



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE MEDICINA

LETÍCIA DE MELO BARROS

O TERRITÓRIO DELINEANDO O CUIDADO:

A experiência do estágio em saúde coletiva

São Luís – MA

2018

LETÍCIA DE MELO BARROS

O TERRITÓRIO DELINEANDO O CUIDADO:

A experiência do estágio em saúde coletiva

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Federal do Maranhão, como
parte dos requisitos necessários para a
obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Tadeu de Paula Souza.

São Luís – MA

2018

LETÍCIA DE MELO BARROS

O TERRITÓRIO DELINEANDO O CUIDADO:

A experiência do estágio em saúde coletiva

Aprovado em __/__/__

BANCA EXAMINADORA:

Professor Dr. Tadeu de Paula Souza (Orientador)

Professora Dr. Aline Sampieri Tonello

Professora Sâmia Jamile Damous Duailibe de Aguiar Carneiro Coelho
Médica Psiquiatra

Professor Dr. Marcio José de Araújo Costa

A todos os atores da luta por uma saúde mais humanizada que insistem na causa mesmo deparando-se com barreiras e resistências.

AGRADECIMENTOS

Início meus agradecimentos pelas pessoas que sempre estiveram presentes, sem as quais eu jamais estaria concluindo esta etapa. São elas a minha inspiração e meu alicerce na vida.

À minha mãe, Enilda, por sempre acreditar em mim, mesmo quando eu mesma ou o mundo já não acreditamos. Por abrir minhas asas quando eu quero voar mais alto e me alimentar com seu amor nas lutas diárias da vida. Pelos momentos quando eu pareço estar sozinha e acalenta meu coração com seu amor incondicional.

Ao paizão, Aurélio, por ter me passado seus princípios de vida, sempre me ensinando a ser um ser humano melhor. Por ter me acolhido em seu coração e ter feito a minha vida ser um baú de tesouro, repleto de experiências vividas. Por me aceitar como sou e me ensinar que no final da vida o que vale são as coisas boas que fizemos e os momentos de alegria.

Ao meu pai, Júnior, por todo amor e carinho que sempre me deu, e por nunca ter desistido de mim. Por me amar incondicionalmente, ser meu suporte e amigo desde o momento que eu nasci e por me fazer sentir amada e especial toda vez que olha para mim. Por me mostrar a importância da humildade e do perdão.

Aos meus amados irmãos, Kaio, Kaíque e Krystian, pelo privilégio de sua convivência terem me feito um ser humano melhor. Por trazerem doçura, leveza e amor para minha vida. Por continuarem me amando apesar de todas as minhas tempestades e impaciências.

Obrigado ao meu companheiro da vida, Rodolfo, por não deixar eu cair diversas vezes durante essa caminhada, me mostrando que para superar dificuldades o primeiro passo é querer e, em seguida, ter coragem. Por compartilhar comigo uma perspectiva de vida que visa o amor como norteador de nossa vivência aqui na terra.

Aos mestres que me inspiraram, me impulsionam na busca do saber e na evolução da relação médico-paciente. Mostrando-me, que sim, que tem espaço na medicina para gentileza, amizade, afeto e empatia.

Aos amigos do curso que de mãos dadas atravessamos mares agitados e tempos turbulentos. Por me fazerem acreditar que há esperança no meio deste curso de tanta guerra.

Ao professor Tadeu por ter me acolhido quando o procurei para ser meu orientador. Por ter compartilhado conhecimentos preciosíssimos para minha vida e minha formação.

RESUMO

A demanda de cuidado dos usuários do sistema de saúde extrapola os serviços de saúde que as unidades de saúde estão acostumadas a oferecer. Para essas demandas serem atendidas, é necessário que o cuidado seja ofertado de forma integral aos pacientes. Contudo, para tal é necessário amplificar as concepções de certos conceitos, como o do território.

No contexto da saúde coletiva e da atenção básica, o conceito de território busca considerar variadas dimensões e sentidos. O território enquanto espaço sobre o qual há produção de subjetividades humanas faz parte dos planejamentos de ações locais na Atenção Básica.

O presente estudo busca descrever a experiência de estágio em saúde coletiva, em que os estagiários tiveram a oportunidade de participar da construção de um Projeto Terapêutico Singular, e que a partir dessa vivência compreenderam a importância de se conhecer o território onde o usuário do sistema está inserido para, assim, elaborar as ações de saúde e oferecer um cuidado que atenda a reais demandas de cada sujeito.

Este estágio possibilitou pensar o território em sua complexidade, como espaço, processo e composição, de forma a potencializar a relação entre serviço, cultura, produção do cuidado e produção de subjetividade.

Palavras-chaves: cuidado; projeto terapêutico singular; território; clínica ampliada.

ABSTRACT

The demand for care by the users of the health system goes beyond the health services that the health units are accustomed to offer. For these demands to be met, it is necessary that care be offered in an integral way to the patients. However, it is necessary to amplify the conceptions of certain concepts, such as that of the territory.

In the context of collective health and basic care, the concept of territory seeks to consider various dimensions and meanings. The territory as a space on which there is production of human subjectivities is part of the planning of local actions in Primary Care.

The present study seeks to describe the experience of collective health training, in which trainees had the opportunity to participate in the construction of a Unique Therapeutic Project, and from this experience they understood the importance of knowing the territory where the user of the system is inserted so as to elaborate the health actions and offer care that meets the real demands of each subject.

This stage made it possible to think of the territory in its complexity, as space, process and composition, in order to enhance the relationship between service, culture, production of care and production of subjectivity.

Keywords: care; singular therapeutic design; territory; extended clinic.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
EAS	Estratégia de Saúde da família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de atenção básica
PSF	Programa de saúde da família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UM	Unidade Mista
VD	Visita Domiciliar

Sumário

1. Introdução.....	11
1.1 Experiência do estágio em Saúde Coletiva	11
1.2 Territórios do cuidado na Atenção Básica.....	12
2. Objetivos.....	19
2.1 Geral.....	19
2.2Específicos	19
3. Metodologia.....	20
3.1 O método da cartografia: Relato de experiência na perspectiva da cartografia.....	20
4. Discussão.....	25
4.1 Definindo o caso.....	25
4.2Acolhimento e elaboração do diagnóstico ampliado.....	28
4.3Elaborando o PTS.....	32
4.4O planejado e o manejo do plano.....	35
4.5Rearticulando com o saber local.....	36
4.6Equipe de Saúde da Família: um ator que não comparece.....	37
4.7Um pouco mais de esforço: mediando a articulação com a saúde mental.....	39
4.8A longitudinalidade.....	41
5. Conclusão.....	44
6. Referências.....	46

1 INTRODUÇÃO

1.1 Experiência do estágio em Saúde Coletiva

O quinto ano de medicina na Universidade Federal do Maranhão, de acordo com o currículo 46, é dividido em Estágio Curricular em Clínica Pediátrica, representando uma carga horária de 540h, Estágio Curricular em Saúde coletiva, 360h e Estágio Curricular em Clínica Ginecológica-Obstétrica, com um total de 540h (UFMA, 2016).

O internato no curso de Medicina representa a última etapa da graduação. Durante o estágio, é ofertada ao estudante a oportunidade de vivenciar o dia-a-dia da prática Médica, sedimentando de maneira mais concreta os conhecimentos adquiridos durante as aulas teóricas. Segundo Costa et al. (2012) é durante o internato, que o aluno deixa de ser um mero observador para atuar de forma mais ativa, sempre sob a orientação de preceptores.

No internato de Saúde coletiva, espera-se que o aluno seja capaz de desenvolver práticas reflexivas voltadas para a atenção integral à saúde; vivenciar a realidade do trabalho em saúde na atenção primária; compreender a importância do contexto e dos valores culturais no processo saúde-doença; aplicar conceitos epidemiológicos e de gestão em saúde nos diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde e conhecer e discutir conceitos de comunicação e de educação em saúde a partir da prática médica (UFMA, 2007).

O estágio é composto por aulas teóricas ministradas pelos professores do Departamento de Saúde Coletiva onde são discutidos temas de extrema importância para a prática médica como conceitos de saúde coletiva, o processo saúde e doença e suas múltiplas causas, Modelos de Atenção em Saúde, Atenção Primária em Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Gestão em Saúde, territorialização e vínculo com as famílias, Projeto Terapêutico Singular e Clínica Ampliada, Referência e contra-referência, a rede de atenção do SUS, Vigilância em Saúde, entre outros.

Lado a lado com as aulas teóricas, os alunos são apresentados aos campos de prática nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde são inseridos aos serviços, colocando em prática os conceitos aprendidos em sala de aula, sendo acompanhados por professores que exercem a função de supervisão e por profissionais da saúde que exercem a função de preceptoria. Nas UBS os alunos têm a oportunidade de interagir

e se relacionar não apenas com os médicos, uma vez que todos os profissionais que compõe a Equipe de Estratégia de Saúde da Família podem ser preceptores, participando de atendimentos com enfermeiros, campanhas de vacinação com técnicos de enfermagem, visitas domiciliares com os ACS.

Ainda no campo da prática, os alunos são encarregados de construir um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que tem como objeto indivíduos e suas famílias em situação graves, complexas e de vulnerabilidade. Os alunos são orientados pelos professores desde a escolha do paciente para realização do PTS até o passo a passo de sua construção. Nesse trabalho problematizaremos a partir da experiência de elaboração do PTS a relação entre território e cuidado.

1.2 Territórios do cuidado na Atenção Básica

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) objetiva atender as necessidades de saúde da população brasileira. Ela é projetada para ser aplicada no território nacional, contudo, este território é heterogêneo, formado por partes que compõem um todo. Sendo assim, em determinados momentos, inevitavelmente a PNAB tem grandes desafios em atender as demandas de todos os territórios, pois encontra dificuldades em acessá-los em função de suas particularidades geográficas, sociais e culturais (LIMA, 2014). Logo, torna-se fundamental uma reflexão crítica sobre o conceito de território e sua apreensão no campo da saúde. Interessa, portanto, pensar a partir da experiência de elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a relação entre clínica e território no contexto da Atenção Básica.

Para Francois Perroux (1967), o território é como um campo de forças, com as suas dialéticas: entre o vertical e o horizontal, entre o Estado e o mercado, entre o uso econômico e o uso social dos recursos. Para evitar uma apreensão abstrata do conceito de território, Milton Santos (1999) propõe como categoria de análise política, o conceito de “território usado”. Este conceito se refere ao território enquanto mudança, em processo em abrangência nacional, intermediária e local, representando a dinâmica da sociedade no decorrer do tempo. Sendo o produto da interação do passado com o futuro próximo.

O território pode ser compreendido a partir da noção de lugar, além do sentido geográfico com seus elementos geofísico e geopolítico. Ele pode ser visto como um espaço composto por redes de relações, onde cada indivíduo produz determinada identificação com lugar. Nele há a produção de consumo, de adoecer, de viver e de curar. Sendo um lugar, dele surge uma intensa produção subjetiva nos contatos entre os corpos, não apenas físico, mas de linguagens, saberes e percepções; e desses contatos surgem os afetos, as intensidades ou forças desejanças (Silva, 2013).

A noção de território aqui é entendida num sentido muito amplo [...]. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes [...]. O território pode ser relativo, tanto a um espaço vivido quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa” (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 323).

O território compreendido no campo da saúde é muito além do recorte político-geográfico usual, ele deve ser valorizado como o *lócus* onde se desenvolve a relação população-serviços de saúde local. Ele é composto por uma população peculiar vivendo em tempo e espaço únicos, com demandas singulares e para ter demandas atendidas é necessário ser compreendido por profissionais e gestores dos serviços em saúde. Desse modo, este território é caracterizado por uma identidade demográfica, epidemiológica, política, cultural e social que o define. (MIRANDA et al., 2008)

Milton Santos (1999) defende que no estudo do território, deve ser valorizado o “saber local”, o saber da região. Trata-se de um conhecimento que se desenvolve a partir das experiências vividas localmente. Essa apropriação da dinâmica territorial só é possível a quem reside no local, pois ele é alimentado pelo cotidiano, por atores que ele denomina de “sábios locais”.

[...] o saber local que é nutrido pelo cotidiano, é a ponte para a produção de uma política – é o resultado de sábios locais. O sábio local não é aquele que somente sabe sobre o local propriamente dito; tem de saber, mais e mais, sobre o mundo, mas tem de respirar o lugar em si para poder produzir o discurso do cotidiano, que é o discurso da política (SANTOS, 1999, p. 21).

Os “sábios locais” são pessoas que desenvolvem uma visão do mundo a partir dos acontecimentos que se produzem localmente, uma vez que os processos locais estão conectados por processos globais. O tráfico de drogas, o comércio local, o acesso à internet que se efetuam localmente estão conectados a macroprocessos globais. A partir da conexão entre o saber local e o saber do mundo, é possível a produção de uma política e do discurso político. Critica-se, portanto, um modo de produção de conhecimento que valoriza somente o saber produzidos nas universidades, de onde são produzidas generalizações e universalizações, uma vez que sem valorizar o saber local, desconsideram a perspectiva territorial e singular das políticas locais. Portanto, no ambiente acadêmico o “saber local” precisa tornar-se indispensável no estudo do território.

Levando em consideração o conceito abrangente de território na atenção básica, percebe-se que o que se passa no território de vida das pessoas que demandam os serviços de saúde deve orientar as práticas clínicas. Atualmente, o cuidado em saúde é marcado pela sua abrangência, complexidade e pela diversificação de ações, cenários e atores. Porém, ele extrapola a oferta de serviços em saúde, pois na assistência lida-se com sujeitos, com suas vidas e suas perspectivas de cuidado ímpares. Desta forma, o cuidado não pode ser subjugado a tecnificação de serviços e procedimentos, pois isso pode resultar em necessidades não atendidas, que influenciarão diretamente a vida das pessoas com necessidades de cuidado.

Na prática do cuidado, os profissionais e os usuários estabelecem vínculos, contudo, há uma tendência deste conceito ser restringido a relação profissional-paciente, enquanto um vínculo interpessoal. Entretanto, há que se considerar que essa relação é interceptada por afetos e subjetividades que já se restringem a relação interpessoal, uma vez que incluem questões sociais e afetivas que são comuns a um determinado território. Logo, o termo “território afetivo” é mais adequado quando se vive na realidade do cuidado na Atenção Básica, pois cada sujeito pertence a um território onde se cria vínculos e modos de vida singulares. As demandas de quem necessita de serviços de saúde não são iguais, não significam sempre executar, agir e elaborar ações. Cada indivíduo tem necessidades ímpares. Muitas vezes, quem demanda cuidado só precisa exercer autonomia nesse território afetivo produzido. (FERREIRA ET AL, 2014). Logo, o vínculo estabelecido com um sujeito deve ser

também um vínculo com um território existencial singular, pois indica o modo como um determinado sujeito se apropriou deste território.

O paciente aqui não é objeto de um saber ou de uma prática, mas sujeito em construção em um processo de individuação complexo, que se dá no interstício dos encontros. Abandona-se, assim, uma clínica centrada na personalidade e no sintoma individual, para dar lugar a processos de produção de saúde e de subjetividade, o que implica a inserção em processos de criação voltados para a construção de novas línguas, novos territórios, novos sentidos. As relações entre clínica, território e subjetividade introduzem a noção de 'território existencial', que envolve espaços construídos com elementos materiais e afetivos do meio, que, apropriados e agenciados de forma expressiva, findam por constituir lugares para viver (LIMA, YASUI; 2014, p. 599).

Para entender o vínculo tem-se que considerar o contexto onde ele foi produzido, pois cada contexto é único e reproduz a realidade de forma dinâmica. Esta realidade é resultado do entrelaçamento de linhas que direcionarão as formas de agir na assistência à saúde na ESF. Essas linhas são as dos saberes, das práticas e do discurso no quando se aborda o cuidado em saúde (MERHY, 2002). É o resultado da interação entre elas que determina como o cuidado será oferecido.

O cuidado é entendido no campo da assistência à saúde como uma demanda resultante do encontro de sujeitos e suas existências concretas, seus desejos, seus potenciais e suas carências. O cuidado em saúde deve ser realizado considerando todos os aspectos da vida do sujeito, como condições biológicas, sociais, psicológicas, ambientais e políticas em um território. Na ESF é onde pode-se viver o cuidado além da própria saúde, conhecer todas as suas possibilidades e potencializar suas ações. As questões afetivas e subjetivas estão, portanto, diretamente envolvidas no processo de produção de saúde. Busca-se operar para além da relação tradicional de queixa-conduta.

A ampliação da escuta para as dimensões subjetivas implica numa compreensão da produção de saúde enquanto um processo que envolve produzir mudanças nos hábitos, visões sobre si e sobre o mundo, sobre como sua própria saúde tem relação com determinadas crenças e costumes: uma clínica ampliada. A inclusão do território afetivo induz a uma ampliação da clínica no duplo sentido:

ampliação para um sujeito singular e para sua rede de relações com seu território geográfico, social e subjetivo.

A ideia da constituição de uma Clínica Ampliada foi proposta inicialmente por Campos (2002) que defendia uma clínica capaz de atender às doenças sem abrir mão da singularidade inerente a cada indivíduo. Segundo Cunha (2010) a Clínica Ampliada tem o potencial de transformar a atenção na medida que possibilita que outros aspectos, não somente o biológico, sejam levados em consideração pelos profissionais de saúde. Entende-se que existe uma inseparabilidade entre produção de saúde e produção de subjetividade. Compreendendo que a subjetividade implica em múltiplos vetores que compõe o território existencial do usuário. Para casos mais graves e complexos, em que sujeitos e coletivos tem baixa autonomia para promover o próprio cuidado, propõe-se a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Trata-se, portanto, de um dispositivo da Clínica Ampliada em que diferentes saberes são acionados à partir de um caso singular que exige uma abordagem coletiva, em equipe. Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) o PTS é um dispositivo que aciona e operacionaliza a diretriz da Clínica Ampliada, sendo um dos principais objetivos ampliar o grau de autonomia dos sujeitos envolvidos.

Entretanto, a construção de autonomia envolve a constituição de novos territórios, pois toda mudança gera uma inadequação entre novos afetos e os territórios já constituídos. Ao incluir a perspectiva territorial na proposta da Clínica Ampliada e na formulação do PTS evita-se uma abordagem que pode reduzir as questões subjetivas ao indivíduo enquanto um ser isolado do seu espaço. Como já citado anteriormente, o território é *lócus* de produção de afetos, é resultado de contato entre corpos, de linguagens, saberes e percepções. A partir disso pode-se compreender o território afetivo, sendo necessário à sua existência para as demandas serem manifestadas, pois é nele que vão se estabelecer os vínculos considerando as singularidades e autonomia. (FERREIRA ET AL, 2014)

Assim, negligenciar o território na prática do cuidado resulta em necessidades não atendidas e esforços desperdiçados. Pois com a construção de territórios afetivos é possível criar vínculos entre os profissionais e quem demanda cuidado, conhecer a rede de força que o sujeito está conectado e como elas influem em sua vida. É importante usar-se do processo de territorialização para conhecer a realidade, pois

somente criando um território afetivo é que se compreende as necessidades de um indivíduo e, por conseguinte, é possível planejar ações mais efetivas.

Desta forma, Righi (2010) afirma que as redes de saúde carecem de ser permeáveis aos territórios, seus sentidos, os afetos e subjetividade que o compõe. Elas existem devido as necessidades de conexões dos serviços, com tendências a elaboração de suas próprias normas. Porém, elas dão ênfase ao entorno funcional. Para Giddens (2002), elas são induzidas a se desenvolverem a partir da lógica de mercado devido ao modelo de produção hegemônico em qual estamos inseridos, resultando em redes deslocadas de seus territórios, assim como as empresas globalizadas. No SUS elas não podem ser minimizadas a articulação de serviços de entorno funcional, mas valorizar o entorno territorial. Suas produções não devem ser limitadas a articular serviços com características semelhantes (SANTOS, 1997). Se assim não o for, é arriscado segregar os equipamentos de acordo com sua especialidade e projetá-los sobre territórios, com as redes os encobrindo (RIGHI, 2010).

Sem valorizar o espaço vivido há o risco de segregar, separar equipamentos por área de especialidade e de projetar esses equipamentos sobre territórios. Nessa perspectiva teórica, a trama da rede de atenção tecida sobre um território também pode escondê-lo. Pensar o SUS apenas como uma rede hierarquizada impede que se veja o território sob a rede e induz a visualização e produção de redes homogêneas em níveis hierárquicos (RIGHI, 2010, p. 64).

Ainda de acordo com Righi (2010), as redes de saúde buscam equilibrar as produções da rede assistencial e do território. Este não pode apenas ser considerado um espaço que só produz demanda por recursos de saúde e onde eles são aplicados pela rede assistencial, pois ele, também, é produzido conforme a localização de pontos da rede assistencial alteram o espaço vivido.

Partindo do princípio organizativo do SUS de que a AB é ordenadora da rede de atenção à saúde, interessa compreender como a relação entre território, cuidado, rede à partir da elaboração do PTS.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

- Descrever e analisar o processo pedagógico de elaboração de um Projeto Terapêutico Singular para um caso grave e complexo da Unidade Básica de Saúde.

2.2 Específicos:

- Analisar o processo de articulação de uma rede de cuidado;
- Analisar a relação entre território existencial e a rede de atenção à saúde;
- Analisar os efeitos do PTS no processo de trabalho da equipe da UBS.

3 METODOLOGIA

3.1 O método da cartografia: Relato de experiência na perspectiva da cartografia

Trata-se de um relato de experiência em que se tornou necessário articular a observação participante (através da técnica do diário de campo feito sobre a minha experiência durante o período de fevereiro de 2017 a maio de 2017) e análise documental (através da análise do relatório do PTS da turma seguinte a minha que deu seguimento ao caso durante o período junho de 2017 a agosto de 2017).

Na observação participante, que é voltada para interação entre pesquisadores e membros das situações investigadas, o observador passa a agir com os informantes. Tem “origem na antropologia e na sociologia e é geralmente utilizada na pesquisa qualitativa para coleta de dados em situações em que as pessoas se encontram desenvolvendo atividades em seus cenários naturais, permitindo examinar a realidade social” (HOLLOWEY e WHEELER apud LIMA et al, 1999, p. 131).

A análise documental justifica-se porque possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural (SÁ-SILVA, ALMEIDA E GUINDANI, 2009). Outra justificativa para o uso de documentos em pesquisa é que ele permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social. A análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros.

A observação participante e o diário de campo foram reconhecidas como técnica de pesquisa no meio científico no início do século XX, a partir do trabalho de campo desenvolvido entre 1914 e 1918 por Malinowski que inaugurou o método etnográfico (QUEIROZ, 2007).

Lourau (2004), ao analisar os diários de Malinowski, constatou que o surgimento desta nova metodologia de pesquisa, dita etnográfica, produz alguns rompimentos com pressupostos epistemológicos da neutralidade científica. Ao ser publicado os diários do eminente antropólogo, que haviam sido mantidos em segredo por anos, Lourau (2004) indica o quanto a construção de métodos objetivantes é atravessada por processos subjetivantes, que indicam que a relação entre sujeito e objeto está atravessada por afetos. Trazer esta dimensão para o campo da pesquisa

foi algo vivido por Malinowski e que Lourau (2009) identificou em seus diários de bordo. A partir dos diários, foi possível ver a emergência de um novo paradigma epistemológico, em que a pretensa neutralidade é posta em suspensão. Sobre a função do diário de campo na constituição de uma nova abordagem metodológica, inaugurada pela etnografia, Lourau (2004) destaca uma proposição embaraçosa em que é necessário fazer parte do campo pesquisado e ser afetado por ele. A pesquisa a céu aberto inaugurada pela etnografia produz uma inflexão paradigmática para a qual o diário de campo se preserva enquanto uma potente técnica, uma vez que, por meio dela, é possível perceber o quanto objeto de pesquisa e sujeito pesquisador se co-produzem no ato de pesquisar.

A observação participante, costumeiramente, utiliza um instrumento para registro de informações chamado de diário de campo. Esse diário pode ser um caderno de notas, planilha, dispositivos eletrônicos que permita registros. No diário de campo devem estar registradas as percepções diárias do pesquisador tais como conversas informais, observações de comportamento, ambiente, falas e impressões pessoais.

Segundo Florence Weber (2009) o diário de campo deve ser entendido como um instrumento que o pesquisador se dedica a produzir diariamente durante toda a experiência etnográfica. Deve ser construído com base na observação direta dos comportamentos culturais de um grupo social. O diário de campo deve abarcar as práticas diárias, as relações entre o pesquisador, objeto pesquisado e o ambiente de pesquisa. A autora ainda nos chama a atenção para a existência de diversos cadernos durante uma observação participante: um destinado às anotações sobre as entrevistas e observações no desenrolar do cotidiano, outro para as reflexões que a experiência causou (o diário de pesquisa) e por último, o diário íntimo.

O diário de campo representa uma escrita do momento presente, que representa fragmentos da realidade. Segundo Hess apud Pezzato e L'abbate (2011) em um diário é aceitável tanto a espontaneidade quanto por vezes, o julgamento parcial, a força do sentimento, ou seja, a falta de distanciamento.

Por ser uma pesquisa que relaciona subjetividade e território, achamos oportuno trabalharmos na perspectiva metodológica da cartografia. Inspirados, principalmente, pelo pensamento de Deleuze e Guattari, diversos pesquisadores no Brasil vêm se dedicando à formulação do método da cartografia. Cartografia foi um

termo utilizado por Deleuze e Guatarri no livro *Mil Platôs* (2009) para designar uma articulação entre produção de subjetividade e territórios existenciais. Tradicionalmente as pesquisas qualitativas são aquelas que investigam a dimensão subjetiva da realidade, os sentidos, as percepções, os hábitos. A novidade da cartografia foi apreender essa dimensão subjetiva a partir da sua produção territorial.

Daí o sentido de cartografia, pois do mesmo modo que um território geográfico pode ser mapeado, os vetores que constituem um território subjetivo também (Rolnik, 2003). Enquanto os mapas se apresentam enquanto cenas estáticas, cartografia expressa mapas em movimento, em processo e mudança. Interessa, portanto, acompanhar processos mais do que representar a realidade. Para se acessar essa dimensão produtiva e subjetiva da realidade é necessário estar aberto para os acontecimentos que ganham expressão durante o processo de pesquisa. Acontecimentos analisadores com potencial para desestabilizar a realidade cristalizada que tende a se apresentar como forma acabada.

Tal perspectiva metodológica trás uma redefinição na abordagem do caso, tomá-lo como um analisador (Lourau, 2004). Um analisador pode ser qualquer acontecimento que tenha a força de pôr a instituição em questão, que produza problematização e novas questões e que mobilize os diferentes atores. Um caso pode ser um analisador, mas ao invés do pesquisador escolher o caso é o caso que escolhe o pesquisador. Ele se apresenta, se impõe como um acontecimento.

A análise sobre os desafios de elaboração do PTS e articulação de uma rede de cuidados passou pelo acompanhamento da relação que se estabelece entre os territórios existenciais dos usuários e os movimentos da rede de saúde, exigindo um exercício de composição de territórios existenciais distintos.

A habitação de um território existencial está mais ligada a uma disposição de composição do que à execução de normas técnicas. Não se visa a uma submissão ou um domínio do campo pesquisado, mas a um fazer com, compondo com os elementos envolvidos. Desde o trabalho de campo até a realização dos relatórios, a pesquisa cartográfica vai indicando ao aprendiz cartógrafo certo cuidado de composição. Esse aprender **com** acaba por cultivar no aprendiz a necessidade e a disposição do engajamento no campo pesquisado (Alvarez e Passos, 2009, pp. 148).

Sobre a metodologia cartográfica em pesquisas qualitativas em saúde na perspectiva metodológica da cartografia Ferigato e Carvalho (2011) indicam que diversos processos de saúde tais como visitas domiciliares, acolhimento, quando olhados sob essa perspectiva, funcionam como dispositivos que interconectam diferentes encontros, diferentes espaços coletivos de conversa, o que remete aos diferentes territórios investigados na produção de cuidado” (pp.670).

Inspirada na etnografia, a cartografia radicaliza os pressupostos daquela uma vez que por meio dos diários de campo, todo caso é amplificado, uma vez que este passa a incluir o sujeito observador como participante e interventor do/no caso. Incluir o sujeito da pesquisa como parte integrante do caso é, implica uma análise de implicação como método, uma vez que instaura-se, a partir da afecção produzida no pesquisador.

Veremos que as representações do caso possuem brechas, elas não se totalizam na medida em que algo de novo e surpreendente insiste em comparecer no caso. Fazer aparecer a singularidade do caso através da inserção de dúvidas e questionamentos é uma atitude de desmontagem do caso. Pesquisar, neste caso, é perseguir os pontos sem respostas, num exercício de problematização e menos na definição de verdades. Uma simples pergunta pode produzir uma intervenção na medida em que põe os diferentes sujeitos envolvidos no caso para pensar algo novo. O caso é a expressão de uma produção subjetiva geradora de uma realidade concreta. Nesse sentido, tomar o caso como um analisador da AB implica num exercício de desmontagem do caso como condição para a desestabilização de relações de saber-poder e constituição de outros modos de subjetivação.

Partimos de um caso e dos múltiplos sentidos que ele inclui: a vida singular de Josefina¹ e o modo como a equipe se envolvia com o caso. Esse empreendimento investigativo insere o pesquisador no campo de pesquisa, como veremos, como um co-autor dos dados em ato.

Enquanto a montagem de um caso pode conduzir a uma representação da realidade desde um lugar externo e neutro, a desmontagem opera como um analisador dos movimentos da rede que permita desconstruir verdades e saberes cristalizados. O caráter produtivo e criativo do encontro que se efetua na pesquisa implica em tomarmos a cartografia enquanto o acompanhamento de um processo

¹ Nome fictício da paciente.

inacabado, expressão de um território vivo sobre o qual inserimos algumas inquietações e a partir do qual somos questionados e desestabilizados.

Nesse sentido, tomar o caso como analisador implica em apresentar a experiência de discussão do caso, de montagem e desmontagem do caso na sua dupla dimensão: o caso de Josefina e a equipe como caso. E ainda um terceiro caso sempre presente: o modo como o pesquisador se insere entre o caso e a equipe, como o pesquisador se insere na produção de uma nova narrativa. O modo como a equipe lida com o caso traz a montagem do caso: as representações, as generalizações, os receios que permitem acessar um plano político de produção de subjetividade sobre a rua. Ao mesmo tempo em que comparece o modo como a rede lida, acolhe ou deixa de acolher o caso, a dimensão singular e processual da realidade.

Desse modo, o caso analisador põe em análise o funcionamento da equipe de saúde, as dinâmicas familiares e territoriais, as implicações a afetos do pesquisador. A partir do caso, muitos outros casos comparecem. Tecer esses fios que nos atravessam, nos compõem enquanto estudantes, professores, usuários e profissionais da rede de saúde, foi o nosso desafio metodológico. Como apontam Ferigato e Carvalho (2011), “cartografar os processos na Saúde Coletiva é investigar o que dá expressão e o que transforma os modos de produção de cuidado; escutar os seus “ruídos”, seus incômodos; fazer aparecer as coisas que estão ali, mas não têm visibilidade (pp.670).

4 DISCUSSÃO

4.1 Definindo o caso

Em meu internato de Saúde Pública, eu e meu grupo estagiamos na UBS da Vila Embratel em São Luís – Maranhão por três meses. No primeiro dia de estágio de nosso grupo, a gentil assistente social do NASF da unidade que se encarregou de nos apresentar a UBS. Após andarmos conhecendo todo o local, nos reunimos em uma sala usada para atendimento dos usuários para esclarecer as dúvidas e ela nos explicar melhor como funcionava o processo de trabalho no local.

No meio de nossa discussão, já próximo do final da manhã, a enfermeira de umas das equipes interrompeu nossa discussão para solicitar o auxílio da assistente social em uma visita domiciliar que iriam realizar naquele momento. Ela informou que iriam realizar o teste rápido para HIV em uma paciente que uma Agente Comunitário (ACS) havia solicitado visita domiciliar pois ela se encontrava extremamente magra, depressiva e com o estado geral de saúde bem debilitado. Até então, não entendemos o caso, pois tínhamos pouca informação. A assistente social viu nesta visita uma oportunidade de começarmos a realizar o estágio e prontamente chamou um de nós para acompanhá-los e assim ocorreu.

No dia seguinte, ao reunir nosso grupo novamente na UBS, nosso colega nos relatou como se deu a visita domiciliar em que ele havia participado. Segundo ele, participou da visita ele, a assistente social, a enfermeira e a nutricionista do NASF. Segundo seu relato:

(...)a residência é um pouco distante, para chegar lá precisa passar por ruas estreitas e não asfaltadas. Não é um local muito seguro, e para chegar lá é preciso ir com o ACS ou trabalhador da UBS. Assim que chegamos na casa dela logo vimos que é uma família pobre e casa é bem simples. A equipe foi bem recebida pela mãe da paciente e parecia estar confortável com a nossa presença, e aberta a esclarecer dúvidas acerca da situação de sua filha.

Ele relatou também que na casa havia, no momento, a mãe, o irmão, a paciente e suas duas filhas crianças. No início, somente a enfermeira e a nutricionista foram ao encontro da paciente, nosso colega relatou que ela aparentava estar muito reservada, evitando contato visual. Desta forma, ele foi conversar com a mãe que conseguiu contar em pouco espaço de tempo uma parte da história de suas filhas.

A mãe relatou a ele que na casa moravam a irmã mais velha da paciente e seu marido, o irmão mais novo, a mãe, a paciente e suas duas filhas, a mais nova de dois anos e a mais velha com cinco anos. Disse que a casa pertencia a essa irmã, e que a mesma permitiu que a Josefina, o irmão e a mãe morassem com ela e o marido porque a casa deles era de pau-a-pique e alagava na época da chuva. Ela relatou ao meu colega que o seu marido, pai da paciente, havia falecido há alguns anos, que seu filho mais novo tinha “problemas de cabeça” denominando como epilepsia e que isso o impossibilitava de ter trabalho fixo.

Quando perguntada acerca da paciente, a mãe informou que o problema da filha havia começado na primeira gravidez da mesma, durando uns dois meses e voltando ao normal, mas que após a segunda gestação o problema reapareceu e desde então a filha tem piorado. Relatou que a filha mais velha e seu marido trabalhavam e que eram a fonte de renda da casa e que, de certa forma, pressionavam a paciente para retomar o seu estado de saúde e hábitos de vida anterior a enfermidade. Quando nosso colega perguntou pelo pai das crianças, filhas da paciente, a mãe se fechou imediatamente dizendo que a família não gostava de falar desse assunto e que eles não eram presentes. Percebemos que era um ponto delicado, que exigiria vínculo para poder acessar essa história, mas possivelmente teria relação com o quadro de Josefina.

Enquanto ele conversava com a mãe da paciente, a assistente social, a enfermeira, e a nutricionista prestavam cuidado a Josefina. Em alguns momentos ele pôde observar o diálogo entre elas e a paciente, e nos relatou que a mesma era uma pessoa muito calada e reservada, que evitava contato com as pessoas, demonstrando muita timidez. Nos disse, também, que era alguém com o estado de saúde muito frágil, que estava muito emagrecida, pesando trinta e dois quilos no dia desta visita. Comentou conosco, também, um episódio durante a visita em que a paciente havia concordado em realizar o teste rápido para HIV, contudo, no momento em que iam furar seu dedo para coletar amostra de sangue, a mesma desesperava e desistia de se submeter ao teste, sendo necessário realizar várias tentativas até a enfermeira conseguir realiza-lo, o qual o resultado foi negativo. Ele nos relatou que a paciente, no momento que conseguiram desenvolver mais o diálogo, disse que não gostava de sair de casa, que saía pouco na rua e que possuía uma amiga que às vezes ia buscá-la de carro para irem à Igreja. A paciente informou que não conseguia caminhar muito

na rua devido as suas condições físicas e queixou-se de as pessoas olharem muito para ela quando fazia isso. Logo após essa breve prosa com a paciente, eles encerraram a visita planejando um retorno, com a consciência de que ela necessitava de algum tipo de intervenção em sua vida para conseguir superar aquela situação.

Após esse relato, percebemos que se tratava de um caso grave, complexo e que se não fosse feito algo pela paciente, ela logo poderia morrer por desnutrição. Concordamos o quanto ela e sua família precisavam de ajuda e que nós poderíamos nos envolver neste caso. Naquele momento não sabíamos o que a paciente tinha, o que estava causando aquilo nela, não conhecíamos sua vida e nem sua família e não tínhamos muito noção de como poderíamos ajudá-la, pois eramos estagiários novos naquele ambiente e ainda estávamos iniciando nossos estudos acerca da atenção básica.

Alguns dias após a visita a casa de Josefina, no encontro com nossa preceptora, passamos essa experiência vivida para ela e demonstramos interesse em acompanhar este caso. Ela se mostrou contente com nosso interesse e sugeriu que realizássemos um PTS com ele. Ela nos orientou acerca dos primeiros passos, de como poderíamos chamar a equipe para realizar esse PTS e sugeriu tentarmos agendar novamente uma nova visita domiciliar à casa da paciente para conhecermos mais sobre a sua vida e começarmos a desenvolver o trabalho com ela. Decididos em trabalhar neste caso procuramos novamente a assistente social, que era a pessoa que sempre se mostrou mais aberta a estabelecer uma relação conosco e nos deixava confortável quando solicitávamos ajuda. Neste encontro, ela nos explicou como ocorria o trabalho lá quando se tinha casos mais difíceis como esse para resolver. Ela nos disse que nessas situações mais complicadas dependia muito de sua atuação para conseguir desenvolver o trabalho, pois nem sempre o médico ou o enfermeiro se envolviam no caso como ela. Nos disse que naquele momento ela não estava trabalhando em muitos projetos e que poderia nos ajudar, mas nos alertou que não seria simples.

Inclusive, nos contou a história de um paciente com quem haviam realizado um PTS meses antes que não houve tanto sucesso. Ela quis nos mostrar como a realidade pode ser. E que ao realizarmos nosso trabalho podemos lidar com inúmeros resultados, até porque cada indivíduo é único, tem sua vida singular e suas particularidades. Então, não devemos aplicar uma fórmula a alguém e esperar que ele

responda dentro de uns parâmetros. Deveríamos saber que ao realizar um trabalho com determinada pessoa, o desenvolver da história poderia seguir para inúmeros caminhos diferentes e que deveríamos estar preparados para lidar com isso.

Como resultado dessa reunião conseguimos que ela se comprometesse em nos ajudar a marcar uma nova visita domiciliar à paciente. Além disso, discutimos a possibilidade de envolver mais os profissionais da equipe de saúde no PTS, ela disse que tentaria falar como eles, que achava possível envolver a enfermeira apesar dela ser sempre muito ocupada, contudo achava mais difícil o envolvimento da médica, mas que tentaria a participação dos mesmos na visita que agendaria.

4.2 Acolhimento e elaboração do diagnóstico ampliado

A visita domiciliar foi agendada para ocorrer em duas semanas. A assistente social nos recomendou que fosse somente a metade do grupo nesta visita para a paciente não se assustar com a chegada de tanta gente desconhecida em sua casa, já que a mesma claramente tinha vergonha das pessoas verem sua condição. Nesta visita fomos eu, a agente comunitária e mais dois colegas de grupo. No caminho até a casa da paciente a ACS nos recomendou que não andássemos naquela região desacompanhados de um trabalhador da UBS, que o ideal era ir acompanhado do ACS e sempre com os vidros dos carros abertos, pois era uma região perigosa dominada pelo tráfico. Ao entrar nas ruas estreitas da Vila Embratel até a casa da paciente, percebi que o asfalto logo deixava de existir e que conforme entrávamos mais no bairro a realidade da vida daquelas pessoas era mais gritante. Casas pequenas com pouco espaço, poucos cômodos que abrigavam inúmeras pessoas dentro e com aspecto de local insalubre; crianças pequenas brincando no meio das ruas desacompanhadas de adultos, no alto de algumas casas homens jovens vigiando o movimento das ruas, muitos animais domésticos desfalecendo de várias moléstias, em certas ruas esgotos escoando no canto da rua. Ao entrar na rua da casa da Josefina, no início o carro encontrava dificuldades em transpassar uma ladeira atravessada por grandes buracos. Neste momento imaginei se alguém com o estado físico como descreviam o da paciente conseguiria andar por ali sem se acidentar.

Na atenção básica a visita domiciliar é um recurso essencial para a prática do cuidado, em especial na Estratégia de Saúde da Família. Esse instrumento possibilita

a imersão dos profissionais no território do usuário que demanda os serviços, possibilitando a produção de vínculo e afeto entre ambos; além de ampliar a forma como esses serviços são oferecidos, oferecendo uma assistência integral e universal. A visita domiciliar é uma ferramenta no processo de trabalho em saúde, e para os usuários é um elemento facilitador do acesso deles ao sistema de saúde (SANTOS; MORAIS, 2011).

Nesta etapa já entendíamos que era necessário realizarmos a visita domiciliar na casa da Josefina para entender melhor seu contexto de vida, com o intuito de nos aproximarmos, de realizar partilhas de vidas e do que hoje era resultado delas. Além disto constituía um recurso indispensável para abordagem, pois pretendíamos levar o serviço de saúde até ela. Usando-se disso esperávamos sentir o seu território, a partir do entendimento da dinâmica de sua família, a rede de relações a qual estava ligada, da compreensão do seu processo de adoecimento e conhecer os recursos que teríamos para auxiliá-la no seu tratamento. Entendíamos que ir a sua casa resultaria em uma abordagem que acolheria a pessoa no seu espaço de vida e não a sua doença desconectada de sua realidade. A visita domiciliar nos permite estabelecer um vínculo a partir da inserção em seu território e seu território afetivo.

Quando paramos na porta da casa da paciente, observei que era um terreno murado sem reboco, com uma pequena porta de metal danificada. Na ocasião sua mãe nos recebeu no portão. Elas já estavam nos esperando. Nos apresentamos e entramos na casa. Ao entrarmos pela porta da sala, logo avistei Josefina e aquele momento foi de impacto, pois apesar da descrição, pessoalmente o estado geral, sobretudo ao emagrecimento da paciente, me assustou um tanto. Minha primeira reação foi de me apresentar a ela e sentar ao seu lado. Nestes instantes iniciais observei que suas filhas brincavam ao chão com os cachorros e sua mãe cuidava dos afazeres da casa. Era uma casa simples, de alvenaria, pequena, sem laje, com cinco cômodos, muito organizada e limpa. Voltei minha atenção a paciente e senti que precisava fazer com que ela se sentisse menos desconfortável com minha presença. Me identifiquei novamente a ela, disse quem eu era e o que estava fazendo ali. Falei que gostaria de realizar algumas perguntas, mas que ela se sentisse à vontade caso não quisesse responder. Comecei perguntando a ela quando aquilo tudo havia começado e o que ela sentia e ela começou a me explicar, em voz baixa, com expressão de assustada e com medo:

(...) tudo começou depois da minha primeira gestação. Depois do nascimento da minha primeira filha fiquei muito triste, não sei explicar direito o que me deu. Mas depois de uns dois meses essa tristeza passou e vida voltou ao normal. Mas depois que eu fiquei grávida da segunda vez, essa tristeza voltou, só que pior. Não queria mais sair de casa, fazer mais nada!

Perguntei se ela conseguia comer e sentia fome, ela respondeu que sentia fome mas tinha um medo muito grande de se engasgar ao ponto de não conseguir se alimentar. Questionei se alguma vez ela já se engasgou, e ela me respondeu que não.

Investigando um pouco mais, nos disse que a sua segunda gestação foi fruto de uma relação extraconjugal e que em certo momento foi agredida fisicamente pela esposa desse homem, com quem desde então nunca mais teve contato. Contou-me que é evangélica, contudo, na época de suas gestações há uns anos atrás estava “desviada”. Sua família sempre foi evangélica, porém, em um período de tempo diminuiu a frequência que ia até o local.

Perguntei se ela tinha vontade de se recuperar, de superar essa tristeza, de voltar a trabalhar e cuidar de suas filhas, ela me respondeu que sim, mas que não conseguia.

Durante minha conversa com ela, percebi que estava lidando com uma pessoa que havia perdido o cuidado com si própria. Seus relatos iniciais indicavam a necessidade de ouvi-la mais para melhor entender como ela chegou nesse estado. Suspeitamos de uma depressão, pânico ou até mesmo de um quadro mais paranoide por não querer comer ou sair de casa por medo. Precisávamos de apoio para entendê-la melhor. Pude perceber, também, as condições precárias de higiene devido a infestação de piolhos em sua cabeça, sendo possível observar inúmeros deles sobre seu cabelo, suas unhas estavam quebradas e sujas e sua mãe relatou que ela era resistente a tomar banho. Ademais, o seu tom de voz baixo me passava a impressão que estava com medo de algo e envergonhada com nossa presença. Neste primeiro momento eu tinha impressão que ela não tinha forças para andar, realizar atividades sozinha devido a sua magreza, implicando na perda de sua autonomia.

Consequente, fui conversar com sua mãe, e a mesma mostrava-se bastante preocupada com sua filha.

Ela precisa de ajuda, mas eu sozinha não consigo cuidar dela, da casa, das minhas netas e levar ela no médico. A minha filha mais velha

passa o dia todo fora de casa trabalhando com o marido. Eles que ganham o sustento da casa. Muitas vezes eles se incomodam com ela que fica o dia todo aí, parada, sem fazer nada. Isso dá uma briga que faz ela se encolher mais aí.

Disse que seu filho epilético que a ajudava, às vezes, dentro de casa, mas que passava algum tempo fora realizando “bicos”. Contou-me que conheceu apenas o pai de sua primeira neta, contudo o relacionamento entre ele e sua filha não deu certo, e ele se distanciou mudando de cidade. O problema parece ser mais intenso com o pai da segunda neta, disse que “não conheço e nem quero”.

Contou-me, também, que seu marido, o pai da paciente faleceu uns anos atrás e que, ele tinha uma forte relação com sua filha. Josefina ouvia muito os conselhos do pai, que o mesmo cobrava muito atitude da filha para sair daquela situação e que após a morte dele a tristeza da filha aumentou ainda mais.

Nos disse que nos últimos meses a paciente não conseguia mais ajudar em casa, que ainda cuidava de suas filhas, mas até isso não estava conseguindo mais. Que parou de se alimentar, de se cuidar e que se sentia sobrecarregada com tantas coisas para cuidar.

Percebi que essa mãe nutria sentimento por sua filha, se importava com seu estado, mas que devido a estar sobrecarregada com o cuidado das netas e afazeres de casa não conseguia dar se dedicar ao caso da filha como desejava. Além disso, era uma pessoa com baixa escolaridade e que teve pouco acesso a informação, que a impedia de certa forma de entender a gravidade da situação ou pensar que havia uma solução. Percebe-se pela reação da família uma cultura local que considera os problemas de saúde mental como falta de força de vontade. Como se dependesse somente dela para sair daquela situação. E a cada expectativa não correspondida, parece que Josefina se retrai ainda mais.

Após essa visita, entendi que a demanda não só daquela paciente, mas de toda sua família estava extrapolando os serviços que os profissionais da UBS conseguiam oferecer naquele momento. Naquela família havia uma demanda social, em que a mãe não conseguia cuidar de sua filha doente e que o processo de adoecimento daquela paciente precisava ser entendido para tentarmos ajudá-los. Discutimos entre

nós do grupo e nossa preceptora os fatores que contribuíram para todo aquele processo.

Essa paciente passou momentos que determinaram vários pontos importante em sua vida. O seu território era composto por uma comunidade evangélica extremamente conservadora, no momento que houve a primeira gestação, ela sendo solteira, isso certamente já gerou algum efeito em sua família e em sua igreja, com a mesma desenvolvendo distúrbio depressivo logo após o parto, mas que logo pôde se recuperar. Sua segunda gestação novamente ocasionou outro impacto em seu território, pois era considerado o mesmo erro novamente sendo cometido e com o agravante de ser resultante de uma relação com um homem casado. Aos poucos, essa mulher sentia-se oprimida e excluída da sociedade, ocasionando decepção em sua família. E para piorar a situação, foi agredida fisicamente pela mulher do pai de sua filha, o que significou uma humilhação muito grande para ela e para sua família. Na segunda gestação ela entrou em um quadro depressivo mais intenso, que resultou em sua reclusão dentro de casa, provavelmente por vergonha da sociedade, e do qual não conseguiu mais se recuperar. Com isso, além de conviver com esse sentimento de vergonha, exclusão da sociedade e decepção de seus pais, teve que lidar com a morte de seu pai que me pareceu ser o seu suporte na vida. A partir disso, somando-se à vergonha e à decepção sentia remorso pela morte de seu pai, o que contribuiu ainda mais para piora de seu quadro mental.

Entretanto, ainda ficava em suspenso os motivos pelos quais Josefina repetia as mesmas atitudes. Sua história sexual relacionado a situações com desfechos com grandes consequências existenciais: mãe solteira de dois filhos com histórias mal resolvidas com seus amantes. Tudo isso numa família conservadora em que suas atitudes eram reprovadas, parecia indicar algum sintoma, uma tendência a repetição que se agravava a cada nova situação. Uma impossibilidade familiar e territorial de expressão de seus desejos, de sua sexualidade?

4.3 Elaborando o PTS

Após discussão acerca desse caso, o nosso grupo decidiu que esse seria o nosso PTS. A partir disso, junto a nossa preceptora começamos a planejar as próximas ações. Foi nos sugerido que marcássemos uma reunião com os

profissionais do NASF e da equipe de saúde para iniciarmos a elaboração do projeto e orientado para que enfatizássemos o convite ao médico e ao enfermeiro. Articular com a ESF e com o NASF era ao mesmo tempo condição e desafio do PTS. Sem a participação da ESF e o NASF não é possível desenvolver o PTS, uma vez que essa é a equipe que, em tese, é responsável pelo caso. Entretanto, o PTS não faz parte da cultura institucional da Atenção Básica em São Luís-MA. Logo, a condição era também um dos objetivos.

Nesta reunião, contudo, esteve presente os profissionais do NASF, a assistente social, a nutricionista, a psicóloga e nós alunos. A ESF não esteve presente. Nosso raciocínio durante o planejamento se baseou no fato de percebermos que o estado nutricional da paciente demandava urgência, ela precisava recuperar seu peso e com isso sua imunidade para que tivesse condições de viver para que pudéssemos ajudá-la na recuperação de sua saúde mental. A situação física era mais urgente, e provavelmente precisaria de uma internação hospitalar pelo seu quadro de desnutrição. Mas por ser uma desnutrição desencadeada por um quadro de transtorno mental avaliamos que uma consulta com o psiquiatra poderia nos orientar nesse caminho: se seria mais apropriado ela realizar sua terapia em casa, com apoio do psiquiatra e acompanhamento do NASF/ESF ou internada em um ambiente hospitalar. Em função do seu quadro de desnutrição avaliamos que dificilmente o CAPS teria condições de responder aquela demanda de desnutrição que era a mais urgente, pois a colocava em risco de vida. A equipe do NASF achou mais fácil acessar o psiquiatra de uma unidade mista do que o psiquiatra do CAPS.

Achamos que seria necessário, também, ela ser avaliada novamente por sua médica na ESF, pois a mesma poderia exercer a clínica com um olhar mais ampliado da paciente, objetivando um planejamento mais abrangente para sua vida, não somente de uma parte, como poderia ocorrer com o psiquiatra. De todo modo tínhamos dúvidas sobre qual seria o encaminhamento mais apropriado para resolver isso decidimos que essa paciente precisava:

- ✓ de acompanhamento multiprofissional,
- ✓ da avaliação de um psiquiatra,
- ✓ do acompanhamento clínico com o médico de sua equipe,
- ✓ acompanhamento com a psicóloga do NASF quinzenalmente,
- ✓ acompanhamento com a nutricionista do NASF

- ✓ os estagiários, daríamos suporte a articulação desses serviços e apoiariamos a assistente social na tentativa de encaminhamento da paciente a um psiquiatra.

Durante nossa reunião concordamos que a paciente devido ao seu contexto de vida e por todas as situações que já passou sofria de algum distúrbio, devido ao seu quadro clínico, sua história progressiva e seu diagnóstico prévio pressupomos se tratar mesmo de um quadro depressivo que se iniciou após sua primeira gestação e foi se agravando com o tempo conforme as ocorrências em sua vida. Sabíamos que para ela se recuperar daquilo que sofria, não necessitaria somente do psiquiatra ou do antidepressivo, mas sim de uma mudança de sua percepção acerca de sua família, de seus amigos, da igreja, de sua comunidade, do seu território e de tudo que o compunha.

Para paciente, esse território era hostil e em sua mente ela não podia pertencer a ele por sua história de vida nos últimos anos. Desta forma, percebemos que ela precisava promover mudanças de forma que não se sentisse deslocada do território e que fosse capaz de tornar-se produtora e detentora de seu território existencial, que até então, era um que haviam denominado para ela o qual ela deveria viver. A paciente, com sua história de vida, provavelmente tentava se encaixar em padrões sociais de comportamento onde não lhe cabiam, os quais lhe disseram ser o correto. Contudo, nesta tentativa de se encaixar, ela percebia que estava descolada, e esse deslocamento a todo tempo gerou frustração em sua mente. Provavelmente esses processos eram inconscientes, sendo muito mais uma construção defensiva frente as adversidades da vida.[...] a problemática da loucura – e de tantas outras linhas de fuga que são traçadas em processos vitais de dissidência e/ou deserção – é a de uma desterritorialização que muitas vezes se reterritorializa em territórios mínimos, muito fechados, para constituir uma proteção contra o caos, ou em territórios paradoxais, quando se faz da própria desterritorialização um território subjetivo (PELBART, 2003).

O território quando entendido a partir da noção de lugar, não se restringindo a noção de dimensão física, comporta produções subjetivas de cada indivíduo, como suas redes de relações únicas que produzem certa identificação dele com o lugar. Sendo cada lugar *lócus* de produção, de adoecer, de viver e de curar. Por ser um lugar, o território surge da produção subjetiva da articulação do desejo e o social. Esta

intensa produção surge do contato entre corpos, de linguagens, saberes e percepções. E a partir desses contatos, emergem os afetos as forças desejanças (SILVA; PINTO, 2013).

Pudemos realizar um diagnóstico clínico a partir desses primeiros contatos que tivemos com ela e sua família. Porém, seu diagnóstico ampliado e a importância dele só pudemos obter com o decorrer do projeto, pois só após ela nos aceitar fazer parte de sua vida e assim estabelecermos vínculos é que pudemos conhecer seus medos reais e suas reais necessidades. Só após a criação deste vínculo é que pude realmente entender o processo de adoecimento de nossa paciente e compreender um pouco do que se passava em sua vida.

4.4 O planejado e o manejo do plano

Após uma semana, a assistente social nos informou que havia conseguido uma consulta para paciente na Unidade Mista Itaqui-Bacanga com o psiquiatra, porém a consulta somente se daria em um mês. Nesta semana, durante uma visita da paciente acompanhada sua mãe na UBS para acompanhamento psicológico soubemos que ela continuava se recusando a se alimentar, e que estava evoluindo de forma que só aceitava alimentos líquidos, o seu mingau. Nesse momento, nos sentimos apreensivos, pois percebemos que a cada dia que passava o seu estado físico e mental se comprometiam cada vez mais, tínhamos um agravamento muito maior de sua saúde. Sabíamos que ela necessitava de algo a mais para retomar hábitos saudáveis como se alimentar e realizar sua própria higiene.

Preocupados com ela e junto a assistente social, avaliamos que seria necessário articular com urgência uma consulta com um psiquiatra no Hospital Nina Rodrigues, e em uma semana conseguimos agendar essa consulta para a mesma semana. No dia da consulta pude ter um tanto de esperanças quanto a sua recuperação, pois a paciente teve a iniciativa de se arrumar para sair de casa, vestindo-se com umas das roupas que mais gostava de usar para se sentir bonita e penteando seu cabelo. Quando chegamos ao Nina, tivemos que esperar cerca de 30 minutos para sermos atendidas, neste tempo Josefina optou por permanecer no carro, pois não queria que as pessoas as observassem e depois de uns minutos logo estava pedindo para ir embora. Quando finalmente fomos levá-la para consulta, ela estava

falando que não ficaria internado naquele local e demonstrou muito medo. Nessa hora, conseguimos acalmá-la e ela confiou em nós. Na consulta com a psiquiatra, a profissional confirmou o quadro depressivo dela e receitou um antidepressivo. Contudo, ela nos informou que não poderia dar seguimento no caso e que ela deveria acompanhar com o psiquiatra da Unidade Mista.

4.5 Rearticulando com o saber local

Em uma outra reunião entre nosso grupo com a ACS, a assistente social, as nossas preceptoras pudemos discorrer mais um pouco sobre o caso da paciente. A presença da ACS foi preciosíssima para que pudemos compreender ainda mais o território de vida da paciente e seu processo de adoecimento. Pudemos nos certificar que o ACS é um importante elo da UBS com a comunidade. A partir desta conversa compreendemos a importância do “sábio local”, como denominado por Milton Santos, na execução da clínica. Pois só a partir dele foi nos permitido compreender mais profundamente a história daquela paciente e reconhecer a importância daquele território singular no processo de adoecimento da paciente.

Através do ACS pudemos ser alertados em como a Josefina sentia-se naquela comunidade e entender que sua doença não era somente um problema orgânico, mas resultado do meio onde estava inserida. Desta forma, em nosso processo de trabalho na oferta de serviços em saúde, o saber global que adquirimos em nossa Universidades não consegue cumprir seu papel se não estiver aliado ao saber local. Assim, a participação do ACS no diagnóstico ampliado e na oferta do cuidado é essencial, pois o mesmo é detentor do conhecimento que torna o território singular e único.

Ela nos informou que antes da paciente engravidar ela era uma menina normal, com amigos, que trabalhava, que saía para se divertir e parecia ser feliz. Contudo, com as suas gestações passou a ser motivo de decepção para sua família e passou a ser excluída por sua igreja, contexto onde eles estavam inseridos naquele momento. Que antes disso, as pessoas da igreja iam em sua casa e os procuravam, porém, após suas gestações e o caso extraconjugal a igreja se afastou de sua família, os excluindo de seu meio. A família considerava a igreja uma instituição importante em sua rede, com a qual havia uma relação próxima e havia intensa troca de energia. Contudo, a

partir de algumas escolhas de vida de sua filha, a família sentiu-se excluída da sociedade e esse peso recaíndo todo sobre a paciente. Mais uma vez tivemos certeza de como estudar o território o qual nossa paciente estava inserida era importante para entender este caso. O processo de adoecimento dela teve fatores determinantes, como a comunidade conservadora onde ela estava inserida, a sociedade machista a culpabilizando o tempo todo por suas gestações e o caso extraconjugal e cobrança de seus pais em seguir padrões de comportamentos para que ela não fosse motivo de vergonha para sua família.

4.6 Equipe de Saúde da Família: um ator que não comparece

Na semana seguinte, a paciente foi se consultar com sua médica da UBS, ela levava um hemograma em mãos. Ela me permitiu acompanhá-la na consulta, já se sentia mais confortável com minha companhia pois já havíamos criado vínculo. Durante a consulta, eu realmente esperava que a médica pudesse praticar a clínica ampliada e que, assim, se comprometesse com o caso, contudo a profissional olhou os exames e foi breve em suas palavras “Josefina, seus exames estão normais. Eu já disse que você precisa se alimentar para sair dessa situação”.

Neste momento, fiquei muito frustrada e percebi que não havia algo que pudesse fazer naquele momento para aquele profissional se sensibilizar com o nosso caso. Eu ainda tentei prolongar o momento da consulta questionando se havia algo que recomendava para ajudarmos na infestação de piolhos, a médica se restringiu a “Qualquer coisa na farmácia está bom”. Saindo daquela sala, entendi porque a paciente não havia sido cuidada antes, um ano antes ela havia passado por aquela mesma profissional, sendo somente lhe receitado complemento de sulfato ferro e nunca ter ocorrido o retorno ou seguimento.

Quando tentávamos referenciar a paciente para se consultar com o psiquiatra, segundo a rede de serviços de saúde, a Unidade Itaqui-Bacanga que deveria abarcar os usuários do sistema daquela região. Contudo, no primeiro momento nos deparamos com dificuldades pois a agenda do profissional encontrava-se lotada, não estando disponível para novos agendamentos. Devido ao contato direto da assistente social do NASF com profissionais da UM-Itaqui Bacanga é que essa consulta foi conseguida para ocorrer em um mês. Desta forma, percebemos o difícil acesso da

população atendida pela Atenção Básica a rede de saúde mental. Assim, tornando-se evidente a dificuldade da rede em abarcar os cidadãos que demandam cuidados em saúde mental.

Segundo o Ministério da Saúde, 56% das Equipes de Saúde da Família (ESF) afirmam realizar alguma ação de saúde mental (BRASIL, 2003). A proximidade com o território insere as ESFs como ponto estratégico da rede de atenção em saúde mental. Estima-se que 80% das demandas em saúde podem ser resolvidos pela atenção básica (WHO, 1978). Estudos apontam que 80% das demandas de saúde mental que chegam a atenção básica não necessitam de uma atenção especializada o que corrobora para a necessidade de se aprofundar a discussão sobre a função estratégica da atenção básica para o acolhimento e acompanhamento de demandas de saúde mental (FIGUEIREDO E ONOCKO CAMPOS, 2009; ONOCKO CAMPOS, GAMA, 2010; ONOCKO CAMPOS ET AL, 2011).

No entanto, o campo da saúde mental tem se configurado de modo ainda fortemente marcado por um especialismo como campo de saber e de práticas não articulados às ações básicas de saúde. Segundo Figueiredo e Onocko-Campos (2009), grande parte dos encaminhamentos aos profissionais de saúde mental não apresentam uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada. Atuar nessas diferentes formas de sofrimento deveria ser uma prática cotidiana dos serviços de atenção primária. Para as autoras, precisamos promover uma reflexão a esse respeito junto às equipes, vincular cada vez mais a assistência em saúde mental ao território e a rede social dos indivíduos, a fim de desenvolver uma clínica implicada com a constituição de sujeitos mais saudáveis e mais potentes para transformar a realidade. É preciso avançar mais na implementação do cuidado em saúde mental na rede básica, fortalecer o lugar do CAPS, como um dispositivo transitório que atue preferencialmente na interface com a comunidade. Para isso, é necessário que se potencialize os recursos existentes no território, promovendo uma discussão sobre a cultura manicomial que perpassa os mais diferentes espaços de convívio, e também, as práticas dos trabalhadores de saúde (DIMENSTEIN et al 2005).

No decorrer deste mês, vimos o estado geral da paciente piorar, ela continuou a recusar-se a se alimentar, o que ainda tomava com dificuldade era se mingau pela manhã. Em nossa última visita, a mãe referia que ela a acusava de colocar cacos de vidro em seu alimento. Além disso, ela tomou a medicação antidepressiva somente

nos primeiros dias após a consulta no Nina Rodrigues, ela já não aceitava mais ingerir a medicação, afirmando que tinha medo de se engasgar e tornar-se dependente da medicação. Com os dias passou a recusar o acompanhamento psicológico, se negando ir até UBS para psicoterapia.

Neste contexto, a Visita Domiciliar torna-se necessária para atender esses casos graves em que os usuários estão impossibilitados de ir à Unidade de Saúde realizar o acompanhamento. Os profissionais da saúde são habituados a praticar a clínica seguindo o modelo ambulatorial, o usuário indo até o serviço. A Visita Domiciliar objetiva integralizar a oferta do serviço de saúde, permitindo o cuidado chegar a quem não tem condições de buscá-lo. Infelizmente, o uso desse recurso de trabalho atualmente não é muito empregado pela equipe de ESF. Assim, muitas vezes pacientes que necessitam dessa atenção são negligenciados deixando de ter suas demandas nos serviços de saúde atendidas, isso impactando negativamente na vida de quem demanda esse cuidado.

4.7 Um pouco mais de esforço: mediando a articulação com a saúde mental

Neste dia, fomos eu e a assistente social até a sua casa para conversar com ela, saber o que se passava e convencê-la a continuar a terapia. Quando chegamos lá, cerca de 10 h da manhã, ela estava com a roupa de dormir sentada no sofá de sua sala, esfriando o seu mingau com uma colher apenas dizendo que não estava com vontade de ir. Ao desenvolver o diálogo com ela eu tentei entender seus motivos, mas eu não encontrava lógica em sua fala. Até que em certo momento, sabendo de sua crença religiosa, tentei convencê-la de ir conosco afirmando que essa oportunidade era Deus que estava dando para ela se curar disso que a fazia sofrer e com poucas palavras consegui convencê-la a ir se arrumar e ir conosco realizar a terapia naquele dia.

Com o passar dos dias, chegou a data de sua consulta com o psiquiatra na Unidade Mista, o qual poderia lhe dar seguimento. Neste dia, também, pude acompanhá-las. Acredito que com minha companhia ela sentia-se mais segura para sair de casa e menos desconfortável em ambientes com muitas pessoas, e além disso, eu poderia fornecer informações acerca da vida da paciente e de suas demandas no momento da consulta, que seja por falta do interesse profissional ou pelo não

estabelecimento de vínculos entre eles o médico poderia perder detalhes importantes da história, com isso comprometendo um diagnóstico e terapia mais eficaz. Eu só realizava isso, na verdade, porque a paciente me permitia.

Na consulta, o psiquiatra confirmou o diagnóstico de depressão e que a paciente provavelmente estava desenvolvendo episódios psicóticos, contudo precisaria conhecê-la mais para dar certeza e isso só ocorreria com o tempo. Ele trocou o seu medicamento, receitando um antidepressivo que tinha como efeito colateral aumentar o seu apetite, o que a ajudaria no ganho ponderal. No final da consulta, o mesmo voltou-se para ela e disse que ela precisava se esforçar para tomar a medicação e se alimentar mais, pois se com o retorno em um mês não houvesse melhora ela seria internada. A partir desse instante, fiquei revendo o momento da consulta desde o início até o fim. Me perguntei se a consulta ocorreu de modo que possibilitasse o profissional conhecer a história da uma paciente, entender suas necessidades e o que pode ser melhorado em sua vida para auxiliar a terapêutica. Refleti acerca da postura do profissional, que devido a formação médica deficiente de humanização, serve mais como uma barreira para criar um vínculo entre esses dois seres humanos que estão ali sentados um de frente para o outro. Pensei, também, se o tom ameaçador usado por ele com a paciente teria efeitos positivos em sua adesão a terapia multiprofissional e na recuperação de sua autonomia ou serviria para aumentar ainda mais a distância entre a paciente e os serviços de saúde, pois devido ao medo ela tentaria se desvincular dos profissionais para não ser internada.

Dias após essa consulta, ao entrarmos em contato novamente com a família por telefone, a irmã nos informou que a Josefina havia piorado, se negava a comer, a tomar a medicação, a tomar banho, a sair de casa e a procurar profissionais da saúde. Nesta ligação a família nos solicitou o tempo de um mês para que eles tentassem um tratamento religioso para a mesma, pois o pastor de sua igreja acreditava que o seu caso era obsessão espiritual. Assim, percebemos que a família e a paciente queriam exercer autonomia sobre neste caso e então achamos certo respeitar esse espaço mesmo que isso pudesse estar comprometendo a paciente. Achamos que não cabia a nós sermos invasivos a ponto de forçar a nossa relação neste momento que a família queria seu espaço.

4.8 A longitudinalidade

Neste período de um mês solicitado pela família, o tempo de estágio de nosso grupo encerrou. Saímos da UBS sem estarmos acompanhando de perto o que se passava com a Josefina naquele período. Contudo, o grupo de estagiários que iriam iniciar o estágio naquele local se interessaram por este caso decidindo dar seguimento ao PTS da paciente. Informações acerca da Josefina que possuímos são baseados nos relatos deste novo grupo:

Conforme relatos, soube que após o período que a família havia solicitado para realizar o tratamento religioso em Josefina o contato foi retomado e realizado uma nova visita. Nesta visita, foi percebido uma piora do estado geral da paciente, com a perda de peso e desenvolvimento de mais fobias, como tomar banho e deixar as portas sempre abertas. Após essa visita, realizaram uma reunião onde discutiram acerca do caso:

[...] discutimos, com a assistente social do NASF a possibilidades de um acompanhamento intensivo mais de perto, com visitas frequentes à casa dela, mas com a ACS de férias e sem a disponibilidade de outro membro da equipe para cumprir essa função, acabamos achando que uma internação em um hospital geral via unidade mista seria o mais indicado. Porém, havia alguns empecilhos e dúvidas. Então levamos o caso para discussão com o restante de estagiários e demais professores do internato de saúde pública, e depois de exposto o caso, ficou decidido que iríamos sugerir para os profissionais e a família da paciente uma internação no Hospital Nina Rodrigues. Para tanto, foi realizado contato com a psiquiatra preceptora da residência do hospital para exposição da situação e pactuação da conduta a ser tomada. A psiquiatra também foi enfática na necessidade de realização de uma internação em função do risco de morte. A equipe e a família aceitaram a sugestão e foi marcada outra visita a Joseane, agora para a realizar a internação. Fomos a casa dela e lhe dissemos que havíamos marcado uma consulta com um psiquiatra no hospital Nina Rodrigues. Chegando lá ela foi internada, mas continuava resistente a internação o que estremeceu o pouco vínculo que nós, estagiários, havíamos criado com ela. No momento da internação ela estava pesando 28 quilos, estava bastante debilitada clinicamente e com uma depressão bem agravada.

Relataram que algumas semanas após a internação da Josefina voltaram ao Hospital onde estava internada e, logo no início, já puderam notar uma melhora

considerável do seu estado geral. Segundo eles, a paciente relatou que estava arrependida de ter ficado magoada com eles, que já ingeria alimento pastoso e se alimentava melhor. Além disso, puderam observar a melhora de sua higiene pessoal.

Após isso, passaram a planejar forma de garantir assistência e seguimento adequado após a internação da paciente, além do acompanhamento de toda a família. Contudo, assim como nosso grupo, perceberam que somente o grupo de estagiários, a assistente social do NASF e ACS continuavam envolvidos com o caso ali na UBS:

Nesse momento atentamos para o fato de que as únicas profissionais que estavam acompanhando o caso da paciente eram a assistente social do NASF e a ACS, mas os outros profissionais da equipe de referência dela não estavam envolvidos nas discussões de caso, nas visitas, nem na internação. Portanto decidimos investir para que a equipe de referência voltasse a assumir o caso, e a assistente social NASF não ficasse tão sobrecarregada e pudesse realizar a função de apoio matricial à equipe de ESF e não ser responsável pelo cuidado sem articulação com a ESF.

Antes de elaborarem alguma intervenção para aproximar a família da equipe de referência, receberam a notícia que a Josefina havia sido diagnosticada com tuberculose pulmonar, desta forma acionando a vigilância epidemiológica que entraram em contato com a equipe da ESF responsável por aquela família para que fizessem a busca ativa nos contatos. Os estagiários viram nesta situação a oportunidade de realizar a aproximação que almejavam, realizando contato com a enfermeira da equipe. Na ocasião a convidaram para realizar uma visita a paciente no hospital, contudo a mesma não pôde ir, indo os estagiários e a ACS.

Nesta visita puderam conversar com a médica que estava acompanhando Josefina em sua internação, ela relatou que a paciente teve ganho de peso de três quilos, já se alimentava com alimentos sólidos por vontade própria e estava mais aberta ao diálogo. Além disso, disse que a paciente não passaria muito mais tempo internada e que pretendia realizar o acompanhamento ambulatorial após sua alta. Quando foram visitar a paciente em seu leito puderam observar a melhora significativa do seu estado, como relatado:

[...] fomos falar com Josefina que estava almoçando: arroz, feijão, bife. Falamos um pouco com ela, estava falando mais alto, já fazia contato visual, e apesar de querer voltar para casa, mostrava uma boa aceitação da

internação e tinha consciência de que foi importante para que ela pudesse se recuperar.

Logo após essa visita o grupo encerrou o estágio naquela unidade.

5 CONCLUSÃO

No contexto atual de construção das Redes Temáticas (BRASIL 2010), em especial a Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011), novas questões vêm emergindo sobre a construção de redes e as relações concretas entre a dimensão especialista do cuidado e a generalista e o papel estratégico da atenção básica. Cecílio et. al.(2012) chamam a atenção para a necessidade de analisar as dimensões concretas que definem o acesso e regulam os modos de utilização dos serviços, dentre as quais, a do próprio saber dos usuários, que criam desenhos singulares de redes, para além do que está regulamentado por portarias e normativas.

Embora dados apontem para uma função potencial da AB no cuidado a problemas de saúde mental, entendemos que tais informações precisam ser qualificadas para que possamos compreender as reais possibilidades que a AB tem para lidar com casos de saúde mental. Por ser a principal porta de entrada para o sistema de saúde e por ser, pelo menos em tese, responsável pelo cuidado longitudinal das doenças crônicas e do cuidado da população do seu território de adscrição e pela conseqüente organização da rede de cuidado, tais informações apontam para a necessidade de entender como a AB tem atuado na articulação do cuidado em saúde mental para a ampliação do acesso e qualificação da rede de atenção, uma vez que se sabe que a tarefa de fortalecimento de ações com base territorial sofre forte impacto das políticas corporativistas, que tendem a gerar fragmentação nos processos de trabalho e especialização da atenção (STARFIELD, 2002; CAMPOS ET AL, 2008).

O PTS foi uma ferramenta que nos inseriu, enquanto alunos de medicina, na interface entre o território existencial e a rede assistencial. Como futura profissional atuante no sistema de saúde, puder tomar conhecimento das potencialidades da AB no cuidado integral aos pacientes e entrar na realidade da maior parte das pessoas que demandam serviços de saúde. A partir disso, entendo que para o cuidado chegar por completo a quem o demanda é necessário tomar consciência que isso é possível quando ele é ofertado articulando-se todos os saberes, o multiprofissional, o saber local e o saber que reside no paciente. Ademais, usando-se dessa ferramenta pude entender o sentido mais amplo do cuidado, que vai além das paredes da sala de aula e do hospital. O cuidado, na minha percepção, é uma ação que só se exerce de forma integral quando se conhece o território da comunidade e do paciente por meio da

criação de vínculos, e respeito a autonomia dos indivíduos. Desenvolvi a ideia de que cuidar, nem sempre significa intervenções invasivas, prescrever medicação e solicitar exames, mas que muitas vezes basta uma conversa entre duas pessoas iguais, sem relação de hierarquia, para que ele seja praticado.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria 4. 279 de 30 de dezembro de 2010. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2010b.

BRASIL. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, 2011.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde.** Brasília, 2010. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34.** Brasília Ministério da Saúde, 2013, p.176.

DIMENSTEIN, M; SANTOS, Y.F.D; BRITO, M.; SEVERO, A.K., MORAIS, C.; **Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família.** Mental. 2005;3:23-41.

FIGUEIREDO M.D., ONOCKO CAMPOS R. **Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?** Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):129-138, 2009.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito.** 2a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2006.

FRANCO, TB. **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da Estratégia Saúde da Família.** São Paulo: Hucitec; 2009.

PERROUX, François. O conceito de polo de crescimento. In: FAISSOL, Esperidião (Org). **Urbanização e Regionalização**. Secretaria de Planejamento da Presidência da República, 1978.

GIDDENS, Antony. **Modernidade e Identidade**. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

LIMA, M.C. **Monografia: a engenharia da produção acadêmica**. Revista Atual, São Paulo, 2008.

LIMA, EMFA ; YASUI, S. **Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial**. *Saúde debate* [online]. 2014, vol.38, n.102, pp.593-606. ISSN 0103-1104.

MERHY, EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

OMS – **Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: Biblioteca da OMS, 2001, p. 173 .

ONOCKO CAMPOS, R. ET AL. **Saúde mental na atenção primária em saúde: estudo avaliativo numa grande cidade brasileira**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4643-4652, para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In: ONOCKO CAMPOS, R., FURTADO, J.P., 2011.

ONOCKO CAMPOS, R; GAMA, C. **Saúde mental na atenção básica**. In: Campos,G.W e Guerrero, A.V. (Orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo, Hucitec, 2010, pp. 221-246.

QUEIROZ, D. et al. **Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde**. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 15, n.2, p. 276-83, abr/jun 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas**. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, ano 1, n.1, jul., 2009.

SANTOS, M. **O território e o saber local: algumas categorias de análise.** Cadernos IPPUR 1999; 2:15-25.

SANTOS, M. **Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico informacional.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997a.

SANTOS, M. **Técnica, espaço, tempo. Globalização e meio técnico-científico informacional.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997b.

SANTOS, M. **O retorno do território. Território globalização e fragmentação.** 3. ed. São Paulo: HucitecANPUR, 1996. p. 15-20.

SILVA, MRF. et al. **O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família.** REME, v. 19, n. 1, p. 249-254, 2015.

SILVA, MRF; PINTO, FJM. **Produção científica e sua aproximação com a saúde coletiva: multiplicidades de objetos e métodos.** Fortaleza: Editora da UECE; 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

RIGHI, LB. **Produção de Redes em saúde: acordos, confrontos e reparos.** A Saúde coletiva: diálogos contemporâneos. Ijuí: Unijuí, 2005.