



**Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Saúde Coletiva
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental**



Estratégias de cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica: da cronificação às crônicas narradas

Débora Song Shimba

Campinas
2020

Estratégias de cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica: da cronificação às crônicas narradas

Trabalho de Finalização do Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de
Campinas

Orientador: Prof. Dr. Bruno Ferrari Emerich

Campinas
2020

Resumo: Este trabalho faz parte do processo de finalização do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Campinas. A partir da inserção da residente em uma Unidade Básica de Saúde do município de Campinas, pretende-se discutir sobre a cronificação do cuidado em Saúde Mental pelos serviços da Atenção Básica e discorrer sobre estratégias de cuidado singulares. A discussão se dá a partir do relato de experiência e da narrativa de casos clínicos atendidos na UBS. Identificando a falta de discussão clínica dentro desses serviços e o consequente esvaziamento das estratégias de cuidado, propõe-se a retomada de uma proposta clínica consistente como um dispositivo de descronificação das práticas pelos serviços da Atenção Básica. Discute-se, dessa forma, a superação da dicotomia criada entre saúde coletiva e clínica, que ainda encontra-se presa a uma crítica ao modelo clínico biomédico. Em contraponto a esse modelo, parte-se do conceito de clínica do sujeito, trazendo autores e conceitos com referenciais para além dos indicadores tradicionais da saúde e que podem amparar a criação de diferentes práticas em Saúde Mental nos serviços.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Básica; Cuidado em Saúde; Clínica.

*Todo dia ela faz tudo sempre igual
Me sacode às seis horas da manhã
Me sorri um sorriso pontual
E me beija com a boca de hortelã*

*Todo dia ela diz que é pr'eu me cuidar
E essas coisas que diz toda mulher
Diz que está me esperando pr'o jantar
E me beija com a boca de café*

*Todo dia eu só penso em poder parar
Meio-dia eu só penso em dizer não
Depois penso na vida pra levar
E me calo com a boca de feijão*

*Seis da tarde como era de se esperar
Ela pega e me espera no portão
Diz que está muito louca pra beijar
E me beija com a boca de paixão*

*Toda noite ela diz pr'eu não me afastar
Meia-noite ela jura eterno amor
E me aperta pr'eu quase sufocar
E me morde com a boca de pavor*

(...)

Chico Buarque - Cotidiano

ÍNDICE	5
APRESENTAÇÃO	6
INTRODUÇÃO	7
A implantação da Atenção Básica no Brasil	7
Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde	8
A cronificação do cuidado em Saúde Mental pelas UBS	11
OBJETIVO	13
METODOLOGIA	14
O relato de experiência e a função de um caso clínico	14
Campo de experiência	14
Falando sobre os casos clínicos	16
DISCUSSÃO	16
As Crônicas de Camélia e Azaléia	16
As Azaléias e Camélias nas UBS: como ajudá-las a florescer?	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

APRESENTAÇÃO

Como produto de dois anos como residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNICAMP, este trabalho vem como a possibilidade de trazer para a relação muitos dos afetos e encontros que me atravessaram e me deixaram marcas. Ao longo desse processo, somos convocados constantemente ao (re)encontro de si e do outro em seus diversos tipos de relação e contextos. Diferente de muitas experiências de trabalho, esse contexto em nada se assemelha a uma prática protocolar, no qual você pode sair ileso e despercebido. Pelo contrário, a Saúde Mental e o processo de ocupar o papel de residente te convocam constantemente ao encontro com o diferente e o inesperado, o que inevitavelmente trazem consigo mudanças subjetivas em cada envolvido.

Ao longo desses dois anos, pude experimentar e imergir em diferentes serviços da rede de saúde de Campinas, com diferentes profissionais, usuários, funcionamentos, espaços e papéis exercidos. Durante o primeiro ano vivi um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS III AD), o CAPS AD Reviver. Sob a temática do sofrimento psíquico vinculada ao uso de substâncias, encontrei-me com sujeitos que traziam consigo não apenas o tipo ou a quantidade da substância que fazia uso, mas que em toda sua complexidade carregava consigo todas as marcas de sua história, relações e atravessamentos sócio-políticos. E em cada um, se via e fazia entender a necessidade de pensarmos e consolidarmos um cuidado em saúde mental em liberdade.

Em meu segundo ano, uma outra vivência: uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em uma aproximação com a Atenção Básica (AB). A essa discorrerei um pouco mais, já que trata-se do local no qual aconteceram os momentos disparadores deste trabalho. Não só em sua distinção com um CAPS, essa imersão trouxe outra singularidade.

Em um contexto inédito, passei por esse período durante o combate à pandemia de COVID-19. A centralidade das Unidades Básicas no combate à pandemia reestruturara todo o trabalho dentro do serviço e a Saúde Mental não escapou dos seus efeitos. Diversas atividades foram canceladas e novos processos de trabalho foram estruturados. Agora, todos os trabalhadores se encontravam cobertos com equipamentos individuais de proteção (EPI) e foi feita uma separação espacial na UBS: a ala do atendimento aos sintomáticos respiratórios - apelidado de “Covidário” - e a ala “não contaminada”, onde eram atendidas as demais demandas. As atividades grupais estavam canceladas, assim como se restringiram os atendimentos individuais de toda ordem. Os agendamentos de consulta estavam fechados e a UBS estava toda voltada ao COVID-19 e a outras pequenas urgências que chegassem. As atividades de promoção e prevenção foram suspensas, assim como as atividades em território.

Para a Saúde Mental, que ainda possui um caminho a ser percorrido para sua consolidação dentro da Atenção Básica, os efeitos também foram intensos. Uma área que não se dá como “linha de frente” ao combate contra o COVID-19 tornou-se um espaço de criação de novas formas de se fazer cuidado ao sofrimento psíquico em um contexto no qual as estratégias estavam tão restritas.

INTRODUÇÃO

A implantação da Atenção Básica no Brasil

Previamente a discussão proposta, torna-se necessário uma breve historicização da instituição da Atenção Básica dentro do Brasil e a inserção da Saúde Mental nesta. Se hoje falar sobre Saúde Mental na Atenção Básica não soa estranho aos nossos ouvidos, isso é devido a uma história de construções prévias que lutaram para que ela tivesse seu lugar minimamente garantido. Contudo, apesar de hoje existirem estratégias e fluxos estabelecidos para a inserção da Saúde Mental dentro da Atenção Básica, no cotidiano dos serviços essa relação nem sempre é garantida.

A discussão que culmina na formulação da Atenção Básica traz uma virada sobre a compreensão do processo de saúde-doença, com propostas de novas estratégias de organização dos sistemas de saúde dos países. Esta foi sendo formulada como um novo modelo que visa aumentar e tornar mais eficaz o acesso à saúde, revertendo o enfoque hospitalar e curativo para um direcionamento preventivo, coletivo, territorializado e democrático (Fausto e Matta, 2007). No Brasil, a implantação da Atenção Básica vem em consonância com o processo da reforma sanitária, visando uma nova compreensão do modelo de saúde e a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como norte a conformação de um sistema de saúde público e universal, que garanta o direito à saúde a todo cidadão brasileiro de forma integral, longitudinal e equitativa.

A Atenção Básica vai se constituindo, dessa forma, como a porta de entrada principal no sistema de saúde, sendo a coordenadora do cuidado dos sujeitos e suas famílias. Suas unidades encontram-se territorializadas, geograficamente próximas de sua população, permitindo assim uma participação e compreensão da dinâmica singular daquela comunidade. Sendo o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, é a organizadora dos recursos da rede, tanto básicos como especializados, prevendo-se que daria conta de acolher e resolver 80% das demandas de saúde. É uma estratégia fundamental para reorientação do modelo de atenção do SUS (Fausto e Matta, 2007). Por sua localização privilegiada em território,

também prevê um acompanhamento integral e longitudinal das famílias daquele local. Não é apenas um serviço no qual procura-se quando há alguma queixa orgânica específica, mas prevê um cuidado para além da queixa imediata e emergencial, abrangendo ações fora das salas de consultórios e atendimentos para além do modelo biomédico. Abarca um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo como a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (Brasil, 2013). Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2013).

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem como o modo implantação e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde¹(APS). Construída em 1994 - no início com o nome de Programa de Saúde da Família - ela amplia a cobertura em saúde onde antes era mais restrito às populações mais vulneráveis. Também, em 1996, com a Norma Operacional Básica do SUS (NOB/96) o PSF passa a ser o modelo de orientação da APS em substituição ao modelo tradicional (Morosini, Fonseca e Lima, 2018). Dessa forma, a Estratégia de Saúde da Família vai se consolidando como a forma de se fazer uma APS forte e em consonância com o preconizado - “capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)” (Morosini, Fonseca e Lima, 2018, p. 13).

Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde

A Saúde Mental dentro da APS vem em consonância com esse novo sistema que se vinha pensando na época. Norteadas pelo movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, a Saúde Mental foi se construindo em um movimento de fechamento das instituições totais e a luta por um cuidado aos transtornos mentais em liberdade, em inserção na sociedade. Assim, foram sendo criados serviços substitutivos aos manicômios, formando-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No exercício de sua função, a Atenção Básica também se constitui como um dos serviços que compõem a RAPS, como porta de acesso mais fácil ao sujeito com sofrimento psíquico. A APS pretende cuidar de várias das questões de saúde no que diz respeito aos seus diversos determinantes de saúde, não só aos individuais e biológicos. Isso inclui as demandas de sofrimento psíquico que vêm ligadas

¹ Para os fins deste trabalho, usarei Atenção Primária à Saúde como sinônimo de Atenção Básica.

aos sujeitos, suas famílias e comunidade e que podem encontrar acolhimento e cuidado no próprio serviço da atenção básica, sem necessariamente precisar de encaminhamento para um serviço especializado de Saúde Mental. Alguns estudos e indicadores vão mostrando que as queixas de Saúde Mental estão entre os pedidos mais comuns das demandas que chegam à APS (Onocko Campos et al., 2011), reforçando a importância da discussão da Saúde Mental na APS. Ademais, estudos também mostram que há uma rede mais consistente para o cuidados aos transtornos mentais mais graves e persistentes, mas que o mesmo não acontece em relação aos transtornos mentais comuns (Onocko Campos e Gama, 2000) - que justamente são a maior parte dos casos da Atenção Básica.

Dentro da Atenção Básica, tratando-se de Saúde Mental, o Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) aparece como o principal dispositivo. Foi formulado em 2008, com a portaria nº 154 do Ministério da Saúde, visando o aumento da abrangência e resolubilidade das ações da APS. Formado por uma equipe multiprofissional, atua em conjunto com as equipes de saúde da família, tanto no quesito de apoio matricial, como diretamente na assistência. Campos e Domitti vão definir a ideia de matriciamento:

“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. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnicopedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial.” (CAMPOS e DOMITTI, 2007, p. 399-400).

Deste modo, os NASF vêm de forma a dar suporte e compartilhar o cuidado das demandas que chegam à APS, entendendo a complexidade das queixas que chegam aos seus serviços - já que nível primário não significa simplicidade das ações. Assim, é comum que os profissionais especialistas em Saúde Mental - como psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, etc. - se insiram na Atenção Básica através do dispositivo do NASF. Não só como um dispositivo organizativo do fluxo, o NASF também traz uma compreensão e um processo de trabalho que se alinha com os princípios da Atenção Básica e a sua lógica de cuidado. Como matriciadores, atuam juntamente às Equipes de Saúde da Família, na tentativa de romper com a lógica de encaminhamentos sem discussões e atendimentos no modelo ambulatorial - focados apenas do indivíduo e de forma isolada da equipe e da instituição.

A Saúde Mental dentro da Atenção Básica vai ganhando mais corpo, portanto, através dos NASF. Contudo, como apontam Onocko Campos e Gama (2000), ainda há uma série de dificuldades para a efetivação da Saúde Mental na APS, como: “a falta de diretrizes por parte do Ministério da Saúde, a falta de preparo técnico do profissional, as precárias condições de trabalho, a falta de investimento por parte dos gestores, dentre outros” (p. 212)

Tratando-se das políticas públicas, em 2017, a Nova Política de Atenção Básica (PNAB) também traz um novo obstáculo para a APS que ainda estava em construção e consolidação. Através de uma escrita que deixa ambiguidades, relativiza diversas conquistas da APS no Brasil. Alguns dos principais elementos dizem respeito à relativização da cobertura da APS, a segmentação do cuidado entre “essencial” e “ampliado” e o reposicionamento da Estratégia de Saúde da Família, com a retomada da Atenção Básica Tradicional (Morosini, Fonseca e Lima, 2018). Com a justificativa de corte de gastos, as estruturas da APS vão sendo sucateadas, perdendo assim sua capacidade de um cuidado universal e integral. Ademais, em janeiro de 2020, através da Nota Técnica N°3 divulgada pelo Ministério da Saúde, os NASF perdem seu credenciamento e seu financiamento federal.

“2.2. Dessa forma, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. (...) Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe.

2.3. A revogação das referidas normativas também impactam no credenciamento de novas equipes NASF-AB. *A partir de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde não realizará mais o credenciamento de NASF-AB, e as solicitações enviadas até o momento serão arquivadas.*”
destaques feitas pela autora do texto.

Não por coincidência, a Atenção Básica atualmente encontra-se em um momento frágil. Com tais relativizações que a nova PNAB e a Nota Técnica trazem, as estratégias previstas pela APS se fragilizam. Com a desigualdade existente no Brasil sua cobertura diminui e os pequenos municípios mais vulneráveis - que dependem mais do apoio federal - saem prejudicados. Se o NASF se coloca como o principal dispositivo de discussão da Saúde Mental dentro das UBS, com essa relativização, a Saúde Mental também se enfraquece dentro da Atenção Básica, correndo-se o risco de retomarmos um modelo individual e isolado, pouco acessível e biomédico.

Além do âmbito das políticas públicas, também encontram-se dificuldades dentro das próprias unidades. Dentro dos serviços, é comum nos depararmos com equipes cindidas - a equipe que cuida do corpo e a equipe que cuida da mente - e a dificuldade dos profissionais de se envolverem com as demandas de Saúde Mental. Como aponta Onocko Campos e Gama

(2000), até mesmo os profissionais especializados - como psicólogos e psiquiatras - encontram dificuldades no cuidado da Saúde Mental dentro da Atenção Básica, já que muitas formações tradicionais ainda se restringem ao campo do individual e no caso do psiquiatras, medicalizante. As demandas de Saúde Mental ainda encontram obstáculos, tocando subjetivamente os profissionais envolvidos. Alguns respondem se distanciando e não querendo entrar em contato com tais demandas, enquanto outros imergem demais, perdendo o olhar clínico (Onocko Campos e Gama, 2000).

É notável, portanto, que apesar de avanços obtidos na discussão da Saúde Mental dentro da APS, ainda há dificuldades a serem trabalhadas. Muito se tem caminhado, mas diante do contexto atual, ainda nos resta um longo trajeto a ser percorrido e consolidado no cotidiano dos serviços para que tal discussão caminhe e continue a se tornar uma relação potente.

A cronificação do cuidado em Saúde Mental pelas UBS

Ao longo da minha experiência nesse segundo ano de Residência, imersa na Atenção Básica, me deparo com muitas mulheres que se encontram cronificadas dentro da sua relação de cuidado com o serviço e nos seus modos de existirem. Mulheres de meia idade e idosas, conhecidas por toda equipe, que acessam frequentemente o serviço de saúde com uma queixa muito parecida - nervosismo, ansiedade, angústia ou tristeza generalizadas/difusas, dentre outros. Usuárias que normalmente despertam a sensação de pouca mudança e melhora do quadro devido às suas queixas repetitivas e que pouco parecem cessar ou mudar ao longo tempo.

Os profissionais normalmente ficam enfadados em atendê-las, enxergando-as como desagradáveis, poliqueixosas ou como casos sem solução. Por seu modo de funcionamento, essas mulheres conflitam com muitas expectativas dos profissionais de saúde, que em suas formações são levados à ações mais objetivas e resultados imediatos. Diante dessas expectativas, as respostas das equipes costumam se dar apenas em relação às queixas mais agudas, na tentativa de dar rápida vazão a elas e assim dar a impressão de resolubilidade. Diante dessa dinâmica é comum o sentimento de cansaço entre os profissionais que as atendem, no qual a sensibilidade e escuta vão se ausentando cada vez mais, contribuindo para um contínuo desinvestimento desses casos. Vai se formando um ciclo fechado nessa relação, no qual ambas as partes vão se cristalizando.

A cronificação do cuidado é um risco iminente nos serviços de saúde. Na Atenção Básica, essa problemática se evidencia através dessas mulheres que são vistas como

repetitivas e sem nenhum problema de saúde “real”. Diante de queixas e sintomas que pouco tem correspondência orgânica e que não aparecem nos exames, os profissionais parecem ter dificuldade em pensar estratégias de cuidado a elas. Estas normalmente não se encaixam nas ações tradicionais de cuidado e são vistas como usuárias que pouco “aderem ao tratamento”. Dessa forma, é comum encontrar uma relação desgastada e cronificada entre essas mulheres e as UBS, no qual as propostas de cuidado já estão esvaziadas de sentido e apenas respondem ao que é mais agudo e emergente.

Não à toa a maioria dos usuários que chegam com tais queixas nas UBS são do gênero feminino. O sofrimento psíquico, sua experiência e o modo como é compreendido dentro dos serviços de saúde vem de uma construção social que traz consigo os valores de uma determinada sociedade e tempo histórico, o que também se mostra atravessado pela questão de gênero (Santos, 2009). Dados epidemiológicos mostram que há a prevalência de diagnósticos de ansiedade e depressão em mulheres, enquanto nos homens prevalecem as demandas de uso de substâncias e comportamentos antissociais (Zanello, 2014). Choro, nervosismo, ansiedade e tristeza são sintomas que ocupam lugares diferentes quando relatados por homens ou mulheres. Parece haver uma divisão no que se trata de “sofrimento de mulher” e “sofrimento de homem”.

Tal divisão pode ser compreendida através da construção social do que é ser homem ou ser mulher atualmente. É comum vermos nessas mulheres que chegam às UBS histórias de vida marcada por um forte atravessamento social e de gênero. Mulheres pobres, não escolarizadas, que desde cedo tiveram que trabalhar ou ajudar na casa e que passaram a ocupar o papel de dona de casa e cuidadora, pois foi o único papel que lhes foi possível. Muitas delas mães solas e que já passaram por relacionamentos abusivos e violentos. E para essas, a única saída possível para falar dessas dores vem através dessas queixas difusas que chegam aos serviços de saúde.

Nestes, é comum que tais sintomas trazidos por elas sejam deslegitimados por sua falta de correspondência orgânica e repetição. A conduta mais comum entre os profissionais é medicá-las, numa perspectiva biologizante dessas queixas, que desconsidera esses outros atravessamentos sociais e de gênero. É diante desse cenário que a maioria dos sujeitos que fazem uso - muitas vezes dependentes - de benzodiazepínicos são mulheres (Zanello, 2010). A prescrição de medicação torna-se mais uma medida técnica que esvazia o cuidado dessas mulheres dentro dos serviços de saúde e contribui para uma cronificação da relação.

Em uma analogia à categoria dos crônicos usada na Atenção Primária à Saúde, podemos pensar sobre o cuidado a essas mulheres que trazem demandas de Saúde Mental e

que encontram-se cronificadas em seu cuidado. Usa-se o termo crônico como uma categoria epidemiológica e esta é vista como um dos principais públicos-alvo da Atenção Básica, referindo-se principalmente aos sujeitos que correm risco cardiovascular; os hipertensos e diabéticos. O Ministério da Saúde define como doenças crônicas:

“(…) relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura.” (BRASIL, 2013, p. 5)

Apesar da diabetes e a hipertensão serem as duas condições mais comuns quando nos referimos aos crônicos na APS, outras doenças também se encaixam na terminologia, como a asma, obesidade, HIV, inclusive as demandas de Saúde Mental. São condições de saúde que demandam uma resposta mais contínua, integrada e proativa (Mendes, 2010).

As demandas de Saúde Mental que chegam às UBS, como descrito sobre as condições crônicas, possuem início gradual, com longa e indefinida duração, com períodos de agudização e que exige um cuidado mais contínuo e integrado, em um processo que nem sempre leva à cura.

Se por um lado pensa-se o cuidado à diabetes e à hipertensão através da “compensação” de indicadores como a pressão arterial, a glicemia, o colesterol, etc.; a Saúde Mental, que pouco se encaixa nesses indicadores mais objetivos em saúde, fica à margem de uma linha de cuidado mais contínua e integrada, contribuindo para a cronificação de tais demandas. Sendo assim, com quais outros olhares podemos enxergar essas mulheres, que são tantas dentro das UBS? Como podemos descronificar suas relações com os serviços de saúde e ajudá-las a criar outras formas de ser-estar no mundo e ter novas inscrições de suas histórias?

OBJETIVO

Pretende-se discutir sobre a problemática da cronificação do cuidado em Saúde Mental pelos serviços da Atenção Básica. A discussão partirá de um relato de experiência, por meio de casos clínicos, a fim de trazer contribuições para pensar-se em estratégias de cuidado dentro das UBS.

METODOLOGIA

O relato de experiência e a função de um caso clínico

A discussão se dará a partir do relato da experiência cotidiana em uma UBS e dos encontros com os sujeitos que lá se encontram, especialmente aqueles que de alguma forma se apresentam cronificados em suas ofertas de cuidado. No cotidiano de um serviço (quase) totalmente voltado para a pandemia do coronavírus, nas exceções dos atendimentos possíveis, remeto a muitos dos encontros felizes, inesperados e imprevisíveis que tive com esses sujeitos e que me inspiraram a elaborar esse escrito.

Trago casos clínicos compreendendo a função importante que estes exercem na legitimação de um conhecimento através da experiência, no qual é possível a elaboração de um saber que advém da experiência (Turriani et al, 2018). A discussão de um caso clínico nos permite uma revisitação e reflexão sobre nossa prática dentro dos serviços de saúde, no qual torna-se possível integrar teorias e modos de fazer já consolidados com o novo e o singular de cada relação vivida. A partir das movimentações produzidas em um caso, podemos também movimentar nossas práticas.

“Antes, o caso clínico, ao mesmo tempo que se apresenta como uma espécie de núcleo duro de uma teoria, também permite construções epistemológicas que trazem o novo e o incongruente para a mesa. Além disso, o caso permite a cristalização de um momento em que a teoria é colocada em prática e pode ser reconstruída. Como uma fotografia, ele permite que se estabeleçam relações entre a práxis e o campo social; a partir do estudo de caso e suas referências, é possível reentrelaçar o que muitas vezes é desmembrado, a saber, o clínico e o social.” (TURRIANI et al, 2018, p. 78)

Campo de experiência

Ainda, para a discussão proposta, me atento aos atravessamentos do ambiente e ao contexto desses casos: a Unidade Básica de Saúde no qual aconteceram os encontros disparadores deste trabalho. Delongo-me nessa tarefa compreendendo a importância que esses fatores têm quando nos propomos a tratar de uma reflexão. Como citado anteriormente, um trabalho, assim como o sujeito que atendemos nos serviços de saúde, não se dá de forma isolada e despido de todo seu contexto e relações. Por isso, situar e discutir sobre as diversas variáveis que perpassam o tema do trabalho, torna-se tarefa fundamental.

Como qualquer instituição, o Centro de Saúde² (CS) referência também é atravessado por questões éticas, políticas, clínicas e institucionais. Foi inaugurado em 2014, sendo configurado pela lógica da ESF. Atende à região norte de Campinas, com uma população adscrita de aproximadamente 13 mil habitantes. Possui quatro Equipes de Saúde da Família e um NASF. Este é composto por duas pediatras - sendo uma sanitária-, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, uma farmacêutica e mais recentemente, uma ginecologista, uma médica clínica geral e mais uma pediatra. Estas três últimas foram integradas a partir da atual política municipal que visa tornar todos os profissionais especialistas dos CS como integrantes de NASF. Conta também com uma Equipe de Saúde Bucal (uma dentista e uma técnica de odontologia), além de profissionais terceirizados da recepção e limpeza.

O CS é de gestão direta da prefeitura, sendo a grande parte de seus trabalhadores empregados através de concursos públicos. Também recebe os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e de Residência Médica em Saúde da Família da UNICAMP - atualmente, são duas psicólogas residentes de Saúde Mental e três médicas residentes da Medicina de Família e Comunidade. Também possui vínculo com o Programa Mais Médicos de Campinas, contando com uma médica do programa.

É de sua característica a grande rotatividade dos profissionais da categoria médica, já que possui apenas um médico contratado por concurso, dependendo do complemento da categoria pelos Programa Mais Médicos e da Residência Médica - que tem duração de 2 anos. No início do Programa Mais Médicos, o CS tinha em sua grande maioria médicos cubanos. Com a mudança da política, todos foram substituídos por médicos brasileiros. Destes, a maioria permanece por um período aproximado de 1 ano e no qual nem todos possuem formação em Saúde da Família. A coordenação do serviço também tem um histórico recorrente de trocas. A atual gestora ocupa esse lugar desde novembro de 2019. Esta rotatividade tem grande impacto sobre o cuidado da população, principalmente quando trata-se da Estratégia de Saúde da Família. Um cuidado que é pensado para se dar forma longitudinal e integral fica prejudicado quando constantemente há um novo profissional de referência - somado ao fato de que nem todos chegam com formação para trabalhar dentro dessa lógica.

² Centro de Saúde é o modo como as UBS são denominadas em Campinas. Usarei os dois como sinônimos.

Falando sobre os casos clínicos

Dentro desse cenário, situados diante dos diversos agentes que atravessam a temática, trarei os casos clínicos de duas mulheres que atendi durante esse período no CS.

Chamaremos a primeira mulher que encontro de Azaléia³. Idosa, por volta de seus 70 anos, é velha conhecida entre a equipe do CS. Vem em momentos específicos para a UBS, normalmente quando está em uma “crise nervosa”. Tem um histórico longo de cuidado em diversos serviços e de cuidados na saúde mental. Pouco há mudança dos seus movimentos ao longo dos anos e sempre chega à UBS com uma queixa muito parecida.

A segunda, Camélia, uma mulher entre seus 50 anos e 60 anos. Vem para a UBS com uma queixa difusa, de angústia e “sentimento ruim”. Também tem uma dor crônica no ombro que piora nesses momentos. Teve passagem pelo CAPS, quando desencadeou uma crise mais aguda. Contudo, com sua “estabilidade”, não tem feito mais acompanhamento lá e seu cuidado ficou por conta da Unidade Básica de Saúde. Suas passagens pelo serviço se dão quando esses mesmos sintomas aparecem.

Ressalvadas a singularidade de cada uma, acredito que muitos profissionais da Atenção Básica identificam quem são as Azaléias e Camélias em seus serviços. Cronificadas em seu cuidado, encontram aspectos comuns quando olhamos para as relações destas dentro dos serviços. Cada uma com uma queixa diferente, porém ambas de modo pouco organizado e difusas, sem um projeto terapêutico pensados. É comum nessas mulheres encontrarmos prontuários com relatos repetitivos e pouco comunicativos. Além disso, são mulheres bem conhecidas entre os trabalhadores, contudo, numa discussão mais aprofundada, poucos sabem dizer sobre aquela usuária e seu cuidado dentro do serviço.

DISCUSSÃO

As Crônicas de Camélia e Azaléia

Atentemo-nos mais ao caso de Camélia. Conheço-a após a médica da Equipe de Saúde da Família identificar uma demanda de Saúde Mental em sua consulta. Sente-a bastante deprimida e discute o caso com a equipe de Saúde Mental, que marca um acolhimento para ela. Nos primeiros atendimentos, Camélia fala de sentimentos ruins e uma angústia, tendo bastante dificuldade de entrar mais neles e descrevê-los melhor. Faz movimentos com as mãos por volta da região do peito, como se esses sentimentos fossem

³ Serão usados nomes fictícios para os casos relatados

tomando seu corpo, contudo, sem conseguir nomeá-los. Costuma senti-los mais intensamente pelo final da tarde e muitas vezes sente vontade de morrer para que isso passe. Com a situação da pandemia, o sofrimento se intensificou; fica mais em casa, isolada.

Em dado momento, faço contato com o CAPS III para discussão do período que passou por lá. Camélia ficou em leito por um tempo, encontrava-se bastante desorganizada, apresentando comportamentos como andar sem roupa e alguns comportamentos mais obsessivos. Ela mesma não tem recordação desses momentos, apenas relata a partir do que os demais a contam. Nesses momentos, fica bem dissociada.

Nos primeiros atendimentos, Camélia tem bastante dificuldade em verbalizar sobre o seu sofrimento e usa apenas palavras bem genéricas como “sinto uma coisa ruim” ou “me sinto mal”. Começo então a tirar o foco dos sintomas e pergunto mais sobre sua vida e sua história. Camélia vem do Paraná, oriunda de uma família rural, com muitos irmãos. Quando criança, ficou como a responsável em cuidar da casa e fazer a marmita para o pai e os irmãos que trabalhavam na roça, já que relata sua mãe como uma pessoa que estava constantemente doente. Tem lembranças de uma mãe adoecida, mas que nunca soube - e ainda não sabe - ao certo o que ela tinha/tem. Na adolescência, teve um relacionamento amoroso, no qual descreve ter sido de muita paixão. Era um vizinho, casou-se com ele e tiveram um filho juntos - seu único filho. Apesar da paixão, Camélia conta que era uma relação conturbada, cercada de violência e agressões. Manteve-se com ele até seu filho, na época com 3 anos de idade, pedir para a mãe se separar do pai, após presenciar um momento de agressão do pai contra a mãe. O filho disse: “mãe, se separa dele senão eu vou matá-lo”.

Camélia veio para Campinas adulta, assim como grande parte de sua família que também migrou-se para a cidade. Após divorciar-se foi morar com os pais. Conta que não gostava de morar com eles e chegou um momento que passou a usar sua casa “como um hotel”, ou seja, apenas voltava para tomar banho e dormir. Foi neste período que encontrou seu atual companheiro. Ele era cobrador do ônibus que ela pegava todo dia e um dia a chamou para sair. Camélia aceita e em pouco tempo vão morar juntos. Hoje estão há 26 anos juntos. Ela conta que nunca chegou a sentir paixão por ele, como eram os sentimentos que tinha por seu ex-companheiro. A decisão de morar juntos foi por “conveniência” - em suas próprias palavras - já que não aguentava morar mais com seus pais. Os dois nunca tiveram uma relação de marido e mulher. Pergunto-a como é ter um relacionamento tão longo no qual nunca se tivera uma relação afetuosa e amorosa. Ela apenas responde que “tudo bem” e usa palavras como “conformada” e “acomodada” quando fala de sua vida.

O casal mora sozinho, ambos estão aposentados. Camélia trabalhou por muitos anos como empregada doméstica e camareira em hotéis, mas com as dores no braço e coluna que começou a sentir, teve que parar. Sente muita falta de trabalhar. Seu filho mora perto e também tem um neto, que é a pessoa a quem se refere com maior afeto - fala com alegria de quando seu neto declara seu amor à avó e quando ele pede para lhe dar “abraços de urso”.

Ao abrir esse espaço para contar de sua vida para além do seu sofrimento de “sentimentos ruins”, Camélia também amplia sobre sua compreensão de si. “Conveniência”, “conformada”, “acomodada” foram palavras que ela usava para falar de sua vida, mas que pouco pareciam lhe ressoar. Esses adjetivos também estavam acomodados nela.

Ao longo dos atendimentos, Camélia consegue ir trazendo mais elementos sobre seus sentimentos e sofrimento. Onde antes tinha apenas “me sinto mal”, agora conseguia identificar melhor seus sentimentos. Os momentos no qual se sentia pior eram os momentos no qual rememorava as vivências de seu passado, principalmente em relação à seu ex-companheiro. Fala de lembranças desse passado que traziam nela as sensações tão indesejadas e angustiantes. Durante os atendimentos vamos conseguindo nomear algumas coisas antes inomináveis e dar sentido a sentimentos e palavras que já estavam há tanto tempo “acomodadas” e “conformadas”.

O não dito de Camélia e a dissociação de seus afetos que muitas vezes culminava em crises desorganizadas vai começando a ganhar lugar nela; agora consegue verbalizar mais sobre si e suas palavras parecem mais integradas com seus afetos. Consegue ir “desacomodando” essa vida e esses sentimentos. Entra em contato com essa relação com seu companheiro, que antes era relatada de forma monótona e indiferente, e permite-se questionar a relação através da comparação de sentimentos de “conveniência” que sente em relação a ele em contraponto ao que sente por seu neto, que é carregado de afeto. Consegue ir dizendo de si e de como sente frequentemente que não é merecedora de algumas coisas e inferiorizada perante aos outros. Ainda, diz sobre como não tem alguém no qual sente intimidade e confiança para conversar e “desabafar”.

A legitimação de um espaço de cuidado para além de sua queixa repetitiva e recorrente de “estou me sentindo mal” permitiu desvios e movimentos subjetivos em Camélia. Sentimentos e afetos antes dissociados e acomodados puderam ganhar movimento e começar a serem integrados.

Volto ao caso de Azaléia agora, que traz outros elementos em seus atendimentos para a discussão proposta. Idosa, é bem conhecida por todos na unidade. Por onde passa, puxa conversa, seja na unidade de saúde ou nas ruas pelo bairro. Vem ao CS, na maioria de suas

vezes, quando tem “crises nervosas” - como ela mesma e seu marido se referem. Nesses momentos, apresenta agitação, nervosismo e dificuldade em falar pela respiração ofegante. A equipe está acostumada com seus movimentos; quando chega assim, a acalmam verbalmente e quando avaliam necessidade, prescrevem medicação. Azaléia já passou por diversos acompanhamentos em outros serviços ambulatoriais de Saúde Mental por conta de desmaios que apresentava. Contudo, seu histórico é fragmentado; como passou em serviços distintos e com profissionais diferentes, pouco há um alinhamento e continuidade em seu cuidado. Por suas crises nervosas e um discurso mais desorganizado, Azaléia pouco tem acesso a um projeto de cuidado dentro do CS. Já acostumados com sua presença e queixas, os profissionais tomam uma conduta de acolher os momentos agudos, no entanto, sem uma continuidade do cuidado. Extrovertida e conhecida por todos da equipe, alguns a tratam com leviandade e outros a infantilizam. Quando há a necessidade de atendê-la em consulta, a maioria fica impaciente.

Na tentativa de manter um espaço de cuidado constante, começo a manter atendimentos frequentes com Azaléia. Tento levar a discussão para reunião de equipe, mas o caso pouco ressoa diante de outros mais “agudos” e urgentes. Aos poucos, dentro dos atendimentos, consigo organizar com ela sua história e os episódios de sua vida que vai relatando. Nesses encontros começa a aparecer uma constante relação conflituosa que Azaléia possui com os serviços de saúde, especialmente em relação à classe médica. Fala de diagnósticos orgânicos que teve, mas relativiza-os, acreditando que os médicos estavam errados em todos eles, pois não sentia nenhum sintoma que evidenciasse tais doenças. Há uma reclamação por parte dos médicos, enfermeiros e técnicos da farmácia de que Azaléia retira e toma as medicações “como bem entende”, muitas vezes, sem seguir as prescrições médicas. Contudo, nunca foi feito um trabalho de pensar o cuidado às suas comorbidades de outra forma. Restringe-se a uma demanda e conduta mais objetivas e explícitas: se há “descompensações” nos exames laboratoriais são prescritas medicações para “compensar” tais alterações. Os indicadores se baseiam nos números do colesterol, da glicemia, dos hormônios da tireoide e em outros tantos indicadores dos exames de sangue.

Azaléia costuma conseguir atendimento médico, na maioria das vezes, quando chega nesses momentos de crise no CS. Na ocasião, os médicos costumam olhar seus exames e sempre tentam reiterar a prescrição médica ou trocar algum remédio com base nas queixas que ela traz. Contudo, saindo do momento mais urgente, pouco tem acesso à consultas de acompanhamento. Em um certo período, depois de ter realizado exames e sem um retorno sobre seus resultados, Azaléia vem por diversas semanas em atendimento comigo

perguntando-me sobre eles. Mesmo com diversas tentativas de agendar consulta, só consegue seu resultado quando vem novamente em um momento mais agitada e ansiosa; e novamente se repete o movimento de renovar a prescrição e orientá-la para que tome suas medicações “corretamente”. Nessa ocasião, uma trabalhadora da equipe fica inconformada ao se deparar com tantas alterações nos exames de Azaléia e responsabiliza esse descaso ao marido dela por não auxiliá-la na administração de suas medicações. Seu marido também é idoso, com bastante limitações em relação a essa organização do cotidiano.

Mantendo um espaço de presença, constância e acolhimento frequente para Azaléia consigo compreender melhor suas relações e seu modo de habitar o mundo. Na segurança e confiança do espaço construído, Azaléia consegue organizar um pouco melhor seu discurso. Vai trazendo elementos de sua história, como sua infância trabalhando na roça no Paraná e a relação ambivalente com seus pais - que eram muito rígidos e disciplinares - e como isso vai se relacionando com suas crises. Ademais, conta-me dos diversos atendimentos que passou e das relações que tinha com os profissionais de saúde. Só então é possível compreender melhor suas demandas, e os efeitos que esses diagnósticos médicos têm diante de seu funcionamento e modo de existir - com uma construção psíquica e corporal muito frágeis. Outro fato importante - e não por mera coincidência - é que com o passar dos meus encontros com Azaléia há a diminuição de suas “crises nervosas”. Nos decorrer dos encontros marcados comigo, com a consolidação do espaço, ela passa a vir mais organizada e não apresenta mais esses momentos de agitação dentro dos atendimentos. Contudo, mantém crises quando vem em consultas médicas ou em outros momentos esporádicos dentro do serviço.

As Azaléias e Camélias nas UBS: como ajudá-las a florescer?

O resgate das crônicas de Camélia e Azaléia nos ilustra como só foi possível uma produção de desvio a partir de uma mudança de olhar sobre elas. Não se trata apenas de uma especificidade do psicólogo, mas de um olhar clínico - palavra que é constantemente mal interpretada ou simplesmente ignorada na Atenção Básica. A clínica parece não ter um lugar consolidado dentro dos serviços de Atenção Básica, especialmente quando tratam-se de casos em articulação com a Saúde Mental. Consequentemente, muitas vezes o cuidado a esses sujeitos se burocratiza em suas condutas e manejos.

Em sua constituição, a Atenção Básica teve grandes influências da medicina social e da epidemiologia social, que em sua crítica à clínica tradicional médica visava ampliar o escopo sobre o processo de saúde-doença. Contudo, dando enfoque aos processos coletivos e sociais, não conseguiu desenvolver com consistência uma proposta clínica (Onocko Campos,

2001). Assim, hoje, dentro dos serviços da Atenção Básica encontramos majoritariamente dois tipos distintos de condutas: há os que exercem clínica, mas uma clínica degradada ou tradicional, no qual há um movimento de queixa-conduta ou uma clínica que centraliza apenas nos sintomas comuns esperados de uma dada enfermidade (Onocko Campos, 2001). E de outro lado parece haver uma negação da clínica, no qual o foco dos atendimentos e das discussões se dão apenas no âmbito coletivo/social e de articulação de rede - na tentativa de contestação à clínica como era pensada em seu início - perdendo o olhar sobre o sujeito e sua condição.

Retomarmos uma proposta clínica dentro da atenção básica parece fundamental para um cuidado potente para essas mulheres que se encontram cronificadas em seu cuidado. De outra forma, o cuidado se dá restrito às suas queixas explícitas e agudas ou são propostas condutas que pouco fazem sentido a elas.

É comum no caso dessas mulheres a discussão se dar em torno de um contexto mais ampliado, trazendo elementos mais coletivos e de articulação com outros espaços da rede e do território. Querem que essas mulheres saiam para caminhar, que preencham sua rotina, que participem de grupos de costura, artesanato, ioga, etc., sob a justificativa de um cuidado ampliado e sob a égide da “promoção de saúde”. Contudo, muitas vezes essas articulações viram propostas vazias de sentido, no qual torna-se mais como uma conduta comum dada a essas mulheres, do que realmente é pensado o sentido e lugar que aquelas atividades possuem para elas.

No caso de Camélia, alguns profissionais referiam que o que a ajudaria seriam espaços grupais e atividades corporais para aliviar sua dor, encaminhando-a para grupos de forma naturalizada, sem pensar no espaço ou sua função para ela. Por um período, foi encaminhada ao Núcleo de Oficinas de Trabalho do Serviço de Saúde Cândido Ferreira, na tentativa de ofertar um espaço coletivo de ocupação e trabalho que pudesse preencher sua rotina. Camélia me relata a dificuldade de acessar o serviço, que fica localizado em uma região de Campinas muito distante de sua casa, com uma viagem de ônibus de aproximadamente duas horas. Não conseguiu se vincular ao serviço e na falta desse, ficou sem lugar de cuidado. Com sua estabilidade e fora de seu momento de crise, uma profissional do CAPS relata que Camélia não produz muito em atendimento individual e que o indicado para ela seriam os espaços grupais. Em um contexto de pandemia, com as atividades coletivas suspensas, Camélia fica sem alternativas.

De outro lado, por suas queixas frequentes, repetitivas e “pouco resolutivas”, essas mulheres acabam ficando à margem de uma construção efetiva de um projeto de cuidado

dentro das UBS. Assim como a maioria das mulheres que chegam com um movimento parecido nos serviços da Atenção Básica, Azaléia possui diversas comorbidades, que no entanto, parecem ficar esquecidas diante da demanda de Saúde Mental. Como constantemente procuram o serviço com queixas difusas sem correspondências orgânicas, ficam taxadas e restritas como pacientes de Saúde Mental, como se suas queixas sobre o corpo não fossem legítimas. Apenas quando aparecem alterações em seus exames laboratoriais que Azaléia começa a ganhar a atenção da equipe. O recorte do caso ainda corrobora a cisão que existe na Atenção Básica entre quem olha e quem escuta - o médico e a enfermeira são responsáveis pelo olhar sobre o corpo e o profissional de saúde mental da UBS pela escuta do sofrimento. Tal divisão mais parece se encaixar na burocracia dos profissionais do que atender a real demanda dos sujeitos que procuram os serviços.

Isso faz emergir a falta de olhar clínico para o cuidado dessas mulheres, no qual as condutas ainda ficam muito restritas ao que há de comum para todos os casos. Quando as mesmas ofertas previstas não dão certo com algumas dessas mulheres, o cuidado parece ficar abandonado e sem outras possibilidades. E isso ainda recai sobre o sujeito, como uma falta de compromisso do mesmo com seu próprio cuidado. O contexto da pandemia com a consequente suspensão de atividades coletivas e agendamentos de consultas explicitou a falta de olhar clínico e naturalização do cuidado com essas mulheres por parte dos profissionais que já ocorria há tanto tempo. Sem essas saídas e encaminhamentos conhecidos, as supostas estratégias se paralisaram e ficou ainda mais evidente o abandono do cuidado a essas mulheres. Como diz Turriani et al (2018), o social parece totalmente desmembrado do clínico.

Refiro-me à clínica a partir do conceito de clínica ampliada - ou clínica do sujeito - proposta por Campos (2003), no qual a centralidade se dá no próprio sujeito que se coloca em relação. Trata-se de um sujeito concreto, histórico e político, que traz consigo um sofrimento, enfermidade, etc., quando procura o serviço de saúde. Como define Campos (2003):

“Sugere-se, portanto, uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da Clínica. Da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção, pretende-se também incluir o Sujeito e seu Contexto como objeto de estudo e de práticas da Clínica. Entretanto, tratar-se-ia de uma ampliação, não de uma troca.” (p.57)

Quando contrapõe a ideia de ampliação à ideia de troca, Campos nos atenta para um movimento que é comum na Atenção Básica. Na tentativa de rompimento com a clínica tradicional, acaba-se dando centralidade ao sujeito de uma forma no qual perde-se de vista à

própria enfermidade e o contexto no qual se dá a relação com o usuário. Troca-se então a doença pelo sujeito, mas um sujeito abstrato e isolado. Como continua:

“Centrar a ação clínica sobre o Sujeito, tudo bem, no entanto, este Sujeito seria um Sujeito concreto, não somente marcado por uma biografia singular, mas também o seu corpo e sua dinâmica corporal estariam marcados por uma singularidade: algum tipo de enfermidade, ou de sofrimento ou de deficiência relativa à maioria dos circundantes em um dado contexto social específico. (...) Então, pôr a *doença entre parênteses*, sim, mas apenas para permitir a reentrada em cena do paciente, do sujeito enfermo, mas, em seguida, agora, em homenagem a Basaglia, sem descartar o doente e o seu contexto, voltar o olhar também para a doença do doente concreto. Senão qual especificidade teriam os serviços ou os profissionais de saúde?” (CAMPOS, 2003, p. 54-55)

A relação que se dá entre o profissional e sua população assistida não se trata de uma relação qualquer entre dois sujeitos, mas há um contexto de um serviço de saúde e a entrada de um *olhar clínico* do profissional que se encontra com o sujeito, no qual há um sofrimento e enfermidade que atravessam esse sujeito que chega ao CS. É necessário que não se perca isso de vista para uma proposta clínica consistente e para uma oferta de cuidado nos serviços de saúde que produzam bons resultados para sua população.

Lancetti (2006) também nos oferece, com seu conceito de *clínica peripatética*, uma importante reflexão sobre a clínica dentro dos serviços de saúde - incluindo os serviços da Atenção Básica. Em alusão ao filósofo grego Aristóteles, que dava suas aulas andando, Lancetti utiliza do termo para falar de uma clínica que se movimenta, que produz novos processos de subjetivação e que abre possibilidades para novos caminhos. Tira o foco do resultado concreto em si, fator que ainda é muito valorizado e presente nos serviços de saúde. De outra forma, fala do processo, do devir e do caminho que é percorrido nos processos de saúde-doença.

Em seu livro *Clínica Peripatética*, Lancetti (2006) vai falar sobre o cuidado fora dos settings tradicionais e para sujeitos que pouco se encaixam nos moldes de se fazer cuidado como organizados nas instituições. Conta sobre sua experiência nos serviços de Saúde Mental e com a população que faz uso de substâncias. Contudo, ao discorrer sobre a clínica, não diz apenas sobre os serviços especializados de Saúde Mental, mas também fala sobre os milhares de sujeitos que chegam aos diferentes serviços de saúde com tais demandas, como são as mulheres dos quais estamos tratando. Sujeitos que trazem uma complexidade em sua demanda para os serviços de saúde e que os métodos tradicionais e mais objetivos parecem não se encaixar para eles. Propõe então uma clínica criativa, no qual é necessário pensar-se em outros movimentos e estratégias fora os tradicionais para um cuidado potente.

Referindo-se à clínica cartográfica proposta por Deleuze, Lancetti (2006) traz uma clínica que possibilita aberturas de sentido e deslocamentos, em articulação com o território e que aposta nos afetos e nas relações muito mais do que nas ações práticas e técnicas.

“Uma concepção cartográfica é muito distinta da concepção arqueológica da psicanálise. (...) Os mapas ao contrário se superpõem de tal maneira que cada um encontra no seguinte um remanejamento, em vez de encontrar nos precedentes uma origem: de um mapa a outro, não se trata da busca de uma origem, mas de uma avaliação dos *deslocamentos*. Cada mapa é uma distribuição de impasses e aberturas, de limiares e clausuras, que necessariamente vai de baixo para cima, não é só uma inversão de sentido, mas uma diferença de natureza (...) quando se traça um plano, um mapa, não se almeja alcançar um objetivo tosco, como por exemplo, que nosso companheiro paciente deixe imediatamente de usar drogas nem pare de delirar, um mapa, uma sugestão proposta a uma pessoa ou a um grupo, refere a outro mapa.” (LANCETTI, 2006, p. 118-119)

Ao falar sobre mapas e planos, norteia o cuidado em direção a uma abertura para novos caminhos e sentidos e não ao fechamento em resoluções. Como na oferta de cuidado a essas mulheres dentro das UBS, torna-se necessário um outro direcionamento da clínica para além dos indicadores objetivos pensados em saúde. Se nos restringimos à uma noção de cuidado pautada na resolução objetiva das queixas e cessação dos sintomas, há grandes chances da frustração e da cronificação desses cuidados. As queixas que essas mulheres trazem ao CS, como nos mostram Camélia e Azaléia, costumam ser repetidas e com pouca correspondência a esses indicadores orgânicos. Se o olhar clínico se restringe a uma remissão dos sintomas relatados, não conseguimos ampliar nossas estratégias. A compreensão de uma clínica direcionada a novas aberturas e sentidos nos leva a outras possibilidades para essas mulheres e desloca nosso movimento para um devir ao invés de se fechar cada vez mais em resoluções tecnicistas.

Na Atenção Básica, na complexidade e acolhimento de uma grande variedade de questões de saúde, muitas vezes há o movimento de encaixar os sujeitos em categorias, como as gestantes, os crônicos, a saúde mental, a puericultura, etc. Se por um lado essas categorias nos auxiliam sobre alguns fatores de cuidado a esses sujeitos, muitas vezes podem acabar por nos restringir em medidas genéricas. Campos (2003) fala desse caminho que o profissional passa entre o campo da certeza e dos aspectos genéricos do processo saúde-doença, contudo, chamando a atenção também para não perder de vista a singularidade de cada sujeito que traz seu sofrimento ou enfermidade.

“O desafio estaria em passar deste campo de certezas, de regularidades mais ou menos seguras, ao campo da imprevisibilidade radical da vida cotidiana. Situação e estrutura. O saber seguro e preso às estruturas; ou a imprevisibilidade caótica das situações sempre distintas. Como realizar este percurso com segurança? (...) Por isto é muito importante conhecer aspectos genéricos dos processos saúde-doença-atenção. Por isto é importante aprender com a variação, por isto é importante saber escutar e, mais, saber também perscrutar o caso singular. E decidir, mas decidir ponderando, ouvindo outros profissionais, expondo incertezas, compartilhando dúvidas.” (CAMPOS, 2003, p. 65-66)

Diante dos casos que se encontram cronificados em suas estratégias de cuidado, é imprescindível esse caminho sobre ambos os campos - o conhecimento sobre os aspectos genéricos e a escuta sobre o singular de cada sujeito. O conceito de clínica peripatética em sua própria morfologia, se contrapõe radicalmente ao termo crônico e a ideia de cronificação. Em seu movimento, na potência de criar novos sentidos para aquele sujeito e abrir novos mapas em cada um, nos convida também a nos descronificar nas nossas estratégias de cuidado instituídos.

Ter uma concepção de clínica para além da clínica tradicional - focada nos sintomas comuns de uma enfermidade e em ofertas de respostas objetivas e genéricas - nos permite revisitar nosso fazer dentro dos serviços de saúde, manter-nos em movimento, e realizar cuidados que também movimentem os sujeitos com os quais nos encontramos.

Ayres (2013) também propõe dois conceitos interessantes quando pensamos sobre nossas estratégias dentro das Unidades Básicas de Saúde. Médico sanitарista, se deparou com muitas Azaléias e Camélias ao longo de sua trajetória profissional. Traz os conceitos de *sucesso prático* e *projeto de felicidade*, trazendo novas referências quando pensamos nas ofertas de cuidado. Em contraponto a um resultado puramente objetivo, como o controle do colesterol, da glicemia e de outros indicadores, fala de um norte que diz sobre os sentidos e efeitos que tais enfermidades e sofrimento tem na vida daquele determinado sujeito. Um direcionamento que enfoca mais nos movimentos e sentidos que o sujeito dá para sua vida do que centraliza-se em um resultado objetivo concreto - o que ele chama de êxito técnico. Em relação às mulheres que temos discutido, tais norteamentos e conceitos parecem muito mais apropriados quando queremos pensar em uma clínica dentro da Atenção Básica.

“Por êxito técnico queremos nos referir ao sentido instrumental da ação, por exemplo, a relação entre o uso de um vasodilatador e a redução do risco de agravos cardiovasculares em um paciente ou da incidência desses agravos em uma população. Por sucesso prático queremos remeter ao valor atribuído por indivíduos e populações às implicações simbólicas, relacionais e materiais dessas ações na sua vida cotidiana, por exemplo, o que significa na

vida de um usuário ou uma comunidade a identidade de hipertenso, tomar remédios, fazer controles periódicos, ser vítima de um infarto do miocárdio, etc. (...) Pela expressão *projeto de felicidade* queremos nos referir à totalidade que dá sentido existencial às demandas postas aos profissionais e serviços de saúde pelos destinatários de suas ações e, por isso mesmo, ele é a referência para tematizar ativamente o sucesso prático das ações em saúde(...)” (AYRES, 2013, p. 38)

Consolidar uma clínica ampliada - do sujeito, peripatética, artesanal, cartográfica, baseada nos projetos de felicidade de cada sujeito - dentro dos serviços da Atenção Primária à Saúde é uma tarefa urgente e fundamental para pensarmos na descrofinação do cuidado em Saúde Mental pelas UBS. No movimento de afetar e ser afetado, não só essas mulheres podem encontrar novos modos de ser-estar no mundo, como os trabalhadores também podem produzir novos meios de ser-fazer cuidado para além da técnica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cronificação do cuidado em Saúde Mental pelas UBS vem de forma a ilustrar os diversos nós que ainda existem na interface entre a Saúde Mental e a Atenção Básica. Em um contexto cercado por uma multiplicidade de demandas de saúde e diante de profissionais formados para lidar com queixas mais ligadas ao corpo orgânico, a Saúde Mental confronta com as expectativas e formações mais tradicionais dos trabalhadores. Diferente de outras demandas mais comuns na Atenção Primária à Saúde que podem ser medidas pelos índices numéricos dos hemogramas, as demandas de Saúde Mental nos convocam para um outro olhar, no qual torna-se necessário pensar-se para além dos indicadores tradicionais de saúde.

A partir disso, consolidar uma proposta ampliada de clínica dentro dos serviços vêm como um dispositivo fundamental para a produção de cuidados mais criativos em Saúde Mental na Atenção Básica. Diante de uma relação ambígua com a temática e ainda cercada de muitas concepções cristalizadas, a discussão clínica permite aos trabalhadores darem sentido ao seu fazer para além de seus conhecimentos mais tecnicistas e sustentar um lugar no qual é possível tratar das angústias que enfrentam ao se depararem com tais questões. Através disso, torna-se possível o movimento de rompimento da divisão entre quem cuida do corpo e quem cuida mente.

A clínica envolve todos os atores e exige uma implicação do grupo nesta tarefa. Discuti-la, portanto, não se trata apenas de uma tarefa pedagógica, mas também movimenta a própria equipe e seu funcionamento institucional. Sustenta assim a construção de uma prática com sentido que vai além do técnico e do pragmático, caminhando para a construção de um projeto com mais valor como serviço de saúde. Neste lugar, torna-se possível a criação de uma outra forma de olhar e pensar sobre o cuidado, no qual a relação entre o usuário e o serviço se sobressai mais do que as ações e aspectos mais objetivos da saúde.

É urgente que se possa discutir a clínica dentro dos serviços da Atenção Básica, saindo do lugar de crítica constante a essa, ainda presa na compreensão da clínica tradicional médica. Um dispositivo de saúde sem proposta clínica é um serviço à mercê de estratégias esvaziadas. É necessário a superação da dicotomia criada entre clínica e saúde coletiva, ampliando a discussão para uma clínica do sujeito, peripatética, artesanal, etc., para que assim possamos criar novos movimentos e práticas nos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, José. Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação. *In:* Campos, Rosana et al. Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec, 2013. p 27-67.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 28 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, de 28 de Janeiro de 2020. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 10 Fev 2020]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. *In:* CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003. p.51-67.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 399-407, Feb. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). p. 43-67.

LANCETTI, Antonio. Clínica peripatética. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, Jan. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.

ONOCKO CAMPOS, Rosana; GAMA, Carlos. Saúde Mental na Atenção Básica. In: Campos, GWS; Guerrero, AVP. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2000.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Onocko et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, Dec. 2011. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300013&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>.

SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 14, n. 4, p. 1177-1182, Aug. 2009 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400023&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Nov. 2020.

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>.

TURRIANI, Anna et al. O caso clínico como caso social. *In*:SAFATLE, Vladimir; SILVA JUNIOR, Nelson da; DUNKER, Christian (orgs.). *Patologias do social: Arqueologias do sofrimento psíquico*. 1ed; 1 reimp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018. p. 59-79.

ZANELLO, Valeska. A saúde mental sob o viés do gênero: Uma releitura gendrada da epidemiologia, vda semiologia e da interpretação diagnóstica. *In*:ZANELLO, Valeska; ANDRADE, Ana Paula Müller de (orgs.). *Saúde Mental e Gênero: Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade*. 1ed. Curitiba: Appris, 2014. p. 41-58.

ZANELLO, Valeska. Mulheres e loucura: questões de gênero para a psicologia clínica. *In*: STEVENS, Cristina; BRASIL, Katia Cristina Tarouquella; ALMEIDA, Tânia Mara Campos de; ZANELLO, Valeska (orgs.). *Gênero e Feminismos: convergências (in)disciplinares..* 1ed. Brasília: Ex Libris, 2010. p 307-320.