Não, não dá”. Esse era o nosso contrato: “Se vira, eu cuido direitinho no Centro de Saúde, mas ir até lá, na casa do paciente, não faz parte da minha obrigação”. Mas era preciso cuidar do velhinho; ele estava ruim, mas não dava para trazê-lo. “E o médico clínico, falou com ele?”, perguntei-lhe. “Falou que não vai, que trouxessem ele aqui, que de fato aqui é muito bom, mas...”. E eu: “Mas eu sou pediatra, não tem nada de...”. E ela: “Não, mas vamos lá...”.

Eu fui. Como era “bonzinho” e tinha dificuldade de falar “não”, fui escondido do meu gerente, porque, se ele soubesse, era capaz de me chamar a atenção. Chego lá e vejo um velhinho em uma casa fechada, janela fechada; no lugar, havia só uma lâmpada vermelhinha. Tudo fechado porque ela dizia, literalmente, que se batesse o vento nas costas dele, ele iria piorar – se fosse na frente, não, nas costas é que não podia. São uns conceitos... Não podia bater o vento nas costas.

Eu auscultei aquele velhinho – e olha que cardiologia

é a minha maior dificuldade, mesmo quando se trata de criança –, e aquele coração parecia um pandeiro. “Mas ele precisa de um cardiologista”, eu disse, “ele está muito mal”. “Mas, doutor, ele está perto de morrer; não vou levar a um cardiologista, não tem a menor condição, ele não entra no ônibus, o carro não vem buscar” (não existia SAMU naquela época). Ela disse: “Faça qualquer coisa para melhorar a vida dele, para ele morrer dignamente”. E eu: “A primeira coisa a fazer é abrir essa janela; a segunda é trocar essa lâmpada, colocar uma lâmpada clara. Não tem problema, pode abrir a janela, o vento nas costas não vai fazê-lo piorar. Coloque-o em uma cadeira de rodas, leve-o para sentar lá na frente da casa”.

Falei ainda: “Se ele morrer depois disso, pelo amor de Deus, não me denuncie, eu não entendo nada de velhinhos, não vá falar que o médico esteve aqui, porque eu não entendo nada disso. Estou te ajudando muito mais como leigo do que como profissional de Saúde, esqueça que eu sou um profissional de Saúde”.

Lembro-me que ela mandou fazer uma cadeira de rodas, com um marceneiro que havia perto da casa deles e o colocou em cima. Passou a esticar a perna do velhinho, porque ele estava todo encolhido, fazia tempo que estava naquela cama, encolhidinho – e fedia aquele quarto! Colocou o velhinho sentado. Ele viveu mais alguns anos saindo de cadeira de rodas, ouvindo os passarinhos cantarem, vendo as plantas. Um dia morreu.

Uma vez contei essa história para um fisioterapeuta, que me deu a maior bronca. Como assim, por que eu havia esticado a perna do velhinho? Eu não poderia ter feito isso, porque poderia ter rompido aquilo ou aquilo outro”. São loucuras que eu não consigo compreender. Pensei: “Meu Deus do céu, estou morto; agora só falta o profissional me processar lá no Crefito, porque eu dei uma de fisioterapeuta e coloquei o velhinho sentado na cadeira de rodas”. Só para ilustrar o quanto podemos ser egoístas ao não partilhar um conhecimento achando que é algo somente nosso e que não devemos repartir com o outro, com os agentes, como faz o cuidador informal.

Coloco o outro lado da moeda: há resistência por parte das equipes, mas há também no nosso caso, e é muito comum entre os fisioterapeutas não partilharem o conhecimento com outro. Talvez isso seja algo bem marcante no nosso processo de trabalho.

saúde mental na atenção básica – experiência do município de embu

Kátia de Paiva

Psicóloga, coordena a Saúde Mental de Embu das Artes

Vocês conhecem Embu das Artes? Gostaria de falar um pouco do Embu, além da feirinha de artes e do centro histórico. A cidade é conhecida internacionalmente por sua feira de artesanatos, na qual, inclusive, a Saúde Mental tem uma barraca voltada ao trabalho de geração de renda. Na verdade, essa não é a realidade de Embu, é só uma parte dela.

Setenta por cento da população do Embu vive em aglomerados urbanos em situação de alta vulnerabilidade social. É verdade que houve uma mudança bastante importante no município nos últimos dez anos, mas não o suficiente para transformar essa realidade. Nós fazemos limite com os municípios de Taboão da Serra, Cotia, Itapeverica da Serra e com São Paulo, na altura dos bairros Jardim Ângela e Capão Redondo.

A cidade de Embu está a 27 km do centro de São Paulo, dentro de uma reserva ecológica, com grande área protegida em razão dos mananciais, ou seja, um lugar limitado quanto à possibilidade de crescimento econômico e instalação de indústrias. Os principais setores de produção são o comércio e a prestação de serviços, além das atividades relacionadas à feira de artesanato. Há, ainda, alguns hortifrutigranjeiros e produtores de flores, pois, apesar de o município ter um território 100% urbano, há um território com características rurais na cidade, onde, inclusive, a Saúde da Família está presente.

Seu território apresenta muitos contrastes. É definida como uma cidade dormitório. Portanto, as pessoas vão trabalhar e consumir em São Paulo. Durante o dia, onde estão as pessoas? Suas famílias? Como trabalhar essas questões?

Essa população de 250 mil habitantes caracteriza Embu como uma cidade de médio porte: não é pequena, mas está longe de ser grande. Estamos tão perto de São Paulo e temos uma realidade tão diferente!

A Rede de Saúde é composta por dois pronto-socorros com atendimento de emergência psiquiátrica; uma maternidade pequena, que foi uma reivindicação da população, que desejava o nascimento de embuenses; um centro de especialidades (com atendimento em Saúde Mental para os transtornos infantojuvenis graves); uma Unidade de Saúde do trabalhador; dois CAPS, um de adulto e um de Álcool e Drogas; um Centro de Convivência; um Centro de Especialidades Odontológicas e um Centro de Controle de Zoonoses, que fica localizado na área mais rural do município.

A partir de 2001, começamos a falar no município em Sistema Único de Saúde (SUS) e Saúde Mental na Atenção Básica, seguindo a proposta da reforma psiquiátrica. Os profissionais não sabiam o que era o SUS e nem o papel da Saúde Mental na Atenção Básica.

Nesse cenário, fui chamada para coordenar a Saúde Mental. Foi necessário elaborar propostas e enfrentar o desafio de implantar uma política municipal, capacitando os profissionais da Rede e abrindo espaço para as discussões sobre a inserção da Saúde Mental na Secretaria de Saúde.

Isso já foi algo bastante desbravador, muito difícil. Não havia nenhuma diretriz, nenhuma política. Discutíamos isso com todo mundo dentro da Secretaria e com pessoas que faziam parte dos Conselhos Gestores, que só foram compostos, de fato, posteriormente. Mas como era essa discussão em conjunto com essa comunidade? Eram discussões muito difíceis.

A proposta era oferecer acesso à população que necessita de cuidados relativos à Saúde Mental de forma integral, utilizando os recursos de Saúde já existentes na Rede. Havia a resistência dos prontos-socorros em oferecer atendimento às emergências psiquiátricas, assim como uma dificuldade importante no atendimento aos usuários da

Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde e sede da Secretaria. As pessoas não sabiam qual era o papel do CAPS, nem compreendiam sua especificidade; achavam que era um serviço ocioso pela ausência de filas de espera e questionavam a necessidade de materiais para culinária e oficinas, pães para o café da manhã dos usuários etc.

Contávamos, naquele momento, com um Comitê Regional de Saúde Mental para discutir exatamente as diretrizes e o planejamento. Era uma região composta por 15 municípios que, atualmente, foi dividida em dois colegiados de gestão regionais denominados: Região dos Mananciais e Rota dos Bandeirantes, que fazem divisa com a Região Sudeste e Região Oeste da cidade de São Paulo.

Começamos a discutir quais eram exatamente as diretrizes, de qual conceito de Saúde falávamos, que Saúde queríamos e como é que iríamos implantá-la. No princípio, era um movimento de cinco pessoas. Atualmente, nos últimos fóruns, já há mais de 300 pessoas, entre gestores e trabalhadores, para discutir, em toda essa região, qual seria a cara da Saúde e da Saúde Mental. Esse movimento colaborou para a sensibilização dos gestores municipais com relação à Saúde Mental.

Em Embu, a Rede de Saúde estava totalmente desarticulada. Não havia a Estratégia da Saúde da Família e, em 2001, apenas sete Unidades Básicas. Dessas sete Unidades Básicas, duas contavam com Saúde Mental: uma com três psicólogos e a outra com um psiquiatra e um psicólogo. Foi necessário descentralizar os três psicólogos, alocando-os em outras Unidades Básicas para ampliar e facilitar o acesso da população.

Porém, a implantação dos serviços de Saúde Mental nas Unidades ainda era considerado algo que poderia trazer problemas para a Unidade, pois, segundo os trabalhadores e gerentes das Unidades, esses usuários são difíceis, esquisitos, não compreendem as orientações e ainda podem ficar agressivos. Eles eram tratados de forma diferente, sendo encaminhados diretamente para a sala dos profissionais, de forma que não incomodassem a rotina da Unidade. Era nas discussões sobre a loucura com os gerentes e trabalhadores que tentávamos garantir a inclusão dos trabalhadores da Saúde Mental e dos usuários nas Unidades de Saúde.

A outra questão é a demanda e o acesso da população ao serviço de acordo com o perfil do profissional, e não das suas necessidades, ou do perfil epidemiológico daquele território.

O município de Embu já foi considerado mais violento em 2001. Foi a 26ª cidade mais violenta do Brasil. Havia muitos homicídios. O que isso implicava para essa população? Agravantes psicossociais muito importantes. Qual seria a proposta da Saúde para essa situação?

O que se encontrava no perfil de atendimento da Psicologia, do Serviço Social, da Fonoaudiologia? Percebíamos que os atendimentos aconteciam de acordo com o perfil do profissional; por exemplo, aquele mais voltado para a demanda infantil ou aquele que só atendia adulto e assim por diante.

Para uma criança agendar uma consulta na Psicologia, levava dois anos; para um adulto, cinco anos. Tivemos de discutir muito, correr atrás de um prejuízo muito sério, em meio a condições de trabalho também muito precárias.

Existe uma questão salarial muito importante para se discutir também, pois ganhamos muito mal. Na época, havia ainda uma questão relacionada ao local de atendimento nas Unidades de Saúde: se o médico precisava usar a sala, o profissional da Saúde Mental deveria desocupá-la.

Com relação à capacitação da equipe e dos gestores, chamamos pessoas de fora para falar. Começamos a discutir conceitos do SUS, da reforma psiquiátrica, promoção da Saúde etc., e creio que houve progressos e conseguimos construir uma política por causa dessa reflexão.

A população foi incluída nessas discussões para formarmos os Conselhos Gestores. Foram meses de conversa discutindo o que queríamos naquele município, quais eram as necessidades. E tentando ouvir quando falavam: “Eu quero mais médico, eu quero a receita”. Tentamos entender o pedido, que demanda é essa. Porque, se eu me basear somente nessas queixas, começarei a colocar pronto-atendimento nas Unidades, e sabemos o que vai acabar acontecendo: não pensaremos mais em prevenção e promoção da Saúde. E, novamente, estaríamos falando de um conceito de Saúde com base em uma outra lógica, a da doença.

“(...) Para uma criança agendar uma consulta na Psicologia, levava dois anos; para um adulto, cinco anos.”

Kátia de Paiva

Havia realidades tão opostas, desde a das áreas rurais até a das áreas totalmente carentes e excluídas, onde só conseguíamos entrar se fôssemos identificados como funcionários da Saúde, com carros oficiais, jalecos, crachás, porque havia uma linha demarcada pela comunidade que não podia ser ultrapassada.

Foi importante conhecer e ver o que havia lá, principalmente as questões da Saúde Mental, porque acredito que somos quem mais trabalhamos intersetorialmente.

Conversei com outros secretários da Prefeitura. Por ser uma cidade turística, é necessário buscar diálogo com o secretário de Turismo e dizer: “Olha, precisamos entrar na feira de artesanato, como é que se faz?”. Do mesmo modo, procuramos conversar com a secretária da Educação, com o secretário da Cidadania e tentar compor uma rede.

E essa era a discussão. Nós somos uma equipe e de que forma vamos intervir nesse território que já estava nos demandando uma série de questões – principalmente com relação à violência? Levam-se quatro horas discutindo um caso,

mas é por meio dessas reflexões que estamos conseguindo ter um mínimo de resolutividade e atuação intersecretarial.

É bom ter parceiros, é bom conhecer essas outras pessoas. Foi o caso de quando começamos a contar com supervisão. É interessante podermos pensar um pouco na clínica e na política, porque são indissociáveis. Não se pode dizer: “Não, a minha clínica é uma, a minha política é outra”, porque, caso contrário, perdemos força e condições para qualificarmos o trabalho.

Ainda enfrentamos a preferência dos profissionais que é a de fazer atendimentos individualizados, em vez dos grupos. A prioridade na Atenção Básica é a realização de grupos terapêuticos e as atividades educativas, tanto na Unidade quanto na comunidade. A opção pela clínica individual é incentivada no momento da formação dos profissionais. Para reverter isso, foi necessário que as pessoas saíssem de suas Unidades e discutissem mais os problemas de Saúde no território. Isso tem feito uma diferença muito grande.

Começamos a discutir também o papel do CAPS. Vimos de um ambulatório de Saúde Mental que atendia oito municípios. Era muito mais que um hospital psiquiátrico; fazíamos de tudo: atendimentos ambulatoriais na Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Assistência Social, grupos de alcoolismo, consultas psiquiátricas – uma variedade de atendimentos sem a integração da equipe, pois não sabíamos outra forma de atender a essa demanda.

Estavam fechando os hospitais: a Clínica Maia, o Hospital Anhembi, a Clínica de Repouso Mailasqui. As pessoas estavam saindo dos hospitais e o que podíamos fazer? Criamos os atendimentos intensivos aos pacientes com transtornos mentais severos, que era chamado de Programa de Intensidade Máxima – PIM, mudando nossa forma de agir. O problema é que, mesmo com uma nova forma de atender, priorizando a realização de grupos e oficinas com os pacientes que passavam o dia na instituição, esse era um lugar onde a doença mental ficava centralizada, desde o momento da crise até a continuidade dos atendimentos ambulatoriais. Com a implantação dos CAPS, a partir da publicação da Portaria 336, em 2002, seu papel ficou mais definido, porém, precisamos tomar cuidado para que o CAPS não se torne um lugar altamente especializado que atenda só a um determinado tipo de transtorno, sem considerar a diversidade de combinações de diagnóstico e as condições sociais envolvidas na reabilitação dos usuários.

“(...) A prioridade na Atenção Básica é a realização de grupos terapêuticos e as atividades educativas, tanto na Unidade quanto na comunidade.”

Kátia de Paiva

Por isso, é importante ter a Atenção Básica funcionando de fato, para que possa dar continência aos casos menos graves e evitar que as pessoas voltem a adoecer, ter uma rede competente que mantenha o diálogo necessário na condução dos casos e não reduza a clínica a encaminhamentos burocratizados e não resolutivos.

Espero que o NASF venha a fazer uma diferença imensa. O apoio matricial que oferecerá às equipes de Saúde da Família será complementar ao já realizado pela equipe do CAPS – um pode fortalecer o outro. O NASF chegou para ser um potencializador da Saúde Mental na Atenção Básica.

Creio ser muito importante o trabalho da Atenção Básica nesse momento, porque é o que está em maior contato com usuários e com sua família. Por atuar em um determinado território, permite que as pessoas e suas situações de vida sejam conhecidas. Como sempre, há os Loucos da Praça, as Marias e os Josés, que, no momento da crise, buscam suas referências em atendimento, mas muitas vezes são vistos como incômodo pelas Unidades de Saúde. Escutamos: “Olha, a Maria está de novo incomodando”. E esse incômodo é uma ótima oportunidade para uma discussão com a equipe, para se refletir e avaliar o que está acontecendo, para se pensar junto.

O importante é que a atuação também deixa de ser apenas da Saúde. Recebemos o apoio de outras Secretarias, que passaram a pensar de que forma podem olhar também para essa família. A Pastoral, por exemplo, começou a ser uma parceira muito importante, pelo menos para a área infantil. Esse é o diferencial do atendimento na Atenção Básica.

Conto com pouca gente para pensar nisso, pois a equipe de Saúde Mental é reduzida, mas diria que hoje está muito maior. Já se pensa de outra forma e as pessoas começam a se articular de outro jeito. Essa é a diferença, pelo menos em nossa região.

Não posso deixar de citar o Centro de Convivência, que foi um grande articulador da Rede de Saúde Mental. Se é para falar em promoção de Saúde ou em um local que pode ser um grande aglutinador, que pode organizar conversas, principalmente nessa Rede, cito o Centro de Convivência. Ele está instalado no parque da cidade. Quando fomos falar com a secretária do Meio Ambiente para implantarmos o Centro de Convivência lá, ela respondeu: “Não, eu não quero louco aqui no parque; vai assustar as pessoas”. A minha conversa com a secretária, por incrível que pareça, foi esta: “Olha, eles já estão aqui; então, se eu fosse você, preferiria ter-nos aqui perto”, e, assim, ela aceitou. Fomos instalados em uma salinha. Agora nós crescemos muito, porque atualmente nos cederam um espaço muito maior. Imaginavam que os usuários chegariam lá quebrando tudo e perceberam que não é esta a realidade da Saúde Mental. Na verdade, o pessoal do parque passou a conversar conosco e a fazer propostas de atuação conjunta, como as caminhadas do Projeto Trilha a Pé. E, assim, montamos os grupos, com quem era louco e com quem não era.

Apontamos, sim, para a implantação do NASF no município, que pode significar uma Unidade potencializadora para a discussão dos casos nos territórios e a elaboração dos projetos terapêuticos junto com as equipes de Saúde da Família, ou, se não tomarmos cuidado, um retrocesso para um ambulatório de Saúde Mental, ofertando atendimentos especializados. Tudo dependerá da concepção que vamos dar a ele. Promover essas discussões é o que temos tentado fazer. Digo isso em relação a toda uma equipe de Saúde, não somente a de Saúde Mental – apesar de achar que a Psicologia foi um grande diferencial, uma vez que, quando se fala em subjetividade, questionamentos, a Psicologia faz, sim, diferença principalmente quando se começa a falar não mais em tratar, mas em cuidar; quando se começa a falar em rede, em intersetorialidade, em projetos singulares. É assim que temos feito.

“(…) O NASF chegou para ser um potencializador da Saúde Mental na Atenção Básica.”

Kátia de Paiva

Quanto à intersetorialidade, por exemplo, começamos a atuar junto com a Vara da Infância e com o Conselho Tutelar – antes, era absolutamente impossível chegar perto desses órgãos.. Acontece o mesmo com a Educação, porque as crianças já vêm com diagnóstico fechado. Conseguir conversar de outra forma foi o diferencial. Espero que o NASF seja o potencializador de tudo isso que já está sendo feito e que faça a diferença.

educação permanente em saúde: uma estratégia de formação dos trabalhadores do sus

Flávia Carotta

Fonoaudióloga, atua na Secretaria de Saúde de Embu das Artes com a Educação Permanente

Pensei em falar um pouco sobre a Fonoaudiologia dentro da Saúde Mental, antes de iniciar a conversa sobre a Educação Permanente em Saúde. No Embu, a Fonoaudiologia está inserida na área de Saúde Mental, e considero importante esta condição, porque, em muitos lugares, ainda vemos os departamentos de Fonoaudiologia funcionando isoladamente. Em Embu, temos ainda um programa de integração docente assistencial em parceria com a UNIFESP, em que a Fonoaudiologia também está presente e se reúne periodicamente com a Saúde Mental.

Quando fazemos parte da Saúde Mental, ampliamos nossa visão: ganhamos outro olhar, incluindo a subjetividade, que só acrescenta dentro da nossa prática, assim como podemos contribuir através de nosso campo de atuação que é a comunicação.

Na Secretaria de Saúde, atualmente, tenho trabalhado com a questão da Educação Permanente, que é uma ferramenta de gestão importante para conseguirmos transformar as práticas dos serviços, por meio da reflexão dos processos de trabalho e das relações.

A Educação Permanente é também uma política proposta pelo Ministério da Saúde, nos mesmos moldes das demais, implantada de cima para baixo, fazendo com que os municípios e os Estados corram atrás de se apropriar desse novo conhecimento e de implantá-lo. Existe um período de adaptação aos novos conceitos e à tecnologia, um período de transição, no qual ainda não conseguimos concretizar as ações de acordo com a proposta, mas vamos aproximando-nos delas sucessivamente.

Um fator muito importante, que o Ministério da Saúde utiliza como forma de pressão para a implantação de suas políticas, é o financiamento. Neste caso, não se trata de um financiamento que vai diretamente para o município; como é o caso do NASF, no qual o município recebe R\$

20 mil para implantar suas equipes. O recurso é regional. O financiamento vem para as ações de formação e capacitação dos profissionais, mas prevê uma mudança muito importante na forma como vamos realizar esses processos com os profissionais.

A Educação Permanente é algo muito amplo. Quando entrei nessa história, achava que “Educação Permanente” era um nome bonito para Educação Continuada e que nós estávamos somente mudando o nome, a terminologia. Mas conforme nos aprofundávamos neste conceito, percebemos que se tratava de algo muito mais amplo mesmo.

Um aspecto importante na implantação desta política pelo Ministério foi a capacitação de pessoas para se tornarem facilitadores de Educação Permanente em Saúde, por meio de parcerias com instituições de ensino que prepararam um material de alta qualidade para aplicação prática nos serviços de Saúde. A instituição parceira da Região Sudeste do Brasil foi a Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP.

A Grande São Paulo, nossa região, também tem tradição na implantação desta política e vem trabalhando de forma a acionar os recursos do Ministério, estimulando metodologias mais participativas nas capacitações, respeitando as necessidades locais de formação, com a contribuição dos trabalhadores em sua formulação, quebrando um pouco a lógica de balcão de oferta de capacitações das universidades, distantes da realidade do serviço público. Por isso, acredito que a Educação Permanente seja importante; é uma ferramenta para promover mudanças no modelo de formação do SUS, assim como na organização dos seus serviços.

Uma das finalidades da Educação Permanente é impulsionar a integralidade, favorecendo a articulação entre a Educação e os trabalhadores, e ampliando a capacidade resolutiva dos serviços, além de trabalhar com Educação Popular, para pensarmos em quais são as necessidades do usuário.

Quando se fala em articulação entre educação e os trabalhadores, uma das premissas é a da interdisciplinaridade; ou seja, não se pensar a capacitação somente em termos de categoria profissional. Pode-se realizar esse diálogo com os diversos profissionais de Saúde que trabalham no serviço, agregando aprendizado à reflexão crítica sobre o trabalho.

Pensar em promover essa mudança significa pensar em como gerá-la, quem são os atores envolvidos. Existem desde as demandas dos próprios usuários até as demandas dos trabalhadores, uns mais compromissados, outros menos.

Precisamos pensar que o profissional que ingressa no serviço, recém-formado ou não, acompanhou alguma disciplina dentro da universidade que tratava de Saúde Pública. Porém, de que forma esta disciplina foi incorporada, tanto pela universidade quanto pelo aluno? Sua formação ofereceu condições para ele gerenciar o trabalho de forma a ter uma visão ampliada da questão da Saúde, e não da doença? Ainda contamos com uma formação voltada para a clínica, para as patologias, para a cura; há um olhar de fato muito biologista.

“(...) “Uma das finalidades da Educação Permanente é impulsionar a integralidade, favorecendo a articulação entre a Educação e os trabalhadores, e ampliando a capacidade resolutiva dos serviços, além de trabalhar com Educação popular, para pensarmos em quais são as necessidades do usuário.”

Flávia Carrota

É importante que, na mudança da grade curricular das universidades, as disciplinas voltadas para a Saúde Pública ofereçam condições aos alunos de compreenderem a complexidade dos processos de saúde e doença e a organização dos serviços de Saúde, de forma que aprendam a planejar suas ações. Para quem chega à Unidade de Saúde, não é fácil pensar em tudo isso. É preciso pensar no território, pensar em como devem ser seus procedimentos, na prioridade para as ações de promoção da Saúde: se o atendimento será individual, grupal etc. Ou seja, de que forma esse profissional irá gerenciar seu próprio trabalho? É necessário que se reflita sobre essas questões no próprio serviço e, para isso, é preciso estar dentro de uma Unidade que ofereça também esta oportunidade. Como podemos, com o nosso saber, contribuir com a equipe e participar das atividades e programas oferta-

dos pelo serviço? Portanto, refletir sobre seu próprio trabalho é possibilitar a formação em serviço dos trabalhadores, de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar.

Às vezes, pensar em um processo de formação acaba acontecendo em função da necessidade do gestor. São necessidades voltadas para a implantação de protocolos ou para a realização de determinados procedimentos; por exemplo, a aplicação de alguma vacina ou o atendimento às pessoas em situação de violência etc.

As necessidades do gestor costumam ter prioridade sobre as demandas dos trabalhadores. Porém, podemos trabalhar em cima dessas demandas do gestor de forma a contemplar também as necessidades do trabalhador, a partir de conversas com a equipe para saber quais são as dificuldades práticas que impedem a resolução dessa situação.

Outro método de operar está na própria base, no próprio serviço, isto é, discutir e refletir sobre o trabalho sem pensar segundo a lógica de “eu preciso dessa capacitação para solucionar o problema”. Deve-se pensar no problema e saber quais são as estratégias para enfrentá-lo e resolvê-lo. A própria discussão, a reflexão em si, já é um processo de Educação, porque, na hora em que se senta com outros profissionais para discutir, colocam-se ideias e absorvem-se as da equipe inteira. Já é um processo de crescimento.

Possibilita-se, assim, a democratização da organização da gestão e do cuidado em Saúde, porque, quando se pensa em um problema, em como solucioná-lo, pensa-se também no processo de trabalho; ou seja, em como ele está organizado e quais são as mudanças necessárias no fluxo de serviço, qual o papel de cada um. Isto é, começa-se a pensar nessa lógica de trabalho visando ao resultado final, o que significa, nesse momento de conversa em que se põe tudo na roda para discutir, dar uma atenção mais qualificada para aquele usuário que está procurando o seu serviço, promovendo a produção e a sistematização de conhecimento. Como produzimos, há um produto final dessa discussão: o que foi levantado, quais foram os pontos negativos e positivos, o que podemos fazer?

Em relação à Academia e ao serviço, parece que é realmente difícil parar, pensar, sistematizar o trabalho, olhar para aquela população com um olhar mais crítico e definir qual é o perfil dessa demanda. E qual o perfil da população que não consegue procurá-lo, porque nem consegue sair de casa? Na Saúde Mental, isso é muito comum: não fazemos ideia de quantos estão em casa, porque não têm condição de sair, de ter transporte – não têm sequer essa oportunidade.

Um dos principais fundamentos que regem a Educação Permanente é a problematização. Isso para um psicólogo é fácil, porque é por meio da palavra e da conversa que trabalhamos o problema. É questão de esmiuçar o problema para saber exatamente o que está relacionado a ele; envolve a aprendizagem significativa. Não podemos partir da ideia de que o trabalhador não tem nenhuma bagagem, nenhum conhecimento sobre aquele assunto que está sen-

do discutido na capacitação. Cada um de nós está cheio de conteúdo, desde a moral e a ética até o próprio conhecimento acadêmico. Isso não pode ser desconsiderado ao se oferecer qualquer atividade de formação para essa pessoa.

Toda bagagem deve ser considerada ao se pensar no que se discute, produz, e de que forma isso é feito. É algo que deve fazer sentido para a pessoa, pois não adianta falar de coisas que não se relacionam diretamente com o que ela está executando no trabalho, no dia a dia. Daí, o método das rodas de discussão, para todos poderem se olhar.

Em relação à verticalidade, nossa proposta é de fato horizontal; isto é, todos os saberes devem estar ali de forma a não haver um maior que o outro, colocando o médico para conversar com o psicólogo, a fonoaudióloga, os auxiliares, o gerente, os usuários etc. – todos com o mesmo poder de fala. Todos os participantes podem exercer esse protagonismo, essa produção: tornarem-se responsáveis e compromissados com o trabalho. Na hora em que discutimos um problema e cada um entende qual é a sua parte, o que lhe cabe naquilo, é possível olhar para o problema de outra forma.

Ainda falando sobre a questão do compromisso, acho que o Roberto Mardem usou o termo “voluntariado” para descrever a relação com o compromisso que as pessoas adotam. Há profissionais que têm maior ou menor compromisso com o trabalho e se responsabilizam mais ou menos pela demanda e com o que se vai oferecer. Quanto mais conseguirmos fazer essas rodas, promovendo tais discussões, mais a gente consegue dar responsabilidade às pessoas.

Um desafio para a política de Educação Permanente é efetivá-la como um processo de cogestão. Dar voz aos trabalhadores e usuários na proposta de soluções para os problemas locais de Saúde implica compartilhar o poder de decisão do gestor.

Pela minha experiência, posso afirmar que a cogestão funciona muito bem quando é aceita pelo gestor ou pelo gerente dos serviços. Acredito que esta experiência é mais difícil no Nível Central. Por exemplo, nós mesmos na Secretaria não conseguimos fazer grandes transformações, pelo grau de responsabilidade ou de movimento que há dentro da sede da Secretaria. Porém, nas Unidades de Saúde, percebemos que, se os atores estão comprometidos, se o gerente daquela Unidade assume um compromisso e os trabalhadores se imbuem disso também, é possível resolver os problemas da Unidade, fazendo com que aquela experiência seja bem-sucedida.

Ainda estamos construindo essa política e há, de fato, muitos altos e baixos, dependendo da situação de governo, de qual é a diretriz da prefeitura ou do estado, enfim: há sempre muitas variáveis. De qualquer forma, acredito que se trata de uma ferramenta que potencializa a gestão do SUS.

Outra coisa que considero muito importante é a questão de haver consenso nas discussões, pois nem sempre as soluções são consensuais, mas há inclusão dos diferentes conhecimentos para se construir um novo processo, dando voz às instituições formadoras, aos trabalhadores, ao Movimento Estudantil e ao Movimento Popular.

É um grande desafio fazer a junção da universidade com o serviço, porque, de fato, sempre há a questão do poder maior da instituição formadora, com todo o seu conhecimento, e o que ela pode oferecer de verdade para o serviço: se aquilo se relaciona ou não com a realidade ou a necessidade do trabalho.

“(...) nem sempre as soluções são consensuais, mas há inclusão dos diferentes conhecimentos para se construir um novo processo, dando voz às instituições formadoras, aos trabalhadores, ao Movimento Estudantil e ao Movimento Popular.”

Flávia Carrota

Acredito que os profissionais da Saúde Mental têm facilidade para desenvolver esses movimentos dentro das Unidades, porque sempre buscam a conversa, o diálogo e desenvolvem habilidades no manejo de grupo, de como reunir as pessoas. Não é uma tarefa fácil agrupar pessoas tão diferentes para conversar sobre a diversidade de processos de trabalho que a Saúde envolve.

Na implantação do NASF, a reflexão sobre o diagnóstico local de Saúde, o papel das equipes de referência, do apoio matricial, da construção dos projetos terapêuticos, com todos os integrantes da equipe, pode potencializar a estratégia de forma a ampliar a compreensão de Saúde dos envolvidos e atender às necessidades da comunidade dentro de seu território.

As reuniões que acontecem na Saúde Mental, das quais a Kátia de Paiva estava falando, também têm um caráter de formação para a equipe. Há diversas reuniões nas quais se discute a forma de operar a política de Saúde Mental do município, constituindo-as, sim, em momentos de aprendizagem.

Como havia falado no início da apresentação, a Educação Permanente é um campo amplo de atuação ainda em construção.

saúde mental no programa de saúde da família

Maria Luíza Santa Cruz

Psicóloga, trabalha na área de Saúde Mental do PSF da Zona Norte do município de São Paulo

Lembro-me que, até pouco tempo, a Saúde não estava municipalizada em São Paulo; então, que Jatene encontrou, como presidente da Fundação Zerbini, uma brecha para realizar o desafio da territorialização em uma grande cidade como São Paulo. Desde então, a gente vem resistindo. Se não tivéssemos produzido coisas interessantes no território, não teríamos sobrevivido tanto tempo assim.

Com todas as tentativas de acabar com o jeito tradicional de trabalhar a Saúde, parece que algo de bom está acontecendo. Sou testemunha disso, porque mudou e muito a minha vida. Também assisti a mudanças na vida de muitas pessoas. Vou contar um pouquinho da minha experiência e da experiência de um território, de um pedacinho de São Paulo.

Aqui eu conto como foi a implantação do processo. O David Capistrano chamou o pessoal para realizar um desafio na área de Saúde Mental e o Lancetti, que foi nosso coordenador, montou duas equipes de Saúde Mental. Quais seriam as nossas tarefas? Compor as equipes nucleares da Saúde da Família e fazer atendimento conjunto, atendimento conjunto no domicílio. Até achei interessante o Roberto Mardem comentar o fato de não haver psiquiatra, porque era proposital não contratar psiquiatra aqui também. Estaríamos, além dos atendimentos, procurando produzir agenciamentos com os recursos da comunidade.



Figura 1 – Região Norte do município de São Paulo

Só para se ter uma ideia, estamos inseridos lá em cima, naquele pedacinho da Zona Norte (Figura 1). Somos uma

equipe volante de Saúde Mental. Há duas equipes de Saúde Mental; a outra equipe era no Sudeste e já está com outra configuração. São Brasilândia e Cachoeirinha, cinco triângulos representando a Unidade Básica de Saúde. Somos volantes nas cinco.

Até 2005, eram 22 Equipes de Saúde da Família. Depois tivemos de redistribuir o território entre as Unidades e, agora, somos 28 equipes de Saúde da Família, mas a nossa quantidade de profissionais continua a mesma.

Usávamos, como se usa até hoje, a reunião com a equipe nuclear como ferramenta fundamental para o trabalho da equipe de referência. A equipe de matriciamento provoca a construção dos projetos terapêuticos singulares, os Projetos Terapêuticos Pedagógicos, como o Lancetti os chamava na época da implantação. Na verdade, abrangemos uma população muito complexa e entramos para as equipes para atender prioritariamente os casos mais graves.

Como projeto-piloto, teríamos condição garantida de trabalhar apenas três meses para experimentar o projeto e, depois, se desse certo, daríamos continuidade. Estamos lá há 10 anos.

Deveríamos cuidar dos casos mais graves: drogadição, suicídio, psicose e violência. Entrávamos nos domicílios com a ajuda do agente comunitário e, sem combinar horário com a família, chegávamos de surpresa e reuníamos todos os que ali estivessem.

Não nos responsabilizamos sozinhos, nem a Equipe de Saúde da Família, nem a Saúde Mental, mas vamos tentar uma responsabilização em conjunto também com as outras instituições que atendem às mesmas pessoas, sejam escola, Vara da Infância, Conselho Tutelar etc.

Quais os conceitos que fomos construindo no decorrer desse trabalho e a partir dos quais passamos a trabalhar? Não é muito diferente daquilo que a Carolina, o Roberto, todos contaram aqui, mas eu vou aproveitar e contar o que fomos encontrando no território também.

Entendemos que o paciente, antes de qualquer quadro patológico, é um cidadão. Ele é uma pessoa, tem um nome, um endereço, uma história, uma família, uma origem, coisas a resgatar, a mostrar. Quando tentamos conversar

a respeito disso com as famílias, entendemos que não é porque o paciente em questão está apresentando isto ou aquilo que o restante do grupo não é também paciente. O paciente é a família, não é apenas o psicótico ou aquele que está solicitando um atendimento, uma atenção. O que entendemos por família? É todo e qualquer grupo que habite o mesmo espaço.

Eu estava aqui lembrando que houve duas situações muito curiosas, que encontramos no território, de duas famílias diferentes. Uma era a história de que morava dentro da casa um cavalo junto com a família. O cavalo tinha um quarto, tinha um espaço lá e o pai cuidava melhor do cavalo do que dos filhos. À noite, ele acordava, ia ver se o cavalo estava passando frio, se estava com fome, se precisava de água.

Também me lembrei de outra família muito “maluqueta”. Todos ali bebiam, bebiam muito, mas muito mesmo. O pai da família era um motorista aposentado, com muitos anos de aposentadoria. Ele dormia com um facão embaixo do travesseiro, porque era paranoico por conta do álcool; vivia ameaçando todo mundo – era uma violência sem fim.

A casa era própria – um sobrado de dois andares em ruínas. A casa em ruínas começou a cair, ruir mesmo, desabar. Mas, como eles precisavam de dinheiro, encontraram um jeito de alugar a parte de baixo da casa e moravam na parte de cima. Só que, na parte de baixo, quem estava ali não estava pagando aluguel, porque o marido tinha sido preso e ficara a mulher e as crianças; não podiam ser despejados. Mas ele queria dar um jeito de a mulher ir embora com os filhos. O que ele fez? Como era no sopé do morro e o encanamento do prédio que ficava lá em cima caía por ali, ele furou o esgoto e deixou o esgoto todo cair dentro da casa da mulher. Então, chegávamos pisando nas coisas mais estranhas possíveis – um cheiro horroroso para subir até a casa do homem. Chegando na casa dele, não tinha nada, era tudo muito precário, tudo rasgado, tudo estragado. Havia o pai, a mãe, a outra filha, com dois filhos pequenos, um de sete anos e o outro de dois anos de idade, e foi por causa dela que fomos. Tinha um cachorrinho que ficava sassaricando por lá e ela disse: “Ah, encontrei esse”. Quando você ia ver, ela tinha guardado o cachorro dentro da geladeira – geladeira vazia, não havia nada dentro da geladeira, mas estava ligada. Tinha ainda uma ratazana na casa, que eu não vi felizmente, mas a agente comunitária contava que era um bicho de estimação da dona da casa, que colocava no ombro e andava com ela.

No dia em que estávamos na casa conversando com a sobrinha de 15 anos, sentada no chão, arrumando as coisinhas dela, a minha parceira sentada na cama de casal onde o homem guardava o facão, sentada bem perto da parede e eu sentada mais para lá... a agente comunitária chamou minha colega: “Fátima, Fátima”. “Calma, Ester, ela está falando, estou ouvindo o que ela está dizendo”. A ratazana estava ali no pé da Fátima. Ainda bem que ela não viu, porque sei lá o que iria acontecer. Enfim, são essas coisas que encontramos, e

isto, para nós, é uma família. Quais as relações que eles estabelecem? É isso que fomos lá tentar entender.

Trabalhamos com o conceito de que família é sempre estruturada; porque se vai chamar isso de desestruturada? Não, tem uma estrutura lá que a mantém firme, coesa, forte. Ela não tem a mesma estrutura que a família que eu conheço, que está na minha cabeça, mas existe lá e quanto mais forte é a estrutura, mais difícil de a gente penetrar, mais difícil compreender e até intervir.

A produção de agenciamento, que conecte as pessoas, a capacitação e a invenção devem fazer parte do método. Não saímos da faculdade com tudo isso pronto; vamos ter de criar, porque são situações inusitadas. O David percebeu nesse momento que, além dos PSFs das equipes, tinha de haver um Ambulatório de Especialidades.

Então, ele colocou lá especialistas de Medicina. A Psiquiatria não é especialidade, a Psicologia não é especialidade, mas o são a Cardiologia, Ginecologia, Pneumologia etc., para dar suporte para as Equipes de Saúde da Família. Que suporte seria esse? Eu acho que essa é uma discussão interessante. O ambulatório entraria nas consultas, nas quais o médico de família ou a equipe teriam um olhar mais especializado, mas apenas em algumas consultas, não em todas.

Havia um gerente muito interessante nesse ambulatório, que começou a fazer matriciamento desses especialistas. Começou a oferecer os especialistas para irem semanalmente ou mensalmente para discutir com as Equipes de Saúde da Família, fazer as discussões mais difíceis.

Fora isso, nós tínhamos também, no início do programa, a reunião das cinco Unidades Básicas de Saúde, semanalmente. Nas quartas-feiras, na parte da manhã, reunia-se a metade das cinco Unidades; na parte da tarde, a outra metade. Com isso, tudo a respeito do trabalho era discutido, sejam as dificuldades, as invenções, as criações, as problemáticas, as políticas – discutia-se tudo: roda de conversa o tempo inteiro.

Passamos, sobrevivemos a todas as eleições. Chegamos em 2001 e a Saúde conseguiu ser municipalizada. Tivemos aqui em São Paulo a reforma administrativa, criaram-se as subprefeituras e, com isto, a coordenadora, que já tinha sido a nossa coordenadora de Saúde na Zona Norte, Lígia Tobias, passou a ser diretora do Distrito de Saúde. Na época, antes de ser Supervisão, era Divisão de Saúde, era Distrito, alguma coisa assim, mas ela era diretora do Distrito de Saúde.

Ela foi ser diretora da Brasilândia; depois, com a junção, ela acabou ficando também como supervisora de Saúde por um tempo e ajudou a instituir o Fórum de Saúde Mental na região, algo muito interessante porque é a partir dele que muitas outras coisas começaram a acontecer nesse território da atual Brasilândia.

Quis falar mais desse território por conta da outra subprefeitura, Casa Verde-Cachoeirinha-Limão, não ter conseguido construir situações como as do território da Freguesia do Ó. A Freguesia do Ó fez um diferencial na vida da gente, no território, apesar dos nossos gerentes, apesar

de uma situação delicada: a Saúde Mental e os gerentes das cinco Unidades sempre discutiam a questão de ir para o território além das cinco Unidades de Saúde.

Os gerentes diziam que historicamente com o estado e o município não havia conversa: eu sou de um, eu sou de outro. Eu, pelo menos, não entendo se, como estamos cuidando da Saúde, a Saúde é de todos nós. Como é que não vamos conversar com os demais a respeito das mesmas coisas que vivenciamos?

Com isso, a equipe de Saúde Mental foi para o território. O PSF teve dificuldade, mas a gente foi construindo um jeito de fazer um fórum quinzenal, que acontece desde 2001, itinerante nas Unidades Básicas de Saúde. Aliás, não são só nas Unidades Básicas; já organizamos fórum no Hospital, no Pronto Socorro, em vários lugares. Vamos rodiziando as Unidades e a Unidade que recebe coordena o nosso trabalho, coordena a reunião ali, a roda de conversa naquele dia – Isso dá um formato sempre novo à conversa.

Esse é um processo histórico que começa com a reforma sanitária de Bauru, de Santos. O mesmo pessoal que veio para cá, foi para Campinas e para o Ministério. Aí é que começou a sistematização, pois o Gastão Wagner foi sistematizando também toda essa prática que não conseguimos sistematizar.

Até então o CAPS era Ambulatório de Saúde Mental e passou a ser CAPS. Batalhou para ser CAPS III, mas até hoje não conseguiu.

Houve uma mudança de paradigma: a responsabilidade é da parceria; não sou só eu que vou atender. Está na escola, então vamos construir, juntos, o projeto, seja no hospital psiquiátrico, na Vara, do Conselho Tutelar, no abrigo, não importa. Se o paciente é cadastrado no território, ele é nosso, ele pode ir e voltar quantas vezes quiser das instituições, mas ele é nossa responsabilidade e, assim, vamos tentar construir com todos os setores e profissionais. Para isso, temos de discutir com nosso parceiro, fazer as rodas de conversa com todos que participam da vida daquela pessoa.

Não partimos mais da patologia, e sim do fato de que há uma pessoa ali, um sujeito, uma história. É sobre isso que vamos dialogar, e não sobre a patologia. Deixamos de lado tudo o que entendemos sobre a vida profissional, a formação acadêmica, de certa forma, deixamos tudo isso de lado, porque não é o que mais importa. Importa, sim, aquele caso, onde há potência, o que dá para fazer e construir junto, inclusive com o próprio paciente. Interessa o diagnóstico? Interessa, mas ele pouco nos ajuda.

Temos de entender que situação é aquela e, portanto, como é que podemos intervir. Da hierarquização para a horizontalização. Entendemos que a complexidade está no território e não em outro lugar, sejam “drogaditos”, sejam psicóticos, seja qualquer pessoa, mesmo que seja retirado temporariamente da família, vai ter de voltar para as suas relações sociais. Então, como resolvemos isso nessa situação? Não adianta mandar para o hospital, ele vai ter de voltar. Em que condição ele vai voltar?

“(...) Não partimos mais da patologia, e sim do fato de que tem uma pessoa ali, um sujeito, uma história. É sobre isso que vamos dialogar, e não sobre a patologia.”

Maria Luíza Santa Cruz

Passamos do modelo de hospital para os recursos territoriais. Que recursos temos para lidar com essa questão aqui, e não lá fora, retirado, isolado, invisível? Podemos entender muito bem de um assunto ou outro, mas, a respeito dessa situação, todos nós temos algo a dizer. Então, o que temos a dizer um para o outro? Acabamos construindo outro conhecimento, que não é meu nem seu, é coletivo. Assim, saímos do isolamento; há a interatividade de várias formas, seja do profissional, seja do paciente.

Estou lembrando-me de um paciente. Os invisíveis que o PSF vai achando... Eu acho que a busca ativa proporciona isso de modo diferente daquela situação em que as pessoas aguardam os pacientes chegar. Havia lá um homem adulto deitado na cama, mergulhado em uma melancolia profunda, já havia mais de ano, e a família não conseguia fazer nada com essa pessoa. Ele ficava deitado exatamente no quarto onde o pai tinha-se enforcado; ali ele permanecia, não levantava por nada. As unhas dele eram enormes, bichinhos rolando na cama inteira, cocô, xixi... A família encontrou uma saída que era fazer um buraco no telhado para a chuva lavar um pouco e para o sol também aquecer de alguma forma. Fazia mais de um ano que essa pessoa estava lá. O agente comunitário encontrou essa situação difícil e delicada e passou a frequentar aquele quarto.

Nesse quarto, foram criadas diversas situações até o ponto em que o paciente conseguiu, por insistência, falar sobre seus delírios e dizia que tinha coisas embaixo da cama. Entramos no delírio dele e fizemos o que ele acreditava ser a saída. Fizemos uma rede, uma corrente, de mãos dadas, e ele dizia que precisava orar, então, oramos também.

Enfim, entramos no delírio dele. Conseguimos medicá-lo e a equipe resolveu fazer um mutirão e dar-lhe um banho. Levaram-no para o chuveiro. Ele estava lá havia mais de um ano largado. O homem reformou a casa e, com isso, deve ter reformado umas tantas outras coisas em sua vida. Ele nunca mais voltou ao quadro? Voltou, claro que voltou, mas não com a mesma intensidade, pois já tinha aprendido a sair da situação. A equipe da Saúde da Família não precisava mais da equipe de referência para ajudá-lo a sair do quadro, quando ele cismava de entrar.

Com isso, fomos aprendendo uma série de coisas, essa coisa de entrar no delírio, entrar na fantasia... Tem um autor, Tobie Nathan, um etnopsiquiatra, que nos ensinou a

conversar com o interlocutor invisível. Todos nós temos alguém invisível ao qual nos apegamos na hora dos nossos desesperos: “Ai meu Deus do céu”. Então, entramos no ambiente familiar e vamos conversando a respeito disso: “Foi Deus que mandou você aqui”. Bom, Deus mandou, mas o que vamos fazer aqui?

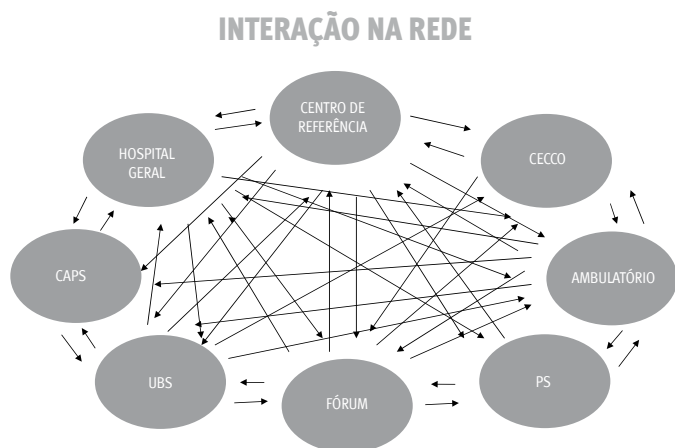


Figura 2. Interação entre os equipamentos

A partir da história desse fórum, começamos a construir uma interação de equipamentos na rede existente (Figura 1), mas também construir rede a partir das pessoas, a partir dos pacientes. Por exemplo, há outro caso bem interessante que foi um dos mais sérios, mais graves que vimos lá até hoje. O rapaz, na adolescência, com uns 17 anos, perdeu a mãe. Ele enlouqueceu e a irmã do pai foi para a casa cuidar do irmão e do sobrinho.

Não se sabe por que o rapaz deu tantas facadas nessa tia, que não faleceu, sobreviveu, mas nunca mais quis voltar e o rapaz surtou. Até uns 28 anos, mais ou menos, ele viveu o tempo inteiro em manicômio. Ficava só no entra e sai. Quando chegamos lá, discutia-se sobre o perfil do CAPS; então, o rapaz não tinha o perfil do CAPS.

Ficamos um tempão discutindo quem tem o perfil para o CAPS, qual era a função do CAPS. E ele não conseguia ir para o CAPS, não ia para lugar algum. Mas a equipe, a dupla de Saúde Mental continuou insistindo nas visitas dessa família, resumida a ele e ao pai, que se referia ao filho o tempo inteiro como: “aquilo”, “olha a herança que a esposa me deixou”.

Em resumo, o trabalho foi o de ajudar esse pai a ser pai desse rapaz, ajudá-lo nessa paternidade, constituir um vínculo de relação de sobrevivência embaixo do mesmo teto. Muito disso conseguimos, porque o pai passou a chamá-lo de filho, “esse é meu filho, eu que tenho de cuidar mesmo”. Só que o pai desenvolveu um câncer e acabou falecendo.

Esse processo foi muito precioso, muito emocionante; cada vez que eu me lembro dele, choro; foram momentos de aproximação do pai com o filho, ambos se falando. O rapaz, que no início parecia um bicho, parecia mesmo um animal andando... e, depois, os dois se falando. O pai já tinha um relacionamento muito bom com uma família da

mesma rua e essa família deu um bom suporte no momento da doença do pai.

A relação foi-se tornando muito mais forte e essa família disse: “Nós vamos cuidar do Júnior, pode ficar sossegado que nós vamos cuidar do Júnior”. O pai se preveniu e se preparou para deixar que o Júnior fosse cuidado e ficasse sob a responsabilidade dessa família, na verdade, um casal, com três filhos e um bebê. O Júnior morava na casa deles.

Nas primeiras noites, o Neguinho, que é o pai dessa família, passou a dormir com o Júnior, para ele não dormir sozinho. Na primeira noite, ele falou: “Pronto, eu vou dormir. Você me tranca?”, porque o pai o trancava em um quarto sem janela. “Não, não vou trancar você; para que vou trancar você? Não tem necessidade, você já sabe se virar, você já é um homem.”. Ele começou a se relacionar com esse homem de maneira muito diferente da forma como se relacionava com o pai. Hoje, todos os integrantes da família o tratam como um membro da família; vão para a pizzeria juntos, para o supermercado fazer compras.

Ele tem ido participar da terapia comunitária, que é outra encrenca na nossa vida, mas uma encrenca até que boa, uma encrenca para nós psicólogos, mas que tem surtido um efeito muito grande e emocionante também. Com isso, queria dizer também que essa família passou a integrar uma rede. E esta rede que se formou no entorno desse homem, que precisa de cuidados, de mais gente em volta dele.

Temos também, desde 2001, o Fórum da Inclusão da Educação com a Saúde. Quando entrou essa nova gestão, a Educação não deixou mais ninguém participar. Mas aí juntamos dois pequenos fóruns que havia e fizemos um grande, que acontece uma vez por mês e no qual nos reunimos para discutir os casos da infância e da adolescência. A partir de 2003, teve início o Fórum Municipal da Infância e da Adolescência, que é onde temos discutido o matriciamento e o NASF.

Gostaria de comentar sobre a terapia comunitária. Tínhamos, desde o início, um médico da Saúde da Família muito resistente à Saúde Mental. Sabia tudo, tudo mesmo, era professor da Santa Casa. Mas estava lá no PSF fazendo o quê?

A gente sempre se perguntava: “O que acontece? O homem se nega a atender aos casos de SM, o que ele é? De que se trata?” Aconteciam brigas homéricas com o médico, porque ele encaminhava os pacientes para o pronto-socorro. Um belo dia, ele não conseguiu encaminhar um homem que estava tentando-se matar. Não era a primeira vez; essa pessoa já tinha tomado tudo na vida; naquele dia ele já tinha tomado Varsol, querosene, gasolina, detergente.

Ele chamou a Saúde Mental, porque não conseguiu encaminhar o paciente para o pronto-socorro, pois ele se recusou a ir de qualquer jeito e não foi. Foi a brecha: “Não, nós vamos, você vai junto?”, “Não, eu não vou, isso é trabalho de vocês”, “Então, nós não vamos”. Ficamos duas horas, contadas no relógio, discutindo com o médico que, para a Saúde Mental, ele tinha de ir junto, porque a Saúde Mental não trabalhava sozinha, mas com a corresponsabilização etc.

O Varsol estava borbulhando; havia esta questão clínica também. Nós estamos falando de uma questão clínica; por que o médico não vai ver? Acabamos indo e foi maravilhoso, porque o homem estava muito mal; toda hora se levantava para vomitar, estava estendido lá no sofá e o médico foi quem se aproximou dele, conversou, examinou. Primeiro, cuidou da parte clínica. Então, fomos para a conversa.

Dá para aguentar o que está acontecendo e a conversa foi rolando e o homem só se referia ao médico. Foi falando da tristeza dele, porque ele estava querendo pôr fim à vida, de como se sentia inútil, e fomos resgatando as possibilidades de vida.

O interessante nessa conversa é que ele se levantou e disse assim, na hora de irmos embora: “Vocês aguardam um pouquinho porque...”, foi um momento de muita tensão, porque, toda vez que ele levantava, eu falava: “Ai, agora ele se mata, é agora”. Era uma conversa pesada, difícil, mas, na última vez, ele falou: “Eu vou buscar uma coisinha lá dentro”. Aí eu pensei: “Ai, o que será que ele vai pegar?”. Ele foi dentro do quarto e trouxe um pacotinho de lâmina de barbear, entregou na mão do médico e disse: “Eu não preciso mais disso; o senhor pode levar embora, porque eu estava aguardando uma oportunidade de as meninas (as meninas eram a tia e a mãe) não estarem em casa para eu usar”.

Ele acabou não se matando. O médico saiu de lá feliz, falando: “Olha, valeu!”. Esse médico foi quem trouxe a terapia comunitária para a gente. E trouxe outras pessoas que estavam fazendo capacitação para a equipe dele. A nossa coordenadora perguntou: “Por que só para a sua equipe? Nós temos aqui cinco Unidades de Saúde, vamos pegar um de cada equipe de Saúde da Família e conhecer o que é a terapia comunitária”. Conclusão: nós já estamos com mais de 70 terapeutas comunitários formados e em todas as cinco Unidades de Saúde tem terapia comunitária.

A Unidade de Saúde de Penteado entendeu que a terapia comunitária era o local para onde mandar todos e acabou caracterizando-se uma terapia, um grupo de pessoas com problemas, transtornos sérios. Existem bipolar, esquizofrênico, históricas graves, um monte de gente lá, mas um monte de gente complicada, tentativas de suicídio; há pessoas que já ficaram internadas durante muito tempo.

Havia também um homem que estava sempre internado. Acabou assumindo esse grupo da terapia comunitária como um grupo que o deixava centrado e se transformou em conselheiro do Conselho Gestor na Unidade. Ele tem feito trabalhos sociais bem interessantes e tem trazido gente para a terapia comunitária.

Propostas. Aqui, eu queria dizer que sempre pensamos e investimos nessa forma de trabalhar e pedimos para todos os que conhecem nosso trabalho que incentivem e apoiem a articulação e o trabalho entre parceiros, que invistam na integração dos vários programas criados pelas diferentes Secretarias Municipais destinados à mesma população. Porque é uma loucura: a Secretaria da Saúde faz uma coisa e a da Educação faz outra, e com a mesma população.

Atualmente, existe o médico da escola, que manda para a equipe de Saúde da Família tudo o que pode, o que não pode e mais um pouco, atravessando completamente o trabalho de território. Enfim, quais são possibilidades de diálogo?

O Fórum de Saúde Mental deste ano organizou o 4º Encontro do Trabalhador de Saúde Mental na Brasilândia, tendo por tema “Infância e adolescência, qual o diálogo possível entre as instituições?”. Reuniram-se todos os poderes locais: Saúde, Educação, Vara da Infância, Conselho Tutelar etc. – todos os que estão nessa área, junto com os trabalhadores, para discutir como podemos dialogar.

Temos os mesmos casos que circulam por todos esses equipamentos, cada um puxando para um lado. Como podemos conversar para ajudar essa família a tomar um rumo com mais qualidade em sua vida? Estamos nesse processo. Todas essas produções têm valido a pena, apesar das forças contrárias que vêm de todos os lados – inclusive dos trabalhadores.

Por isso, eu perguntei: como os trabalhadores entenderam o matriciamento? Por volta de 2004, viemos ao CRP contar o que estávamos fazendo no território, porque havia psicólogos reclamando que estavam sendo obrigados a sair de suas Unidades de Saúde para fazer matriciamento. Isso não era verdade. Estávamos tranquilos quanto a isso, apesar de inquietos. E assim continuamos, inquietos contra essas forças retrógradas. Ainda temos medo de muita coisa, nos sentimos um tanto desprotegidos, mas o resultado é surpreendente; vale a pena experimentar, promover a humanização nos trabalhos, promover a discussão e trabalhos baseados na redução de danos, incentivar a capacitação dos profissionais de diferentes níveis de atendimento, investir na integralidade do atendimento.

Em 31 de março de 2007, toda a nossa equipe – a de saúde bucal e mesmo quem não era da equipe nuclear – estava demitida, de aviso prévio. A prefeitura entendeu que a Zerbini não servia mais e então fomos passados para a SPDM. Tudo porque havia um rombo lá. Mas agora veio à tona o escândalo da SPDM. Acabamos não entendendo muito bem essas coisas. Enfim, estávamos demitidos e berramos muito por isso – e ainda estamos insistindo.

Fomos lá discutir matriciamento. A antiga Secretária de Saúde, a Sra. Orsini, foi verificar quem eram esses loucos que berravam tanto e o que faziam. Repreendeu-nos, mas passamos então a discutir essas coisas com ela. O Edmundo Maia também foi até lá conhecer o trabalho. Essa história do NASF que está aí foi conquistada recentemente. Depois de tudo isso, o Ministério da Saúde convidou-me para ser formadora de um grupo de apoiadores institucionais, dentro da política nacional de Humanização. Quando aceitei, constatei que eram hospitais da região, e disse: “Bom, mas o que vamos fazer no hospital da região sem a Atenção Básica? Não vamos conversar?”

Batalhamos e, fazendo diversas articulações, conseguimos montar um grupo que conta com Hospital e Atenção Básica. Isso é inédito no município: o Município, o Estado e a União conversando no mesmo território.

Estamos investindo nisso. Lá existem três subprefeituras: Perus/Pirituba, FÓ/Brasilândia e Casa Verde/Cachoeirinha/Limão, e estamos investindo para que o SUS de fato funcione. A meu ver, por meio desse interessante conceito de matriciamento do Gastão, conseguimos sistematizar nosso trabalho, retratando o que fazemos: matriciamento é a construção de momentos relacionais em que se estabelece a troca de saberes entre profissionais de diferentes serviços de atenção envolvidos no cuidado dos usuários. Ele tem por objetivo garantir que as equipes se vinculem aos pacientes e se responsabilizem pelas ações desencadeadas no processo de assistência, garantindo a integralidade da atenção e de todo o sistema de Saúde.

Lembro-me de que, com a privatização da Saúde no município, os nossos médicos foram para os AMAS. Preferem não ser mais generalistas, porque, além da carga horária e do salário diferente, não é necessário ter vínculo. Você atende segundo o protocolo, sem prontuário; faz o que tem de fazer e dispensa o paciente.

Portanto, faltam médicos no PSF. Seria o PSF uma encrência? Sim. Há coisas importantes? Há. Mas eu acho que vale a

pena discutirmos melhor essa história, porque fazer Saúde com essa lógica altera a vida das pessoas, sim. Com os trabalhadores, tivemos de realizar discussões semanais no fórum.

Tivemos Unidades de Saúde sem PSF absolutamente modificadas depois das discussões. Enfim, creio que vale a pena o investimento nas rodas de conversa de fato, envolvendo todos aqueles que estão dispostos a trabalhar com Saúde.

“(...) Promover a humanização nos trabalhos, promover a discussão e trabalhos baseados na redução de danos, incentivar a capacitação dos profissionais de diferentes níveis de atendimento, investir na integralidade do atendimento.”

Maria Luíza Santa Cruz

realização



Conselho Regional
de Psicologia SP