

Apoio matricial: cartografando seus efeitos na rede de cuidados e no processo de desinstitucionalização da loucura

Matrix support: cartography its effects on network of care and in the process of deinstitutionalization

Apoyo matrix: mapeo sus efectos en la red de atención y en el proceso de desinstitucionalización

Meyrielle Belotti

Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Maria Cristina Campello Lavrador

Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Resumo

O artigo relata a experiência dos encontros de matriciamento realizados no município de Cariacica-ES. Nesses encontros, buscou-se conhecer efeitos e contribuições que a interlocução da Saúde Mental com a Atenção Básica pode proporcionar no fortalecimento da rede de cuidados e no processo de desinstitucionalização da loucura. Optamos pela cartografia, para acompanhar os movimentos de transformação da paisagem psicossocial, que foi sendo desenhada através dos encontros de matriciamento. Utilizamos diário de campo como uma ferramenta metodológica que proporcionou a linguagem desses movimentos, priorizando análise dos afetos, buscando criar estratégias que contribuam para uma nova forma de acolher a loucura. Identificamos que o Apoio Matricial pode ser um dispositivo importante quando possibilita a criação de brechas, capazes de proporcionar uma abertura para a experimentação de novas formas de viver, de trabalhar, de se relacionar, enfim, de se encontrar.

Palavras-Chave: Apoio Matricial, Atenção Básica, Saúde Mental.

Abstract

The article reports the experience of meetings held in the municipality of matricial Cariacica-ES. In these meetings, we sought to understand the effects and contributions to the dialogue with the Mental Health Primary Care can provide in strengthening the network of care and the process of deinstitutionalization. We opted for cartography, to track the movements of psychosocial transformation of the landscape, which was being drawn through the matricial meetings. We use field diary as a methodological tool that provided the language of these

movements, prioritizing analysis of affections, seeking strategies to help create a new way of welcoming the madness. We found that the Support Matrix can be important when a device enables the creation of holes, capable of providing an opening for experimenting with new ways to live, to work, to relate, ultimately, to find.

Keywords: Matrix Support, Mental Health, Primary Care.

Resumen

El artículo relata la experiencia de las reuniones matriciales celebradas en el municipio de Cariacica-ES. En estas reuniones, hemos tratado de comprender los efectos y contribuciones al diálogo con la Atención Primaria de Salud Mental puede ofrecer para la mejora de la red de atención y el proceso de desinstitucionalización de la locura. Optamos por la cartografía, para seguir los movimientos de transformación psicosocial del paisaje, que se está elaborando a través de las reuniones matriciales. Utilizamos diario de campo como herramienta metodológica que proporciona el lenguaje de estos movimientos, priorizando el análisis de los afectos, la búsqueda de estrategias para ayudar a crear una nueva forma de vivir a la locura. Se encontró que la Matriz de compatibilidad puede ser importante cuando el dispositivo permite la creación de agujeros, capaz de proporcionar una apertura para experimentar con nuevas formas de vivir, trabajar, relacionarse, en definitiva, de encontrar.

Palabras clave: Apoyo Matrix, Salud Mental, Atención Primaria.

1. Introdução

O artigo relata a experiência dos encontros de matriciamento realizados no município de Cariacica - ES, buscando analisar quais os efeitos e as contribuições que a interlocução da Saúde Mental com a Atenção Básica pode proporcionar no fortalecimento da rede de cuidados e, conseqüentemente, no processo de desinstitucionalização da loucura.

O Apoio Matricial (AM) visa oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico a equipes de

referências da Atenção Básica (Campos & Domitt, 2007). Sua ideia central é compartilhar situações encontradas no território, numa atitude de corresponsabilização pelos casos, que se realiza por meio de supervisões clínicas e intervenções conjuntas. Dessa forma, busca-se superar a lógica do encaminhamento/fragmentação, por meio da ampliação da capacidade resolutiva da equipe local.

O interesse em discutir essa temática ocorre por considerarmos de suma importância que esses movimentos

realizados pelos profissionais de saúde mental sejam problematizados, sobretudo por haver diversas atividades, encontros e vivências, exitosas ou não, acontecendo em diferentes lugares, que não são suficientemente registradas e divulgadas. Ficamos à vontade para realizar essa discussão, pois o que pretendemos não foi escrever sobre os êxitos desses encontros, mas colocar em análise o que esses encontros estão potencializando. Seus efeitos produzidos têm contribuído para o surgimento de novos modos de acolher a loucura nos serviços de saúde?

Utilizamos a cartografia, para acompanhar, pensar e sentir as afecções e os movimentos que ocorrem durante os encontros de matriciamento. Para tanto, elegemos o diário de campo com uma ferramenta que proporcionou a atualização da linguagem desses movimentos, através do registro de falas, conversas, observações, devaneios, sentimentos e percepções ocorridos nesses encontros.

2. Percurso metodológico

Propusemos-nos a utilizar a cartografia como um método de pesquisa ancorado em uma postura ética que se propõe a pensar e sentir as afecções e os movimentos que ocorrem durante os encontros de matriciamento. Dessa forma,

buscamos, neste trabalho, realizar um mapeamento desses encontros visando acompanhar esses movimentos e os efeitos de transformação que ocorrem nesta paisagem psicossocial, permitindo afetar e ser afetada pelos sentidos e pelos non senses, visíveis e invisíveis, procurando criar estratégias que contribuam para uma nova forma de fazer saúde e acolher a loucura.

Rolnik (2011) diz que, “para os geógrafos, a cartografia (...) é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que ocorrem movimentos de transformação da paisagem” (p.15). Nesse sentido, cabe ao cartógrafo:

dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias (Rolnik, 2011, p.23).

Assim, o cartógrafo compõe e participa dos movimentos da paisagem em que escolhe mergulhar, buscando descobrir e absorver o que emerge dos encontros que pretende estudar, não apresentando preferências de linguagem ou estilo. O importante é estar atento aos movimentos das afetações, permitindo se afetar e ser afetado pelo visível e invisível, pelas

intensidades e multiplicidades que compõem cada encontro.

Aqui a processualidade interessa muito mais do que o produto final. O pesquisador se envolve junto a paisagem estudada, desloca-se de sua inscrição original, enquanto trabalhador de saúde e movimenta-se por esse cenário, atento aos ecos que os autores que ele encontra lhe produzem, aos assuntos que provocam e as inquietações que a prática e/ou a teoria ficam reverberando dentro de si (Fischer, 2000).

Utilizamos também o diário como uma ferramenta metodológica que possibilitou um momento de reflexão do vivido através do ato da escrita, permitindo a não neutralidade no processo de pesquisar, bem como, revelar o não dito. Foram registrados falas, conversas, observações, devaneios, sentimentos e percepções ocorridos nesses encontros, priorizando a análise dos afetos, permitindo ao pesquisador se incluir e implicar-se na realidade pesquisada.

O diário de campo, para Lourau (1993, p.51) é uma técnica capaz de restituir, na linguagem escrita, o trabalho de campo, possibilitando “produzir um conhecimento sobre a temporalidade da pesquisa”, aproximando o leitor do vivido no campo, evitando assim interpretações “ilusórias”, “fantasiosas”. O autor ressalta ainda que, “tal técnica não se refere

especificamente à pesquisa, mas ao processo do pesquisar”.

Assim, a escrita produzida no diário de pesquisa proporcionou vivenciar, lembrar e reconstruir por meio das memórias dos afetos, os encontros produzidos com seus diversos atores e suas vozes, reafirmando as relações de implicações produzidas no momento da pesquisa e favorecendo as análises das mesmas.

A partir dessa proposta, foram cartografados os movimentos de transformação da paisagem psicossocial que vão sendo desenhados através dos encontros de matriciamento, tentando acompanhar as linhas que se formam e se desmancham, utilizando o diário de campo como ferramenta que proporcionou a atualização da linguagem desses movimentos visíveis e invisíveis.

3. Apoio matricial: entendendo a lógica de funcionamento

Segundo dados do Ministério da Saúde (2003), aproximadamente 20% da população do país necessitariam de algum cuidado na área de saúde mental. Os transtornos mentais severos e persistentes correspondem a 3% da população e necessitariam de cuidados contínuos; os transtornos menos graves correspondem a 9% da população e demandariam cuidados

eventuais; 8% da população apresentam transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, necessitando de atendimento regular. Ainda, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (2001), estimam que 80% dos sujeitos com sofrimento mental encaminhados aos serviços de saúde mental, não apresentam, a priori, uma demanda específica que justifique a necessidade de um cuidado especializado, ou seja, esses casos poderiam ser acolhidos pela Atenção Básica.

Sendo assim, a inserção da saúde mental nesse nível de atenção:

é estratégia importante para a reorganização da atenção à saúde que se faz urgente em nossa realidade, na medida em que rompe dicotomias tais como saúde/saúde mental, exigindo a produção de práticas dentro do princípio da integralidade. A inclusão das questões de saúde mental na política de implantação do PSF mostra-se como uma efetiva forma de inibir a fragmentação, a parcialização do cuidado, pois há uma proposta de atuação baseada na integralidade das ações, concebendo o indivíduo de forma sistêmica e elegendo a família como locus privilegiado de intervenção (Dimenstein, et al, 2005, p.26).

Diante de tal constatação, o Apoio Matricial tem se estabelecido como ferramenta importante na interlocução da

Saúde Mental com a Atenção Básica, pois sua utilização implica em mudança no funcionamento e na organização dos serviços de saúde, de modo que procura deslocar o poder dos especialistas, através da criação de um espaço de comunicação ativa, com o compartilhamento de conhecimento entre profissionais da Atenção Básica e apoiadores. Ou seja, sua proposta sugere sustentar essa relação não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialogados, buscando diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005, p.34), o AM consiste em:

Um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de Atenção Básica. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação.

Esse arranjo provoca o desmanche de hierarquias na configuração

organizacional, através da construção de espaços dialogados, estimulando a atenção compromissada com os sujeitos e a efetivação da clínica ampliada, ou seja, busca contribuir com a clínica que pensa a doença não como ocupante do espaço principal na vida do sujeito e, sim, como aquilo que faz parte da mesma, sendo esse sujeito capaz de produzir outros arranjos, ou seja, outras normatividades (Canguilhem, 1978).

Para Campos e Domitti (2007, p. 399-400):

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação.

Nessa nova organização, o saber do Agente Comunitário de Saúde (ACS) inserido na Estratégia Saúde da Família é fundamental e não deve ser ignorado. O ACS se torna uma espécie de “ponte”, por ser o elo integrador entre a comunidade e a Unidade Saúde da Família (USF), sendo elemento importante na composição da rede de cuidados de saúde mental. É esse agente que tem uma convivência mais direta com os usuários. Ao realizar a visita

domiciliar, ouve as queixas e angústias, presencia conflitos, atuando enquanto porta-voz dessas famílias com os diversos equipamentos de saúde. O ACS tem a possibilidade de fortalecer o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde. Sabemos que, a construção de um bom vínculo pode influenciar na implicação do usuário, do seu tratamento, bem como da sua família e, ainda, da própria equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF). Por isso, o reconhecimento do ACS como elemento essencial da ESF é indispensável para que a função do Apoio Matricial se efetive.

Na prática, o AM acontece a partir de reuniões, com discussões a respeito dos casos de Saúde Mental identificados no território pela equipe da ESF. Em algumas ocasiões específicas, poderão ocorrer intervenções em conjunto (visitas domiciliares, atendimentos) para melhor “resolutividade” do caso. Pretende-se qualificar as equipes da ESF para uma atenção ampliada, que contemple a totalidade da vida dos sujeitos, bem como, a distinção dos casos que podem ser acolhidos nas USF, daqueles que podem ser acolhidos pelos recursos sociais existentes na comunidade; e/ou estabelecer ainda distinção daqueles em que a real situação necessita de um cuidado especializado em Saúde Mental.

4. Pouco de Espinosa

Como já dito anteriormente, para acompanhar-nos nessa cartografia, elegemos como referencial teórico as contribuições de Espinosa. Desta forma, iremos contextualizar o leitor, sobre alguns conceitos e ideias apresentadas por esse filósofo.

Para Espinosa, a essência das coisas está na existência delas. Diferente da visão cartesiana de Descartes¹, que acreditava em duas substâncias diferentes, a do corpo e a da mente. Na concepção espinosiana, todas as coisas são constituídas por uma só substância e tomam formas diferentes em seus modos de existência. Nesse pensamento não existe binarismo entre corpo e alma, vivemos de corpo e alma, no mais adequado equilíbrio entre as duas partes: por conseguinte, não existe um dado evento que venha a afetar apenas a alma ou o corpo: um encontro, entre corpos, produz uma impressão no seu corpo e na sua alma, simultaneamente.

Mas, afinal, de que corpo estamos falando? Com base no pensamento de Espinosa, Deleuze (2002, p.128) aponta duas maneiras simultâneas para definir um corpo. Na primeira definição “um corpo, por menor que seja, sempre comporta uma infinidade de partículas: são as relações de repouso e movimento, de velocidade e de

lentidões entre partículas que definem um corpo, a individualidade de um corpo”.

Já a segunda definição se refere ao poder que um corpo possui de afetar e ser afetado. “um corpo afeta os outros corpos, ou é afetado por outros corpos: é este poder de afetar e ser afetado que também define a individualidade de um corpo”.

Deleuze (2002, p.129), ainda por intermédio do pensamento de Espinosa, ressalta que um corpo é definido pelos afetos que ele é capaz.

Em suma: se somos espinosistas, não definiremos algo nem por sua forma, nem por seus órgãos e suas funções, nem como substância ou como sujeito. Tomando emprestados termos da Idade Média, ou então da geografia, nós o definiremos por longitude e latitude. Um corpo pode ser qualquer coisa, pode ser um animal, pode ser um corpo sonoro, pode ser uma alma ou uma ideia, pode ser um corpus linguístico, pode ser um corpo social, uma coletividade. Entendemos por longitude de um corpo qualquer conjunto das relações de velocidade e de lentidão, de repouso e de movimento, entre partículas que o compõem desse ponto de vista, isto é, entre elementos não formados. Entendemos por latitude o conjunto dos afetos que preenchem um corpo a cada momento, isto é, os estados intensivos de uma força anônima (força de existir, poder de ser afetado). Estabelecemos assim a cartografia de um corpo. O conjunto das longitudes e das latitudes constitui a Natureza, o plano de

imanência ou de consistência, sempre variável, e que não cessa de ser remanejado, composto, recomposto, pelos indivíduos e pelas coletividades (Deleuze, 2002, p. 132).

Também inspirada em Espinosa, Chauí (1995), em seu livro “Espinosa, uma filosofia da liberdade”, afirma que o corpo é relacional, sendo constituído por relações internas entre seus órgãos, por relações externas com outros corpos e por afecções, isto é, pela capacidade de afetar outros corpos e ser por eles afetado sem se destruir, regenerando-se com eles e os regenerando.

Entendemos por afecções a ação que um corpo sofre de outro corpo, ou seja, são entendidas como o efeito que a ação de um corpo produz sobre outro. Essa ação ocorre por meio das misturas dos corpos, que provoca sempre um contato, um encontro, não podendo se dar à distância. Assim, as afecções seriam a forma de conhecer o efeito de um corpo sobre o outro.

Segundo Deleuze (2002, p.33), teríamos duas espécies de afecções: uma intitulada ações “que se explicam pela natureza do indivíduo afetado e derivam da sua essência”, e outra intitulada paixões “que se explicam por outras coisas e derivam do exterior”, ou seja, da influência do exterior sobre o corpo afetado. As paixões podem ser tristes ou alegres e estão

relacionas com a potência de agir. Nas paixões tristes, nossa potência de agir é diminuída. Nas paixões alegres, nossa potência de agir é ampliada. “Sentimos alegria quando um corpo se encontra com o nosso e com ele se compõem, quando uma ideia se encontra com a nossa alma e com ela se compõem; inversamente, sentimos tristeza quando um corpo ou ideia ameaçam nossa própria existência”. O autor ainda ressalta que o indivíduo é antes de mais nada um grau de potência. E esse grau de potência corresponde a um certo poder de afetar e ser afetado.

Assim, podemos dizer que o corpo é feito de relações, de misturas, e que, dependendo de como essas relações ocorrem, pode constituir um ser ativo, potente, alegre ou triste. Considerando que são nos encontros entre os corpos que acontecem misturas e afecções, torna-se importante pensarmos o papel desses encontros, visto que é através do agenciamento de outras forças que se torna possível a criação de novas formas de expressão e de possibilidades de vida. As afecções e os afetos que percorrem os encontros reforçam sua potência, tornando-os capazes de trilhar novos caminhos, de produzir desvios de rotas pré estabelecidas, que não tenham gerado bons encontros.

Nessa concepção, consideramos um bom encontro, aquele em que existe uma boa relação entre dois corpos. É aquele em

que há uma mistura com o outro corpo, em que existe composição. Um corpo combina com o outro. Um encontro que produz aumento de potência de agir, alegria. Já o mau encontro é quando dois corpos se relacionam, entretanto, um dos corpos decompõem o outro, ou seja, um corpo não combina com o outro, os corpos são incompatíveis naquelas circunstâncias. Um encontro que produz diminuição de potência de agir, tristeza.

Em suma, pensando de forma espinosista, podemos dizer que, ao longo de nossas vidas, ocorrem diversos encontros e misturas com outros corpos. Tais encontros produzem afetamentos que podem ampliar ou diminuir a nossa capacidade de agir. Se nesses encontros, as misturas dos corpos são pautados em afetos que ampliem a nossa capacidade de agir, adquirimos uma potência intrínseca, tal como ocorre no caso da alegria. Numa situação oposta, em que a mistura dos corpos são incompatíveis, sofremos uma diminuição de nossa potência. Esses encontros motivam o surgimento de afetos tristes, em que ocorre o enfraquecimento da nossa capacidade de agir.

Assim, vamos nos fazendo e refazendo durante esses encontros que, ora potencializam e ora enfraquecem a nossa vida, através das afecções sofridas que produzem efeitos diversos. Efeitos que podem ser considerados ruins ou

benéficos. Não há como prever a maneira como cada corpo irá reagir ao afetamento produzido a partir desses encontros.

Efeitos esses que nos colocariam diante da micropolítica. Compreendida aqui como capaz de criar novos agenciamentos para estabelecer linhas de fuga e poder gerar o “novo”. Nesse sentido, a vida que está encapsulada e fixada no plano de organização, com uma identidade pré estabelecida, “é liberada através dos afetamentos promovidos nos encontros, conectando-se com o diferente, com o estranho, para exercer sua potencialidade transformadora, seu devir” (Campos, 2007, p.48).

Sendo assim, considerando que os encontros se dão entre os corpos e que neles ocorrem ações de um corpo sobre outro, naquilo que, Espinosa chamou de afecção, pretendemos conhecer o que esses afetamentos produziram e potencializaram. Seus efeitos estão produzindo novos agenciamentos capazes de criar linhas de fuga, para poder gerar o novo?

É isso o que nos interessa nessa forma de pensar: qual é o poder de ser afetado de um corpo? Qual a capacidade de afetar outros corpos e ser afetado sem se destruir, regenerando-se com eles e os regenerando? Como esses encontros de matriciamento são capazes de alterar o grau de nossas potências de agir e pensar sobre a loucura? Esses afetamentos têm

potencializado a rede de cuidados de saúde mental e o processo de desinstitucionalização?

5. Cartografando os encontros de matriciamento

Iniciamos nosso mergulho na paisagem, destacando que, durante o nosso percurso, foi possível constatar que as ações de saúde mental realizadas pelas equipes estudadas, antes do matriciamento, restringiam-se em encaminhamentos aos serviços de saúde mental, sem nenhum tipo de responsabilização, escuta e acolhimento do sujeito com sofrimento mental. No entanto tal fato é reflexo da junção de vários fatores: falta de entrosamento com serviços de saúde mental que funcionavam como retaguarda e permitiam a referência rápida em caso de necessidade; o desconhecimento acerca do movimento da Reforma Psiquiátrica; a inexistência de capacitação em saúde mental dos profissionais e técnicos da ESF; condições precárias para o atendimento desses casos na Atenção Básica, o que inclui infraestrutura inadequada, escassez de material de consumo e equipamentos; inexistência de uma rede em saúde mental articulada, dentre outros.

Em vários momentos, durante os nossos encontros, tivemos de ficar de “antenas em pés” para a forma como

estávamos realizando o AM, para não sermos capturados pelo instituído. Concordamos com Cunha (2009) que ressalta que o matriciamento “é uma ferramenta que também pode fazer o contrário do que se deseja, ou seja, aumentar o poder do especialista, medicalizando a população através de uma instrumentalização das equipes menos sabidas”. O autor continua afirmando que a proposta do matriciamento tem potência e tem riscos como qualquer outra proposta. “É necessário que o apoio matricial seja parte de um processo de re-invenção de novas organizações e relações, e não uma ferramenta isolada num contexto extremamente hierarquizado”.

Como já dito anteriormente, é através dos encontros que os corpos vão se compondo, onde os afetos ocorrem de uma forma quase imperceptível, proporcionando novas possibilidades de vida. Nesse emaranhado, os profissionais de saúde também vão se constituindo, afetando e sendo afetados pelos diversos encontros que ocorrem no dia-a-dia dos serviços. Encontros com outros trabalhadores, com usuários e seus familiares, encontros de matriciamento, dentre outros. Encontros que aumentam a potência, ou despotencializam. Podemos vivenciar uma diversidade de encontros, com movimentos de atração e repulsa, que irão compor novos territórios. Assim

como cita o autor acima, os encontros de matriciamento têm potência e tem riscos também. Dessa forma, o AM, para ter potência, tem que ser capaz de proporcionar trocas de saberes/afetos, de promover uma abertura institucional e novos agenciamentos, isto é, conexões entre as mais variadas matérias de expressão.

Através dos encontros de matriciamento, buscamos possibilitar aos profissionais envolvidos a criação de práticas que permitem que seus afetos circulem, inventando novos processos de trabalho, questionando os processos cristalizados. Quando pensamos na potência do AM como um disparador para a mudança do modelo assistencial, não estamos pensando em grandes mudanças estruturais, mas, sim, na criação de novos fluxos, capazes de promoverem uma descaptura do instituído.

Nossos encontros não foram desenhados presos a uma forma, a um único modo cristalizado de cuidado. Funcionávamos de um modo molecular², rompendo com o determinismo. As discussões dos casos aconteciam através do poder dos encontros, sem protocolos, normas e regras para seguir. Os encontros eram heterogêneos, novos e inacabados. O que proporcionava um movimento, uma liberdade criativa. Encontros que se desdobravam em outros encontros entre os

profissionais de saúde e os usuários portadores de sofrimento mental. Movimentos que demandavam reflexões e criavam brechas.

Inicialmente, sentimos que as equipes da ESF nos enxergavam como mágicos, com suas cartolas cheias de truques de mágicas que iam solucionar rapidamente todos os “problemas” de saúde mental existentes no território. Essas mágicas, por sua vez, eram vislumbradas com cura, internações ou com algum outro procedimento que promovesse o afastamento do “louco” do território. Ao poucos, com o passar dos nossos encontros, alguns profissionais começaram a desmistificar a imagem do mágico. Outros permaneceram enraizados com a ideia do mágico, entretanto, esses demonstravam frustração diante das discussões e encaminhamentos dados aos casos. “Essa proposta de Apoio matricial demora para ver os resultados Enquanto isso o usuário fica do mesmo jeito” (ACS). “Acho essas reuniões uma perda de tempo.... Seria mais proveitosos se vocês atendessem logo todo mundo” (ACS).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010, p.9):

Apoiar equipes é intervir com elas em processos de trabalho, não transmitindo supostos saberes prontos, mas em uma relação de solidariedade e cumplicidade

com os agentes das práticas. Apoiar é produzir analisadores sociais e modos de lidar com a emergência de situações problemáticas das equipes para sair da culpa e da impotência frente à complexidade dos desafios do cotidiano da saúde. Apoiar é construir rodas para o exercício da análise, cujo efeito primeiro é a ampliação da grupalidade entre aqueles que estão em situação de trabalho.

Diversas vezes, fomos questionados sobre os encaminhamentos dados e a “resolutividade” dos casos discutidos. Percebemos que já era uma prática rotineira os encaminhamentos sem responsabilidade, em que o ato de encaminhar tinha como significado o não retorno do usuário ao serviço. Assim, por meio de nossas discussões, buscávamos o surgimento de uma responsabilidade compartilhada no cuidado com o sujeito com sofrimento mental, onde o encaminhar significasse identificar, junto com o usuário, o serviço mais adequado para suas demandas.

Também identificamos que muitos profissionais de saúde se fixam em protocolos e normas que, por sua vez, determinam os comportamentos e condutas adotados por esse. Protocolos e normas são instrumentos criados para padronizar a assistência, mas que, ao mesmo tempo, capturam o trabalho vivo e retiram a liberdade do trabalhador. Aprisionam seus

atos de cuidado com o usuário em um padrão previamente estabelecido. Vive-se então uma tensão. De um lado liberdade de agir, que resultam em processos de trabalho às vezes mais criativos, livres; do outro, formas de captura do trabalho vivo, com formas mais rígidas de controle. Liberdade e captura atuam simultaneamente, formando a subjetividade do profissional de saúde. A subjetividade capturada vai proporcionar as práticas serializadas, de forma burocrática, considerando o usuário como mais um de um conjunto padronizado. Ela se fixa em um polo conceitual, previamente determinado, e institui verdades, não considerando a potência do outro. A relação é de controle e o cuidado que aí se produz é fixo, protocolar. Já a liberdade, possibilita a produção do cuidado da melhor forma que lhe convém. Sendo assim, ela é a palavra mágica, que permite ao trabalhador, em momentos diferentes, fazer uma coisa e outra. Não há, a priori, um modelo de cuidado em saúde a ser seguido, as práticas andam conforme anda o próprio trabalhador, ou seja, sua subjetividade, que é dinâmica, opera, produzindo o cuidado também com as variações que este sujeito sofre, na sua relação com o mundo do trabalho (Franco, 2012).

Através dos encontros de matriciamento realizados, foi possível

verificarmos a sensação de impotência que muitos dos profissionais da ESF apresentam quando se deparam com algum caso que não está previsto nos protocolos. Essa situação gera um sentimento de angústia e ansiedade nesse trabalhador, que busca dar resolutividade através da “lógica do encaminhamento”. Um aliado que nos ajudou a amenizar essa situação foi o Projeto Terapêutico Singular (PTS)

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), o PTS nada mais é do que uma nova forma de realizar a discussão de “caso clínico”, capaz de proporcionar uma atuação integrada da equipe, incorporando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos sujeitos. A substituição do nome Projeto Terapêutico Individual (PTI), como era antes denominado, para Projeto Terapêutico Singular nos parece mais adequada, “porque destaca que ele pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação” (p.40).

Para Oliveira (2008) o PTS é um movimento de co-produção e de co-gestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, onde é incorporado a capacidade de pensar e de criar novas realidades, ao mesmo tempo em que se planeja e se organizam ações e responsabilidades.

Implantamos o PTS somente nos casos mais graves e difíceis eleitos pela equipe. Nossos principais desafios para a elaboração e implantação dos projetos foram pensar na singularidade do sujeito com sofrimento mental e incluir os equipamentos sociais existentes no território com uma possibilidade terapêutica, ampliando-se, assim, as formas de cuidado, colocando a abordagem medicamentosa como uma dessas possibilidades, não sendo a exclusiva, com é feita habitualmente. No entanto, podemos dizer que o uso do PTS foi muito satisfatório, pois esse se mostrou útil para mediar relações e estabelecer um diálogo entre a equipe de saúde, os usuários e os cuidadores, além de proporcionar a construção de decisões e tarefas definidas de modo compartilhado, favorecendo o envolvimento e a responsabilização de todos no cuidado com sujeito com sofrimento mental.

Nesse nosso percurso, gostaríamos também de destacar a importância do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a valorização do seu saber. Percebemos que a equipe da ESF compreende o papel do ACS como o “elo”, uma “ponte” com o usuário. O próprio Ministério da Saúde (1994) inclui no elenco das ações do agente comunitário o fortalecimento do vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde. “Um Agente Comunitário de Saúde

sabia que ele gostava de jogar baralho, e através dessa informação conseguimos estabelecer uma conversa inicial com ele” (Enfermeira da ESF).

Lancetti (2008, p.93) coloca que a relação entre o ACS e os outros profissionais é uma “parceria singular”, é como “arma fundamental para fazer funcionar essa máquina de produzir saúde e tecer fio a fio as redes microssociais de alto poder terapêutico”.

Contudo, concordamos com Tomaz (2002, p.84-85) que ressalta que:

não se pode colocar nas costas do ACS o árduo e complexo papel de ser a “mola propulsora da consolidação do SUS”. Na prática, a consolidação do SUS depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e o envolvimento de diferentes atores, incluindo os próprios ACS, que, sem dúvida, têm um papel fundamental. Na realidade, o ACS precisa incorporar-se de fato ao sistema de saúde, fazer parte efetivamente das equipes de saúde da família, deve participar das diferentes ações, na dimensão técnicoassistencial ou político-social.

Outra situação identificada, com relação ao ACS, foi à necessidade desse profissional se sentir cuidado. Diferentemente dos outros trabalhadores de saúde, que buscam o apoio matricial mais para um suporte técnico, percebemos que, na grande maioria dos nossos

encontros, éramos procurados, no final, por algum agente de saúde que relatava e solicitava orientação para uma situação particular.

Eu fiquei estressado por causa da quantidade de trabalho. A situação agravou depois que eu perdi um membro da minha família. Deu depressão. Conversei com a médica, ela me passou uns remédios, que não adiantaram muito. [...] Ninguém perguntou como eu estava, se eu tinha melhorado. Eu esperava atenção (ACS).

Nas relações de trabalho, como em qualquer outra relação, as tensões se fazem presentes. O ACS é um corpo em relação, se afetando e sendo afetado. Um corpo com marcas produzidas pelo trabalho, pelas misturas, pelas relações. Em alguns momentos, verificamos marcas de afetos tristes, que diminuem a potência de agir. Percebemos que esses profissionais se sentem excluídos do processo de trabalho, e que a distância existente entre o que é de competência do ACS e a realidade da prática é o principal motivo gerador de sofrimento. A partir desse cenário, ficou claro que a fragmentação e a burocratização contribuíram para a circulação desses afetos tristes. Afetos que criaram barreiras e fortaleceram o instituído, a ponto do ACS se sentir em alguns momentos esquecido e engolido pela lógica do trabalho.

A burocratização se encontra tão enraizada na dinâmica dos serviços, que as falas abaixo demonstram o conflito existente entre as diretrizes da ESF com o modelo de atenção vigente, que ainda permanece fixado nos padrões antigos. “Eu tenho um produção mensal a cumprir, por isso às vezes não consigo dar a atenção necessária à família que estou visitando” (ACS). “São muitas fichas para preencher” (ACS).

O processo de trabalho burocratizante despotencializa o processo de trabalho criativo e prazeroso. O ACS que é comparado à “ponte” e ao “elo”-fazendo uma alusão à figura que uni lados, que tem o papel de ligar duas partes, ou seja, aquela personagem que deve promover a interação entre os profissionais de saúde e a comunidade, acaba por realizar de forma massificada o papel de um mero entrevistador, com suas diversas fichas, contendo inúmeras perguntas, assumindo a postura de um mensageiro que leva e traz as informações.

A produção massificada do trabalho na contemporaneidade afeta os serviços de saúde, colocando como prioridade e valorizando as quantidades numéricas, deixando em segundo plano o cuidado. O trabalho passa a ter como base o capitalismo desenfreado. Dentro dessa lógica, o que importa não é complexidade do caso, nem a subjetividade das ações,

mas, sim, as ações que podem ser quantificadas.

Franco e Mehry (2012) colocam que ocorre com a ESF algo parecido com o enigma da esfinge.

Conta a mitologia grega que a Esfinge tinha sido enviada por uma divindade para vingar, entre os tebanos, um crime impune do rei Laio. A Esfinge se fixou nos arredores de Tebas, detendo e devorando os que passavam, quando não conseguiam decifrar seus enigmas. Édipo foi o primeiro a resolver o que lhe foi proposto: “Qual o animal que anda de quatro pés pela manhã, dois ao meio – dia e três à tarde?” Édipo respondeu: “O homem que engatinha na infância, caminha ereto na idade adulta e se apoia em um bastão na velhice”. Após a resposta, a Esfinge matou-se, libertando a população da punição que lhe foi imposta.

Na ESF acontece a mesma coisa, a equipe consegue enxergar que é no processo de trabalho que se encontra o atual problema do modelo assistencial, porém, não consegue decifrá-lo, e, assim como acontece com a imagem da Esfinge, “é engolido pela feroz dinâmica medicocentrado”, atuando com base na produção de procedimentos e não na produção do cuidado (Franco & Mehry, 2012).

Desta forma, a adesão a Estratégia de Saúde da Família, por si só, não garante uma nova forma de cuidar. É necessário

criar novos agenciamentos, bem como outra micropolítica para poder gerar o “novo” e surgir, assim, uma nova ética. Ética pautada pela solidariedade e pelo cuidado humanizado, capaz de proporcionar aos profissionais de saúde a construção de uma postura diferenciada nos encontros com os usuários.

6. Considerações finais

Neste trabalho, buscamos conhecer os efeitos dos encontros de matriciamento. Como esses encontros podem afetar nossa potência de agir? Os afetos que circulam nesses encontros têm potencializado a rede de cuidados e, conseqüentemente, o processo de desinstitucionalização? Podemos dizer que com essa experiência vivenciamos bons e maus encontros. Maus encontros em que, na maioria das vezes, a força do instituído se fez presente, através da padronização, da repetição de condutas e dos encaminhamentos sem responsabilidade. Bons encontros, que geraram alegria e possibilidade da construção de novos sentidos. Encontros que proporcionaram também uma abertura para a experimentação de novas formas de viver, de trabalhar, de relacionar, enfim, de encontrar. Assim, por meio desses encontros, identificamos que o Apoio Matricial mostra capaz de proporcionar novas formas de ser e circular pela vida.

Esses encontros de matriciamento possibilitam um jeito novo de se relacionar com os sujeitos com sofrimento mental.

Assim, compreendemos que o AM, através da porosidade dos seus encontros, pode ser um dispositivo importante na criação de práticas que possibilitem um pensar e (re) inventar fora das regras, dos protocolos e do campo das certezas, abrindo, assim, espaço para o inusitado. Trata-se, então, de novos agenciamentos no cuidado em saúde.

Identificamos que as equipes da ESF ainda estão bastante capturadas pelo instituído, atuando na maioria das vezes presas às regras e aos protocolos. Não sabendo acolher as situações que “fogem da regra”. Atribuimos à dificuldade de acolher a loucura à falta de capacitação em Saúde Mental e segundo relatos de alguns profissionais há insuficiência na formação acadêmica dos mesmos. Em nosso entendimento, o ficar “preso às regras” não permite ao trabalhador experimentar a suavidade dos encontros, deixando seus “olhos vendados” para o inusitado. Abrir-se para a diferença implica se deixar afetar pelas forças provenientes de um encontro capaz de criar novos agenciamentos, novos sentidos e outras possibilidades de vida.

Com essa cartografia, não pretendemos “concluir” nada. Afinal, cartografar é estar em movimento. Muito mais do que oferecer respostas prontas de

como devem ser realizados os encontros de matriciamento, essa experiência possibilitou a criação de um espaço para refletir e construir um cuidado em saúde mental interligado com a vida. Fica aqui uma questão: O que nós, profissionais e militantes da saúde mental, estamos desejando com o Apoio Matricial? Desejamos seguir em frente? Desejamos encontros de matriciamento com produção de vida? De fato, é notório que a interlocução entre a Saúde Mental e a Atenção Básica não será equacionada através de diretrizes, devido à complexidade e à singularidade das ações que não permitem que sejam criadas receitas para o cuidado efetivo/afetivo, capaz de possibilitar novas práticas.

Trazendo para análise novamente à questão desse estudo; quais os efeitos que esses encontros de matriciamento têm produzido? Sabemos que os afetos que circularam nesses encontros podem produzir diversos efeitos, impossíveis de medir. O que podemos dizer para quem os procura é que, nessa busca, existem alegrias, tristezas, decepções, encantamentos, idas e vindas, encontros e desencontros. Enfim, não existe um protocolo ideal a ser seguido. Mas, o que ficou nítido foi que a vida deve estar sempre presente nos encontros de matriciamento, e não somente a doença e a saúde vistas como em si.

7. Notas

¹ René Descartes é conhecido como "o pai da filosofia moderna". Suas contribuições filosóficas foram um marco histórico do dualismo, no século XVII. Descartes introduz um novo paradigma na ciência, criando a dualidade corpo-alma. Corpo e alma seriam substâncias diferentes, uma extensa, outra pensante.

² Estamos nos referindo aos conceitos de molar e molecular, onde o molar seria a ideia organizada, pré – formada, em que a verdade surge a partir de um modelo determinado e se cristaliza ao longo do tempo. Já o ideia de molecular diz respeito às práticas que desfazem as funções cristalizadas pelo molar. O molecular está relacionado ao movimento.

8. Referências bibliográficas

- Brasil. (2003). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento da Atenção Básica. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Dape. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento

- apresentado à conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: Opas.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Formação e intervenção*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, A. P. (2007). *Os encontros entre os agentes comunitários de saúde e as famílias dos portadores de transtorno mental: dispositivos para a desinstitucionalização da loucura?* Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo horizonte.
- Campos, G. W. S, & Domitt, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2), 399-407.
- Chauí, M. (1995). *Espinosa uma filosofia para a liberdade*. São Paulo: Moderna.
- Cunha, G.T. *O apoio matricial: obstáculos e potencialidade nas práticas em construção*. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/7077-o-apoio-matricial-obstaculos-e-potencialidades-nas-praticas-em-construcao>. Acesso em: 20/07/2009.
- Deleuze, G. (2002). *Espinosa: filosofia prática*. São Paulo: Escuta.
- Dimenstein, M., Santos, Y. F., Brito, M. B., Severo, A. K., & Morais, C. M. (2005). Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Revista de Saúde Mental e Subjetividade da Unipac*, Barbacena, 3(5), 24-40, novembro.
- Fischer, N. B. (2000). *Ação coletiva, sujeitos e educação*. Porto Alegre: Ppgedu/Ufrgs.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. *Programa de saúde da família, psf: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial*. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-14.pdf>. Acesso em 24.07. 2012.
- Franco, T. B. *Gestão do trabalho em saúde mental*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestaodotrabalho.pdf>. Acesso em: 16.07.2012.

Lancetti, A. (2008). *A clinica peripatética*. (3 ed.). São Paulo: Ed. Hucitec.

Lourau, R. (1993). *Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: Eurj.

Gancuilhem, G. (1978). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária.

Oliveira G. N. (2008). O projeto terapêutico singular. In A. P. Guerreiro, & G. W. S. Campos (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica à saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec.

OMS – Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo- saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva: Biblioteca da OMS, p.173.

Rolnik, S. (2011). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. (2. Ed.). Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS.

Tomaz, J. B. C. (2002). O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface*, 6(10), 75-94.

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Atua com Referência de Saúde Mental na Prefeitura Municipal de Cariacica-ES.

Email: meyrri.to@hotmail.com

Maria Cristina Campello Lavrador

Professora Adjunta do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional/PPGPSI da Universidade Federal do Espírito Santo/UFES. Atua na área de Saúde com ênfase em Políticas de Saúde Mental: modos de subjetivação na contemporaneidade reforma psiquiátrica, desinstitucionalização da loucura e atenção psicossocial.

Email: cristinacampello@uol.com.br

Texto inédito. Resultado de pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional pela Universidade Federal do Espírito Santo, sem financiamento, não havendo conflito de interesse.

Meyrielle Belotti

Bacharel em Terapia Ocupacional pela Faculdade Integrada São Pedro -FAESA. Especialista em Saúde Coletiva. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional/PPGPSI pela