



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

ISABELA MENDES ROCHA

**O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE FAMÍLIAS E O USO DO PTS NA APS:
vivências de uma psicóloga residente**

CAMPINAS

2023

ISABELA MENDES ROCHA

**O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE FAMÍLIAS E O USO DO PTS NA APS:
vivências de uma psicóloga residente**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de
Especialista em Saúde Mental da Residência
Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva da
Universidade Estadual de Campinas.**

ORIENTADOR: PROF. DR. BRUNO FERRARI EMERICH

Campinas

2023

Agradecimentos

Agradeço, imensamente, esse trabalho todo, ou seja, o trabalho que realizei nesses dois intensos anos de residência, aos usuários que confiaram em mim, na minha escuta e no cuidado ofertado em um momento em que eu mesma não conseguia confiar. Dedico, sobretudo, à dona C., uma senhora incrível que tive o prazer de conhecer e compartilhar muito afeto durante meu r1. Cantamos muitos sambas juntas, colhemos muitas plantas pelo bairro, tomamos muitos cafezinhos, choramos e rimos muito. Aprendi tanto de mim com você. Nada por vocês sem vocês.

Dedico a muitos amigos. Aquela que sentou comigo dia a dia na nossa sacada para compartilhar a insegurança do não saber na saúde mental. Aquela que fez o cotidiano do r2 ser mais engraçado, crítico, coletivo, compartilhado, afetuoso. Aquela que estava sempre ali disposta para me ouvir e falar coisas boas de mim, sobretudo nos momentos difíceis de enxergá-las. Aquele que é meu grande companheiro e amor da vida há 7 anos. Aquele amigo/irmão/entusiasta/incentivador que me ajudou desde o estudo para a prova da residência até a escrita deste trabalho. Por fim, àqueles que são como família estendida para mim. Obrigada pelo acolhimento, compartilhamento e por todas as histórias que construímos juntos.

Dedico à minha família amada e incrível, que diz tanto de mim antes mesmo de eu dizer qualquer coisa. Adoro quando falo algo e lembro que estou falando do jeito que minha mãe fala. Amo quando alguma coisa me passa pela cabeça e em seguida penso que meu pai pensaria justamente a mesma coisa. Amo ver o tanto que a minha sobrinha se parece comigo. Cada um somos nós.

Dedico às minhas avós, mulheres incríveis que produziram muitas vivências lindas para que, enfim, eu, minha irmã, primas e sobrinhas pudéssemos estar aqui. Vó Neila, hoje quando eu lembro daquela lousa que você colocou pra nós brincarmos no quintal da sua casa, percebo que não foi só um presente, não foi só uma brincadeira. Foi você, mulher proibida de estudar, nos transmitindo sua história de uma maneira diferente e bonita, dizendo pelo gesto um tanto do que viveu, e do que gostaríamos de viver. Estar naquela lousa sempre foi minha brincadeira preferida. Espero um dia voltar para ela.

Dedico, por fim, a todos os profissionais do SUS que, mesmo em meio a toda desvalorização, falta de recursos e sobrecarga desumana, resistem radicalmente com seus corpos no cotidiano dos serviços, garantem acesso a direitos, colocam o usuário em centralidade e fazem a Saúde Coletiva acontecer no Brasil. Obrigada, sobretudo aqueles que foram preceptor, orientador e supervisor por terem compartilhado esse processo de aprendizagem comigo.

A gente nunca faz nada sozinho.

Resumo

O presente estudo se trata de um Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) que objetivou, através da experiência singular de uma psicóloga residente em saúde mental e coletiva, discutir a respeito do Projeto Terapêutico Singular (PTS) para famílias como uma estratégia de cuidado e um dispositivo em saúde mental para usuários da Atenção Primária de Campinas, por meio da metodologia de um estudo de caso. Dessa forma, foi possível apresentar o caso de uma família acompanhada no ano de 2023 e refletir sobre diversos aspectos que tangenciam o uso do PTS familiar na APS, como a centralidade do sujeito no cuidado, a importância de um olhar singularizado para a família e a garantia de acesso a cuidados integrais. Foi possível concluir que o PTS na APS é um instrumento importante de cuidado para casos de maior gravidade, bem como um dispositivo de co-gestão.

Palavras-chave: Projeto Terapêutico Singular; Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental.

Abstract

The present study is a Final Residency Project (FRP) that aimed, through the unique experience of a resident psychologist in mental and collective health, to discuss the Singular Therapeutic Project (PTS) for families as a care strategy and a mental health device for users of Primary Care in Campinas, using a case study methodology. Thus, it was possible to present the case of a family followed in the year 2023 and reflect on various aspects related to the use of family PTS in Primary Care, such as the centrality of the individual in care, the importance of a personalized approach to the family, and the assurance of access to comprehensive care. It was possible to conclude that PTS in Primary Care is an important care instrument for more severe cases, as well as a co-management device.

Keywords: Singular Therapeutic Project; Primary Health Care; Mental Health.

Resumen

El presente estudio es un Proyecto de Residencia Final (FRP, por sus siglas en inglés) que tuvo como objetivo, a través de la experiencia única de una psicóloga residente en salud mental y colectiva, discutir el Proyecto Terapéutico Singular (PTS) para familias como estrategia de cuidado y dispositivo de salud mental para usuarios de la Atención Primaria en Campinas, utilizando una metodología de estudio de caso. De esta manera, fue posible presentar el caso de una familia seguida en el año 2023 y reflexionar sobre varios aspectos relacionados con el uso del PTS familiar en la Atención Primaria, como la centralidad del individuo en el cuidado, la importancia de un enfoque personalizado para la familia y la garantía de acceso a cuidados integrales. Se pudo concluir que el PTS en la Atención Primaria es un instrumento de cuidado importante para casos más graves, así como un dispositivo de cogestión.

Palabras clave: Proyecto Terapéutico Singular; Atención Primaria de Salud; Salud Mental.

LISTAS DE ABREVIATURAS/SIGLAS

PTS Projeto Terapêutico Singular

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

eMulti Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

FSD Fundação Síndrome de Down

USF Unidade de Saúde da Família

ESF Estratégia de Saúde da Família

ACS Agente Comunitário de Saúde

PA Pronto Atendimento

CS Centro de Saúde

PSF Programa de Saúde da Família

MS Ministério da Saúde

VD Visita Domiciliar

Pmaq-AB Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

SUMÁRIO

1	Introdução.....	8
2	Objetivo.....	14
3	Metodologia.....	14
3.1	Apresentação do caso.....	17
4	Discussão.....	20
4.1	Construção de hipóteses.....	20
4.2	Construção de ações de cuidado.....	23
4.3	Assunção de responsabilidades e prazos.....	26
4.4	Reavaliação.....	27
5	Considerações finais.....	32
6	Referências.....	33
1.	Introdução	

1. Introdução

O meu percurso formativo pela residência multiprofissional em saúde mental e saúde coletiva passou por dois dispositivos de cuidado da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade de Campinas-SP: um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) e uma Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (eMulti). Ambos dispositivos foram escolhidos a partir de desejos, identificações, expectativas e projeções pessoais e profissionais.

Ao longo desses meses de residência, muitas questões surgiram. Muitas histórias me tocaram, vivências se misturaram com as minhas e experiências me marcaram. A grande maioria das minhas certezas foram mexidas, desfeitas e refeitas. No entanto, há uma única certeza que segue intacta, cristalizada enquanto fato e comprovada no corpo que sente o fazer: a certeza de que a saúde mental e a saúde coletiva no Brasil são constantemente desvalorizadas, atacadas e sucateadas. A certeza de que poderíamos fazer e ser mais ainda caso houvesse interesse político e condições materiais para tal.

O cenário de descaso pela saúde coletiva e pelo direito social de acesso à saúde nos inscreve em um contexto de trabalho em que é preciso ser criativo e resistir no cotidiano com as ferramentas possíveis. O vínculo, o afeto, a afetação e a escuta são fundamentais para a produção de saúde. O tempo para que eles ocorram, é o desafio.

Foi pensando para além desse cenário e mirando na produção do que ainda pode ser feito por meio de vínculo, afeto, afetação e escuta que pensei em escrever sobre um instrumento de trabalho que me acompanhou nos dois dispositivos de saúde coletiva que atuei: o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para famílias.

O CAPS III e a eMulti são pontos de atenção da RAPS. Diferenciam-se pelo nível de cuidado, modelo organizacional e clientela. O CAPS, serviço especializado em saúde mental, é o principal serviço de saúde mental da RAPS. O eMulti, situado nas Unidades de Saúde da Família (USF), na atenção primária, é a principal porta de entrada das redes de saúde - mas não a única (BRASIL, portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011).

Apesar das diferenças, ambos os espaços de cuidado carregam semelhanças no que diz respeito aos pressupostos ideológicos, diretrizes político-assistenciais e desafios. A atenção psicossocial, base teórico-prática da RAPS, e a Estratégia da Saúde da Família (ESF), modelo de atenção da APS, desconstruíram o olhar fragmentado do sujeito a partir da doença, como outrora. Levam em consideração, pois, uma atenção mais integral para subjetividade dos sujeitos, considerando uma nova forma de pensar o processo de saúde, doença e cuidado. Ambas as estratégias procuram descentralizar o poder médico, ampliar a participação dos sujeitos nos seus processos de cuidado, resgatar a relação dos profissionais de saúde com os usuários por meio do vínculo, entendendo-o como primordial no processo de cuidado, e diminuir o abuso de alta tecnologia na atenção em saúde (Brêda et al, 2005).

O conceito de território é uma das estratégias principais para a execução de tais pressupostos, tendo em vista que

fortalece a idéia de que os serviços de saúde devem integrar a rede social das comunidades em que se inserem, assumindo a responsabilidade pela atenção à saúde nesse espaço e incorporando, na sua prática, o saber das pessoas que o constituem, devendo a atitude terapêutica se basear não na tutela, mas no contrato, no cuidado e no acolhimento. (Brêda et al, 2005, p. 451)

Neste estudo de caso, focaremos na atuação da atenção primária nos casos de saúde mental. Campos et al (2010) postulam alguns eixos estruturantes da APS, como o acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade, clínica ampliada e compartilhada, levando-se em consideração não apenas a dimensão biológica, mas também a subjetiva e social, saúde coletiva, com prevenção, promoção de saúde e participação de usuários na gestão. Para atingir tal capacidade, o modelo organizacional da APS deve se organizar a partir de algumas diretrizes, das quais a que se destaca para este trabalho é o trabalho em equipe interdisciplinar. A Equipe de Saúde da Família, por exemplo, é composta por médico, enfermeiro, dentista, técnicos ou auxiliares de enfermagem e odontologia, e agentes comunitários de saúde. Além disso, a APS deve se organizar a partir da responsabilidade sanitária por um território e construção de vínculo entre equipes e usuários, a partir do conhecimento dos determinantes de saúde da região, da identificação de risco e vulnerabilidade de grupos, famílias e pessoas, e do desenvolvimento de projetos singulares de intervenção. Por fim, os autores consideram a reformulação do saber e da prática tradicional em saúde, de forma a instrumentalizar os trabalhadores a lidarem com problemas complexos de saúde enfrentados na APS.

Além disso, Campos et al (2010) apontam que, frequentemente, a APS reproduz o modelo de atenção dos serviços especializados que se apoiam no paradigma tradicional biomédico. Para modificar isso, consideram essencial tomar o sujeito em sua família, contexto social, econômico e cultural, bem como envolver usuários na gestão e construção de sua própria saúde.

Em 1994, no Brasil, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde (MS), posteriormente nomeado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF é um modelo de organização de rede de atenção primária e ordenadora das redes de atenção à saúde, que tem como diretrizes o trabalho em equipe interdisciplinar de base territorial, realizado por profissionais de perfil generalista, com ações de promoção e prevenção à saúde, para além da intervenção. A especificidade brasileira na organização da APS se dá tanto pelo modelo coletivo, focado na unidade familiar, construído na esfera comunitária em um sistema de saúde público e universal, quanto pelo advento da profissão

dos agentes comunitários de saúde (ACS)¹. No território, a ESF deve privilegiar as famílias e comunidades, realizar planejamento situacional para enfrentamento de problemas de saúde, pactuando-os com a comunidade (Campos et al, 2010).

Assim, tanto a ESF quanto a atenção psicossocial visam pensar no sujeito inserido em um meio social e comunitário complexo, que influi no seu processo de saúde e doença. Nesse sentido, a família é pensada e incluída como um dos determinantes que determina tal processo. No que diz respeito à Reforma Psiquiátrica, tal mudança paradigmática modificou a relação do usuário de saúde mental com seus familiares na medida em que esses não mais se encontravam raptados e isolados nas instituições psiquiátricas, mas sim habitando os espaços da vida, das cidades e, pois, familiares. Assim, a família se tornou um dos pontos de cuidado de tais sujeitos e, justamente por isso, um dos pontos a ser cuidado. Apesar do cuidado ampliado para os familiares ser previsto em diversas políticas públicas e diretrizes do SUS, na prática isso nem sempre se configura como o preconizado nas leis.

Tanto no CAPS III, quanto no eMulti, um dos principais instrumentos de trabalho, que leva em consideração os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, da Reforma Sanitária e, pois, da ESF e atenção psicossocial, pelo fato de colocar o sujeito e seu contexto em evidência, é o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O PTS é um modelo de prática singular em saúde, trazendo novas perspectivas e possibilidades de co-produção de sujeitos. A concepção de PTS vem sendo construída e reformulada em conjunto com o desenvolvimento da história do SUS, do movimento sanitário e da reforma psiquiátrica. O PTS deve ser desenvolvido em equipe com a participação do usuário, tendo como objetivos auxiliar o indivíduo a restabelecer relações afetivas e sociais, reconquistar direitos, produzir autonomia e contratualidade. Nos CAPS, o PTS está atrelado ao profissional de referência, aquele que será responsável pela gestão da clínica e do cuidado estabelecido em conjunto no PTS (Oliveira, 2010). Na APS, por sua vez, o PTS não é utilizado para todos os casos, sendo fundamental pensar de que

¹ Os ACS são profissionais que atuam na APS de forma a dinamizar o cuidado, aumentar a vinculação entre equipe e usuários e ampliar o acesso à saúde. O ideal é que o ACS seja do mesmo território do CS, no entanto, isso nem sempre ocorre. diferentes formas o PTS e o papel de profissional de referência podem ser praticados e exercidos dentro desse nível de atenção.

Inicialmente, o PTS foi nomeado como Projeto Terapêutico Individual. A mudança para PTS, Projeto Terapêutico Singular, dá-se pela primazia do termo singular, tendo em vista que esse remete à diferença e a não reprodutibilidade das ações de cuidado, afinal, “cada caso é um caso” (Oliveira, 2010). Para o autor, o projeto deve ser pensado não apenas no sentido de organização de ações e atividades, mas também a partir da ideia de projetualidade, ou seja, capacidade de pensar e criar novas possibilidades.

Uma das concepções de PTS surge na década de 1990 a partir do movimento antimanicomial de Santos, que pensava em alternativas de cuidado orientadas a partir da Reforma Psiquiátrica e, pois, a partir dos usuários. Novos arranjos e dispositivos de cuidado foram testados, cujos objetivos não eram mais de intervenções para a cura, mas pensados para a emancipação, produção social e produção de vida. Na cidade de Santos, procuravam a prática da liberdade e da singularização, tendo como foco o processo, ou seja, a ideia de construção, reconstrução, reavaliação e revisita das relações (Oliveira, 2010).

O conceito de sujeito é um dos fundamentais para entender o PTS, e colocá-lo em prática. Campos (2000) pensa na constituição do Sujeito e dos Coletivos a partir da dialética, considerando não haver limites entre o interno e o externo, levando em consideração a permanente interprodução entre o interior e exterior. Em relação ao interno, o autor considera haver três planos imanentes: o biológico, o Desejo, relacionado ao inconsciente, e o Interesse, relacionado à racionalidade humana. Há, ainda, a esfera singular, onde ocorrem as interações e expressões do sujeito com o seu contexto particular. Há, por fim, a esfera do universal, uma região de forças independentes ao sujeito, que implicam a ele modos de ser. Nesse sentido:

“O sujeito é isso e se singulariza agindo sobre esses planos; sujeito transita por esses planos tanto de forma inconsciente como de forma consciente” (CAMPOS, 2000, p 65)

Assim, o conceito de sujeito leva em consideração indivíduos que constituem e são constituídos a partir de relações sociais e históricas, que influem, alteram e modulam seus desejos e interesses. Apesar de envolvido nessa trama histórica social, o sujeito é capaz de produção de vida, autonomia, reação e resistência. Nesse sentido, o conceito de singularidade diz respeito às diferentes e particulares maneiras que os sujeitos podem agir sobre os determinantes universais (Campos, 2000).

O cuidado em saúde mental e saúde coletiva deve levar em consideração, independentemente dos pressupostos ideológicos e epistemológicos que segue determinado profissional, o sujeito de direito. Isto é, o sujeito que é cidadão e possui, inquestionavelmente, direito à saúde, educação, alimentação, moradia, cultura e lazer. Essas prerrogativas estão garantidas por lei na Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, a lei 8080 de 1990 rege sobre a saúde pública brasileira, outorgando que o direito à saúde no Brasil é universal, integral e equalitário, ou seja, é direito de todos ter acesso à saúde, assim como dever do Estado garantir que assim o seja.

Levando-se em consideração tais concepções de sujeito, fica claro a interferência dos processos culturais, históricos e sociais em sua constituição. As formações subjetivas se dão num processo dialético entre o interno e o externo, o eu e o outro, o eu imerso num mundo social com leis e direitos universais. Nesse sentido, o mundo concreto e o tempo

histórico da vivência subjetiva emergem num encontro singular na constituição do sujeito.

A família, considerada neste estudo como um agrupamento de pessoas, não necessariamente consanguíneas, que convivem em uma unidade domiciliar (Emerich, 2022), é um desses outros exteriores que influem no processo dialético do sujeito, na aquisição da linguagem e na inserção do sujeito na cultura. A família é a primeira instituição social da qual o sujeito fará parte no decorrer da sua história (Althusser, 1970). Nesse sentido, o cuidado em saúde mental previsto pela RAPS, que leva em consideração o sujeito de direito, preconiza e garante o cuidado do sujeito de forma ampliada, levando em consideração seus aspectos culturais, territórios existenciais e família. No entanto, apesar da garantia de tal cuidado expresso na Constituição, o que se verifica, na maioria das vezes, é um cuidado individualizado e particularizado do sujeito, sem levar em consideração seus aspectos coletivos, culturais, históricos, sociais e intrafamiliares. Isso se expressa pela pouca discussão e elaboração entre os serviços de PTS, PTS Coletivos e, pois, PTS familiares.

Em relação ao uso do PTS como prática de saúde mental nos serviços citados, Hori e Nascimento (2014) concluíram em um estudo do eMulti de Guarulhos que o PTS como ferramenta de cuidado em saúde em CAPS já foi analisado em diversos estudos de implantação, ao passo que os estudos do uso do PTS na atenção primária sugerem viabilidade tecnológica. No entanto, para as autoras, é fundamental analisar a real viabilidade do PTS na APS a partir de suas particularidades, de forma a evitar

“a mera transposição de ferramentas tecnológicas entre serviços componentes de uma rede de atenção psicossocial, distintos em diversos aspectos.” (Hori e Nascimento, p. 452, 2014)

Oliveira (2010), em estudo realizado em um centro de saúde de Campinas, concluiu que o PTS pode ser um dispositivo eficiente de gestão devido a sua capacidade de disparar processos de mudanças nas práticas das equipes de saúde e ampliar ofertas para os usuários. No entanto, Dimenstein, Cirilo Neto e Macedo (2019) apontaram que na avaliação das equipes eMulti do país pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB), de 2013, constataram que somente 64,3% das equipes eMulti participam do monitoramento de PTS construídos em conjunto com a ESF. Os autores apontam, inclusive, que tais resultados são ainda menos expressivos quando em casos de uso problemático de substâncias psicoativas.

Dimenstein, Cirilo Neto e Macedo (2019) reforçam que, no nível primário da atenção, os profissionais possuem imensa dificuldade no manejo e cuidado dos casos de saúde mental. No entanto, a escassez de atenção em saúde mental neste nível corrobora com a medicalização e cronificação de problemas de saúde, sobrecarregamento dos níveis especializados e contribuição de práticas manicomiais pautadas no uso de tecnologias duras. Os autores apontam a relevância dos integrantes da equipe eMulti como um dispositivo fundamental de articulação entre a atenção psicossocial e a APS. Isso evidencia, pois, a importância de pensar no PTS como uma das ferramentas centrais de pactuação e articulação entre o eMulti e a ESF, bem como entre essas equipes e as redes intersetoriais. No entanto, é imprescindível pensar

nos desafios da incorporação de tal instrumento na AP, de forma a não meramente transpor um modelo de cuidado do CAPS para a AP.

2. Objetivo

Discutir o PTS familiar como organização e estratégia de cuidado em saúde mental para usuários da Atenção Primária de Campinas, a partir de um estudo de caso.

3. Metodologia

A metodologia do presente estudo se baseia em um estudo de caso, que surgiu do meu encontro, mulher branca, residente em saúde mental e saúde coletiva, com diversos usuários e famílias em uma eMulti de Campinas-SP. O estudo de caso se trata de uma metodologia frequentemente utilizada em pesquisas médicas e psicológicas. A autora faz uma ressalva de que os casos a serem estudados devem dizer respeito do todo, sendo passíveis de algumas generalizações de forma a se pensar em outros casos (Ventura, 2007).

Os estudos de caso podem ter foco em um caso único e singular, como o “caso clínico”, ou múltiplo, em que vários indivíduos ou organizações são utilizadas simultaneamente. É uma metodologia empírica, e, quando qualitativa, é fundamental que seja realizada a interpretação de dados de acordo com o contexto, trazendo novos questionamentos, respostas e indagações, retratação da realidade, uso de diferentes fontes de informação, possibilidade de generalizações e produção de diferentes pontos de vista. A discussão deve realizar uma avaliação dos caminhos seguidos e do desenvolvimento do caso, e a conclusão deve apresentar o que foi possível aprender com o estudo do caso (Ventura, 2007).

Onocko-Campos e Emerich (2019) salientam que a discussão de casos clínicos é a base do ensino na área da saúde, considerando indubitavelmente que as práticas clínicas são também analisadoras da instituição. Para tal, o caso deve conter não apenas o relato clínico e a história do usuário, mas também a posição do encontro singular do profissional com o usuário e o desdobramento disso no cuidado em questão. Defendem que um caso deve ser narrado a partir de diversas vozes, trazendo narrativas não apenas do usuário, como também de familiares, equipes e instituições que se relacionam com o usuário, de forma a enriquecer o estudo de caso. A partir disso, é possível ter uma visão ampliada e avaliar o diagnóstico sociofamiliar do sujeito.

Dessa forma, o presente estudo de caso se trata de um caso único, de orientação qualitativa, que, apesar de ser um caso singular, permite pensar e refletir a respeito de tantos outros usuários e familiares atravessados por questões não apenas particulares, mas também grupais, culturais, sociais e universais.

O caso relatado no estudo está situado na cidade de Campinas-SP, na região do

distrito norte, em um eMulti que apoia duas USF relativamente distantes uma da outra (10 km de distância aproximadamente). As equipes de profissionais das especialidades da eMulti são duas Psicólogas, uma Terapeuta Ocupacional (TO), uma Psiquiatra, um Fisioterapeuta, duas Pediatras e uma Ginecologista. É previsto, a partir da organização interna e singular deste eMulti, a participação de um integrante eMulti, independente do núcleo profissional, enquanto apoiador de uma das mini equipes das USF, de forma a circular discussões entre ambas. A equipe multiprofissional do eMulti deve integrar a USF de forma a apoiar a ESF por meio de matriciamentos, atendimentos compartilhados, ações de promoção, prevenção e intervenção com foco no território, visitas domiciliares (VD's), atendimentos individuais e grupais, práticas de cuidado coletivo, ações de saúde territoriais e articulação de rede. No entanto, apesar de prevista e acordada entre equipes, tal organização não se configura na prática.

A USF A está situada em região considerada de alto padrão socioeconômico. Estima-se que tenham aproximadamente 70 mil pessoas morando na área adscrita da USF A, sendo que 20 mil dessas são consideradas populações flutuantes, tendo em vista a Universidade localizada no território. Essa unidade possui 5 mini equipes de ESF, compostas por duas agentes comunitárias de saúde², uma enfermeira, de 3 a 4 técnicas de enfermagem e uma médica.

Apesar da região ser caracterizada de alto padrão, com diversos condomínios, casas sofisticadas e universidade de prestígio internacional, há diversos bairros isolados geograficamente, distantes de diversos serviços, com poucos recursos culturais e de lazer, e com alto índice de vulnerabilidade social, valendo-se salientar que tal região foi a última a abolir a escravização no Brasil. Tal herança histórica está presente ainda hoje na imensa desigualdade social e ausência de políticas públicas.

A outra USF, USF B, está localizada em uma região rural da cidade. A locomoção por meio de transporte público é extremamente dificultada, com apenas uma linha de ônibus que passa a cada 1 hora nos dias úteis. O Pronto Atendimento (PA) de referência da região fica a 25,9 KM de distância do CS³, o que demora cerca de 1h27 min de transporte público para chegar até tal serviço. Há, inclusive, regiões no território onde o ônibus não passa, exigindo que os moradores se locomovam distâncias a pé até o ponto mais próximo. A unidade possui em torno de 10000 usuários cadastrados, e é composta por duas mini equipes. Não há saneamento básico em todo o território, inclusive na região do próprio CS. Apenas um único bairro dessa localidade conta com saneamento.

O território do caso escolhido para este estudo é da USF B. Na região da equipe responsável pelo caso, há áreas de ocupações, povoadas em sua maioria por imigrantes, geralmente oriundos do norte e nordeste do Brasil. Nessa área, são recorrentes inundações, por ser uma região de várzea, popularmente conhecida como “brejo”, em que, no período de chuvas, o rio transborda para as margens, inundando-as. Há, também, grandes terrenos onde são realizados “trabalhos” de reciclagem. No entanto, há denúncias de que tal trabalho é análogo à escravização, isto é, as pessoas que trabalham na maioria das reciclagens da

região o fazem em troca de substâncias psicoativas e comida do lixo, acumulando dívidas com os donos de tais reciclagens. Problemas de saúde relacionados ao trabalho também ocorrem, tendo em vista que no local se encontra uma grande indústria, em que diversos trabalhadores recorrem ao CS para cuidar de acidentes e doenças em decorrência das péssimas condições de trabalho. A região tem alta incidência de uso problemático de substâncias psicoativas, bem como violência contra a mulher e outros tipos de violência.

No território, há poucas ofertas de atividades coletivas e de lazer. A distância do CS ao centro da cidade é de 22 KM, demorando cerca de 1h20 min para chegar por meio de

² Optei por utilizar o pronome feminino para caracterizar as trabalhadoras da saúde, tendo em vista que todas as equipes de todas as unidades são compostas, em sua grande maioria, por mulheres.³ Em Campinas, devido a história do desenvolvimento da APS na cidade, as USF são popularmente chamadas de CS. Assim, optei por colocar essa nomenclatura, que é mais utilizada pela população campineira.

transporte público. Isso dificulta, ainda mais, o acesso à lazer, cultura, entretenimento e demais serviços. Ao lado do CS, há um centro de convivência da assistência social. Algumas ruas adiante, uma escola de ensino infantil e fundamental I e uma CEI (Centro de Educação Infantil). Em toda a região, há apenas um pequeno mercado e a única farmácia é a do CS.

3.1 Apresentação do caso

Ao longo das discussões na ESF B, era comum as trabalhadoras falarem da necessidade de ter um “quadro ou uma lousa para poder desenhar a árvore genealógica da família”, pois, na impressão delas, “tudo estava interligado”. Certa vez escutei, inclusive, que as discussões de caso eram como puxar a linha de uma blusa que estava se descosturando: você começava puxando uma linha pequena e, conforme continuava, essa linha passava a aumentar de tamanho, ficando grande, enorme. Essa era a sensação que muitas de nós tínhamos ao discutir um caso: começava por uma pessoa, e conforme passavam-se as semanas, descobríamos outras pessoas daquele meio social e familiar, outras histórias, vivências e singularidades que compunham aquele caso na mesma medida em que se tornavam, por si só, um caso novo.

Assim, o caso aqui discutido segue essa lógica, com o início da discussão a partir de uma pessoa e, conforme fomos vinculando, escutando e compreendendo o que era possível de todo o contexto, percebemos que não se tratava de um caso único, mas sim de um caso coletivo a respeito de toda uma família, um corpo grupal composto por diversos usuários singulares que estavam interligados entre si. Nessa linha, o cuidado de um usuário só fazia sentido a partir do cuidado de outros elementos que o envolviam.

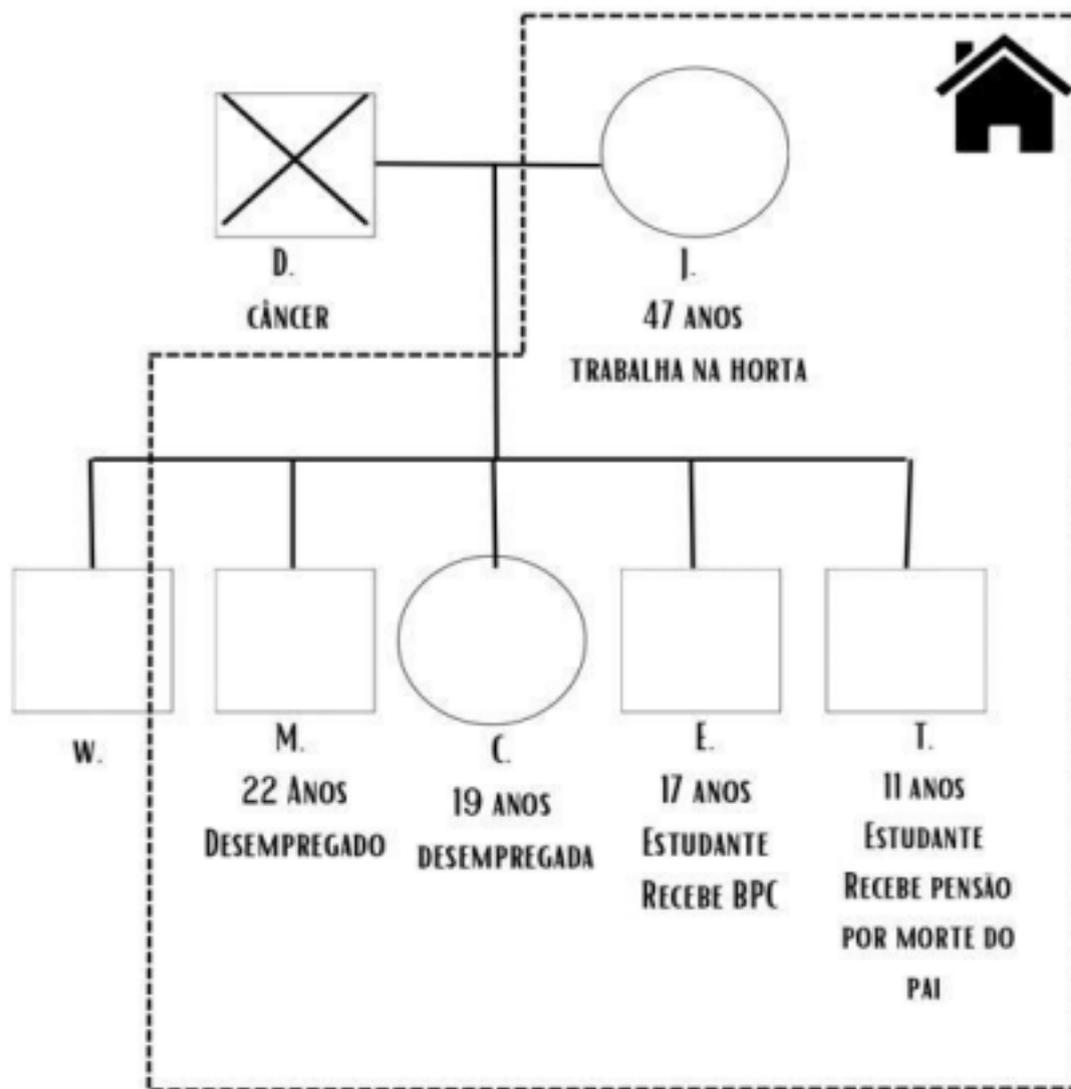
O caso da família de dona J., de 47 anos, mulher negra nascida no interior da Bahia, chega ao conhecimento do centro de saúde após seu filho, M., mandar mensagem para o whatsapp da equipe, na última semana de junho de 2023, pedindo ajuda pois sua mãe estava fazendo uso exacerbado de álcool, na opinião dele. D., marido de dona J. e pai de M.

faleceu em maio de 2023 devido a um câncer recém descoberto em estágio avançado. Dona J. já fazia uso de álcool anteriormente, porém, o uso se intensificou após tal acontecimento. Dona J. e D. tiveram juntos cinco filhos: W., o mais velho; M., de 22 anos; C., de 19; E., de 17 anos; e T., de 11. Em decorrência da dificuldade de vivenciar o luto, passou a beber pinga com grande frequência. Na maioria das vezes em que estava sob efeito, dona J. iniciava brigas e discussões com o filho M. Além disso, dois colegas e um namorado, com quem dona J. frequentemente fazia uso de álcool, passaram a residir na casa da família.

A partir disso, a ESF B realizou algumas visitas domiciliares de forma a entender um pouco mais do contexto integral da família. Dona J., de fato, estava fazendo uso de substâncias, no entanto, a mesma não o julgava problemático ou prejudicial para si e para os outros. Porém, julgava que quem precisava de tratamento era M. Dizia que ele era “mau-caráter”, “preguiçoso” e “má influência” para os outros filhos. Sobre os outros filhos de Dona J., faz-se necessário fazer uma breve apresentação: O filho mais velho W., era casado, tinha três filhos e não frequentava muito a casa da mãe. Já C., de 19 anos, tinha sido demitida de seu emprego como atendente em uma frutaria recentemente, e não trazia muitas queixas. O filho E., de 17 anos, era acompanhado pela Fundação Síndrome de Down (FSD) desde a infância devido a um déficit intelectual (D.I.), no entanto, não estava frequentando tal instituição nos últimos meses. Por fim, T., de 11, tinha problemas cardíacos desde o seu nascimento e estava, também, sem acompanhamento.

A casa da família estava localizada em uma região rural de Campinas, de frente para a rodovia, a aproximadamente 30 minutos a pé do CS. A renda familiar era composta por um auxílio de E., no valor de um salário mínimo, direito adquirido devido ao diagnóstico de D.I., e por uma pensão por morte, que será recebida até T. completar a maioridade. O marido de dona J. trabalhava na horta que fica ao lado de sua casa, e os familiares o descreveram como um homem calmo, tranquilo e um importante pilar para a família. No entanto, também relataram que brigas e violências de D. contra dona J. eram comuns entre o casal.

Para melhor compreensão do caso e dos membros familiares que compõe a família, foi utilizado o Genograma (Figura 1), ferramenta de composição gráfica que permite entender e observar a estrutura familiar e suas gerações de forma rápida, visual e inteligível (Barbosa e Zanetti, 2021).



LEGENDA:

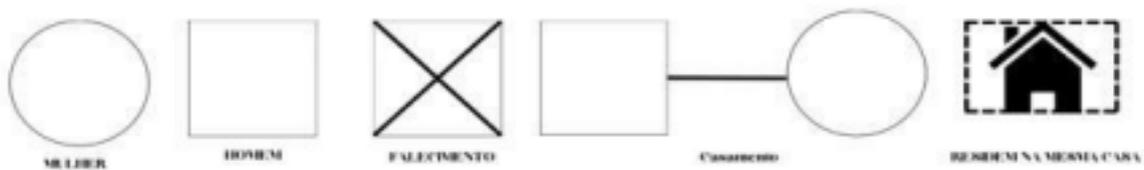


Figura 1 - genograma da família

Apresentarei, a seguir, o desenvolvimento do trabalho da equipe ESF por meio do

uso do PTS familiar, separando os tópicos de discussão a partir das etapas de um PTS: construção de hipóteses, construção das ações de cuidado, assunção de responsabilidades e reavaliação das ações.

4. Discussão

4.1 Construção de hipóteses

A equipe decidiu se aproximar da família por meio de VD's de forma a entender melhor as demandas, as relações familiares e o contexto. Além disso, era necessário realizar um trabalho de vinculação, tendo em vista que não frequentavam o CS, não conheciam os profissionais e não faziam nenhum tipo de cuidado continuado em saúde, mesmo havendo demandas. Outro fator para que fossem feitas VD's era o fato de, num primeiro momento, terem sido agendados acolhimentos para M. e os familiares, porém, os mesmos não compareceram, pois M. não conseguia sair de casa há 4 anos e dona J. não entendia o CS como um lugar de cuidado para si e para a família.

As primeiras VD's foram feitas pelas ACS's, médica e técnica de enfermagem da ESF de referência, no decorrer do mês de Julho. Os relatos foram levados para as reuniões de equipe, ocorridas semanalmente no CS, com duração de 2 horas cada. Nessas reuniões, toda a ESF estava presente, assim como duas representantes do eMulti, uma terapeuta ocupacional e uma farmacêutica, e eu como residente.

Por meio das VD's e discussões, a equipe avaliou que dona J. aumentou uso de substâncias em decorrência de um luto não elaborado e observou que a mesma possuía um relacionamento muito difícil com M., devido ao fato dele ser homossexual. Quando sob efeito da bebida, as brigas se intensificavam, afetando a família como um todo, uma vez que todos os membros familiares acabavam envolvidos nos conflitos. A equipe observou o comportamento mais quieto e tímido de M., que ficava apenas em seu quarto e não se abria muito para conversas, ao passo que sua mãe o criticava e o caracterizava negativamente, demandando um "conserto" de M. Além disso, foi feita a avaliação de que dona J. não possuía uma postura "crítica" do uso de pinga, bem como não considerava que ela possuía necessidade de cuidados em saúde.

Algumas ações foram pensadas a partir disso, de forma a ampliar as hipóteses e elaborar melhor as ofertas de cuidado: visita domiciliar do CAPS AD para acolhimento de dona J.; visita domiciliar para M. realizada por mim com finalidade de acolhimento; discussão com FSD para entender a proposta de cuidado de E. em tal instituição e retomada de cuidados clínicos para T. e C. no CS.

Realizei visita domiciliar para M., que me recebeu em seu quarto. O objetivo dessa visita era poder fazer um primeiro acolhimento, entender suas próprias demandas e pensar junto com ele de que forma o CS poderia compor um cuidado. Nesse acolhimento, M. contou um pouco de sua história de vida. Nasceu no interior da Bahia e, aos 5 anos,

mudou-se com a mãe, o irmão mais velho, W., e a irmã C. para Campinas. Seu pai, D., havia vindo meses antes, à procura de trabalho. Após ter conseguido se estabelecer em Campinas, na região do CS Village, os outros familiares vieram. Contou que, desde pequeno na Bahia, recorda-se de brigas envolvendo sua mãe, sobretudo no período em que o pai veio para Campinas e ficaram apenas com ela na Bahia.

Dona J., mãe de M., relatou para a ESF que julgava ser necessário atendimento para o filho, entendendo o isolamento de M. como um comportamento de "vagabundagem" e também julgava como errada a maneira que M. expressava sua subjetividade ao se vestir e arrumar o cabelo. Essas queixas se diferenciavam de M., o qual relatava um sofrimento que será apresentado no decorrer desta seção. M. No entanto, as queixas dela eram diferentes das dele. Dona J. entendia o isolamento de M. como um comportamento de "vagabundagem", e não como a expressão de um sofrimento. Além disso, julgava como errada a maneira que M. expressava sua subjetividade ao se vestir e arrumar o cabelo.

Faria (2021) postula que, na análise com crianças, a presença dos pais ou responsáveis coloca o analista diante da questão de definir qual o sujeito que demanda a análise, uma vez que a criança, geralmente, é levada ao analista pelo desejo e encomenda de terceiros. No cuidado em saúde mental de famílias na APS, independentemente da idade, essa é uma das pedras angulares a ser levada em consideração, na medida em que, geralmente, a encomenda dos casos às equipes ESF é feita por terceiros, como a escola, conselho tutelar, serviços assistenciais, encaminhamentos de outros profissionais de saúde e demandas de familiares. Essas "encomendas" vem com uma descrição sobre o indivíduo e um motivo para que ele seja atendido que, nem sempre, coincidem com a demanda e a narrativa que o sujeito faz de si e do seu próprio problema.

Na APS, quando atendemos famílias, é de suma importância levar isso em consideração pois, geralmente, conhecemos o sujeito, estamos imersos em seu território existencial e temos acesso a diferentes narrativas, com diversos pontos de vista, sobre o sujeito. Estar em contato com essas diferentes perspectivas nos faz ter movimentos identificatórios com os diferentes falantes, o que nos faz, sobremaneira, ora nos identificarmos mais com o usuário que atendemos, ora com aqueles que falam sobre ele. Nesse sentido, é importante se atentar para que aquilo que falam sobre um usuário não se torne o falar pelo usuário. Algumas questões são importantes de serem levantadas nesses momentos: Esse indivíduo aceitou passar por atendimento? Considerou ser importante para ele estar em algum tipo de atendimento? Quer ser escutado de que forma? De que forma quer ser escutado ou cuidado? Sobre o que ele se queixa? Sobre quais conteúdos ele fala quando questionado sobre a queixa? Em que medida essa queixa/relato trazida por um familiar (ou um terceiro) de fato, auxilia o indivíduo que estou escutando em relação a queixa que ele próprio traz?

Durante algumas reuniões de equipe, havia uma angústia nos profissionais para que conseguíssemos fazer com que M. saísse de casa e socializar mais. Hipóteses a respeito de sua imagem e de como ele se sentia foram levantadas pela equipe ESF, inclusive, ideias

de ações de cuidado envolvendo mudança de visual e reinserção no mercado de trabalho. De fato, conhecer um homem jovem, que há 4 anos não conseguia sair de casa, nos mobiliza e afeta em alguma medida. No entanto, isso era o que eu escutava da equipe, a partir da narrativa deles sobre M., e não o que M. falava ou desejava para si.

Neste sentido, durante a visita à M., combinada com antecedência diretamente com ele, procurei explicar um pouco do papel da psicologia no CS, além de escutar suas próprias queixas e narrativa. Não se queixava de estar em casa há 4 anos, nem trazia questionamentos sobre sua sexualidade. Queixava-se da relação conflituosa com sua mãe e das críticas que recebia dela em relação ao seu corpo, traços físicos, identidade e orientação sexual. Tinha medo de sair de casa, pois imaginava que os outros iriam o tratar mal e o julgar. Ele articulou isso com as coisas que ouvia de sua mãe, imaginando que os outros o julgariam e o tratariam da mesma forma que ela fazia. Em casa, sentia-se protegido, seguro e confortável, sobretudo devido à relação de carinho, cuidado e companheirismo que mantinha com os irmãos. Tinha vontades, desejos e interesses, porém, não conseguia os colocar em prática.

Assim, após esse primeiro contato e escuta de M., ofereci a ele um espaço de cuidado, por meio de atendimentos em psicoterapia orientados a partir de uma escuta psicanalítica. M. aceitou e pediu que os atendimentos fossem realizados em sua residência, uma vez que ele ainda não se sentia confortável ao sair de casa e ir ao CS. Considerei que o ambiente residencial não era o ideal para o espaço de escuta e cuidado para M., devido à reafirmação que a minha presença enquanto psicóloga dava à queixa da mãe de M. de que ele precisava de um “conserto” e que ele era o “problema da família a ser cuidado”. Apesar dessa leitura, escutei o pedido de M. e compreendi que, naquele momento, era o possível, afinal seria improdutivo forçá-lo a sair de casa e ir ao CS, um local onde ele não se sentia confortável e não queria estar. Assim, combinamos que iríamos nos encontrar semanalmente, às 14h00 de sexta-feira, em seu quintal, onde poderíamos ficar a sós.

Iniciei o atendimento de M. não porque ele precisava sair de casa, estar trabalhando, mudar seu comportamento e repensar sua orientação sexual, mas sim porque ele demonstrou desejo e entendeu, durante o primeiro acolhimento, que havia necessidade de elaborar a respeito de uma série de circunstâncias vividas desde a infância.

4.2 Construção das ações de cuidado

A partir das discussões de equipe articulamos diversos cuidados para toda a família: visita do CAPS AD para vinculação e acolhimento de dona J., atendimento domiciliar em psicoterapia para M., discussão com FSD e reaproximação de E. com tal instituição e retomada de cuidados clínicos para T. e C. no CS.

Os filhos de dona J. relataram à equipe que não estavam se sentindo seguros em casa devido a circulação de alguns homens desconhecidos pelo local. Dois desses

passaram, inclusive, a residir na casa por um tempo. Dona J. já tinha orientação da ESF para ir ao CAPS AD para um acolhimento, no entanto, não foi até o local. Por meio de uma reunião de matriciamento, entendemos que seria importante uma visita do CAPS AD para acolher J. e fazer uma tentativa de vinculação ao serviço, afinal, o cuidado de dona J. produziria efeitos em toda a família, uma vez que os conflitos afetavam todos os membros e a estrutura familiar, em diferentes graus.

Para pensar nos efeitos do conjunto familiar, será utilizada como aparato teórico noções estruturalistas, as quais fundamentam a teoria psicanalítica lacaniana. A estrutura clínica é um “conjunto co-variante de elementos significantes” (Eidelsztein, p. 49, 2019), sendo que o conjunto é definido como uma coleção de elementos, porém apresentando uma falta estrutural que é baseada em um modelo matemático da Teoria dos conjuntos (Eidelsztein, 2019). Assim, infere-se que conjunto é uma noção de um universo que pode ser colocado como um todo que apresenta uma incompletude. Por exemplo, a língua (como a língua portuguesa) é completa, na medida em que apresenta palavras para um falante se utilizar para significar suas e se comunicar. No entanto, ao mesmo tempo, esse conjunto inclui em si uma falta, uma vez que não é possível significar tudo por uma questão estrutural, fato que é perceptível em uma clínica, quando um paciente fala de “sentir algo, mas não sabe dizer exatamente o que é”. Nesse sentido, a língua é um conjunto completo de elementos, que é, ao mesmo tempo, incompleto. Eis a definição de conjunto, fundamental para a compreensão de estrutura: um todo completo e ao mesmo tempo incompleto (Eidelsztein, 2019).

Seguindo a definição de estrutura enquanto um conjunto covariante de elementos significantes, parte a para uma discussão sobre como a covariância é justamente o termo que designa a relação entre os elementos do conjunto, e portanto, terem um valor somente a partir dessa relação, já que ao analisar os elementos de maneira isolada seria apenas perder de vista todo o valor de relações (Eidelsztein, 2019). Logo, os elementos têm um funcionamento de relações, em que se um muda, os outros elementos também seguem numa mudança. Assim,

“La co-variancia permite distinguir entre estructura y otro tipo de sistemas u organizaciones de elementos, ya que en ella los elementos covarian, o sea, carecen de identidad propia y, además, al cambiar uno de ellos, cambiam necesariamente todos los otros” (EIDELSZTEIN, p. 51, 2019)

Portanto, quando pensa-se numa família, será seguido o trabalho de Lévi-Strauss, antropólogo estruturalista, que pensa além de bases biológicas e consanguinidades, pensando família como um sistema de comunicação, em que a troca e reciprocidade são a estrutura fundante e a comunicação o objetivo deste sistema social. Com isso, o sujeito, tanto como parte, quanto inserido neste sistema, não tem valor em si, definindo-se apenas em relação a um outro membro da família. Nesse sentido, os elementos de uma família não são pensados de forma individualizada, mas sim pelas relações que estabelecem entre si (Sarti, 2008).

Considerando a família de dona J. um conjunto de elementos, acatamos, pois, que tais elementos isolados não possuem valor em si. Essa perspectiva abre margem para alguns questionamentos, que permitem hipotetizar sobre o funcionamento familiar: Como dona J. se caracterizaria e narraria a si mesma se não tivesse passado pelo luto do falecimento de um marido, enquanto mãe de 5 filhos? Qual seria a narrativa de M. sobre si e sobre suas vivências caso ele fosse isolado desse conjunto e vivesse em outro meio familiar? Certamente, as narrativas seriam outras, com diferentes cenários, histórias, pessoas e maneiras de se relacionar. Nesse sentido, os elementos de um conjunto possuem valor quando associados uns aos outros, e nunca isolados. Isso justifica, pois, o fato do cuidado de um elemento familiar produzir efeitos nos demais. Não justifica, no entanto, cuidar isoladamente apenas de um. Foi pensando nisso que não pensamos apenas no cuidado de dona J., mas sim no cuidado ampliado de toda família a partir da singularidade de cada um.

Apesar do CAPS ter realizado duas visitas, dona J. não chegou a iniciar um tratamento no local, pela insistência do entendimento da mesma de seu uso de álcool enquanto não problemático, mesmo após explicações de que ela podia ir ao CAPS para ter um espaço de escuta em relação aos sofrimentos e às questões familiares. Ambas as equipes, tanto a ESF quanto a do CAPS, entendiam o uso de álcool de J. como problemático devido aos comportamentos de risco e de agressividade associados. Neste ponto, é importante pontuar que nem todo uso de substâncias é problemático, sendo necessário que a equipe sempre se questione: quem está considerando esse uso enquanto problemático? A sociedade? A família? O sujeito? Debruçar-se sobre essa questão nos permite refletir a respeito das possibilidades de ofertas e do direcionamento do cuidado, evitando tratamentos pautados em perspectivas morais que infringem a lógica do sujeito. Nesse sentido, não adiantaria uma avaliação da equipe de que o uso é problemático e, por isso, precisa de um cuidado, uma vez que essa é uma demanda da própria equipe, e não do sujeito. Para dona J., seu uso não era um problema e, portanto, a partir de seu ponto de vista, não era uma questão a ser cuidada.

Apesar das discussões entre a equipe do CS e do CAPS preverem um cuidado com foco nas questões que envolviam o atual sofrimento de dona J. e que estavam resultando no aumento do uso de substâncias, a usuária relacionava o ambiente do CAPS com “lugar de gente louca” ou “gente que tinha problema com drogas”, o que, para ela, não era seu caso. De acordo com a portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011, os CAPS são lugares de cuidado para pessoas em situação de sofrimento grave e extremo, ampliando a noção de cuidado psiquiátrico para cuidados em saúde mental. No entanto, ainda há o imaginário social de que o CAPS é um lugar unicamente para pessoas que possuem algum transtorno mental grave, marcado pela patologização e nomeado a partir de um CID.

Nesse sentido, a proposta de ação de cuidado para dona J. precisava ser repensada

a partir da sua posição singular de sujeito. Além do cuidado dela, foram estabelecidos cuidados para os demais familiares. Foi feita uma reunião intersetorial com a referência de E. na FSD, uma assistente social. A FSD é uma instituição da prefeitura de Campinas, que atua em interface entre a saúde e a assistência atendendo pessoas com diagnóstico de deficiência intelectual, de forma a trabalhar suas potencialidades. A profissional informou que acompanhava E. desde a infância, e contou que o plano de cuidado de E. na instituição envolvia a participação no ateliê e atendimentos individuais com terapeuta ocupacional. Quando necessário, a FSD também ofertava atendimentos familiares. No entanto, fazia um tempo que E. não frequentava tais espaços há alguns meses, sob a queixa de que estava sem passes de ônibus. A partir disso, foi agendada uma visita domiciliar conjunta entre a ACS e a assistente social da FSD, com o objetivo de entender melhor sobre as ausências de E., repensar seu cuidado e revinculá-lo à FSD. Após a visita, foi repactuado com E. que ele continuaria frequentando o ateliê e a terapia ocupacional, bem como ficou acordado que o CS iria ficar sob a responsabilidade de entregar os passes de transporte para a família.

Além disso, C. começou a passar por atendimento clínico, com foco na saúde da mulher, tendo em vista que há muito não passava por nenhum tipo de acompanhamento. Por fim, T. também começou a passar por tratamento médico, uma vez que nascera com problema no coração e necessitava de acompanhamento longitudinal.

4.3 Assunção de responsabilidades e prazos

O PTS na APS opera uma responsabilização no profissional devido a noção de profissional de referência, superando a simples adscrição da clientela por meio do vínculo e co-responsabilidade pelo cuidado (Oliveira, 2010). Assim, é previsto que, a partir da construção das ações de cuidado, sejam atribuídas as responsabilidades aos respectivos profissionais que, dentro de um prazo, irão articular e desenvolver a ação pactuada. Isso é fundamental para a organização da equipe, evitando a duplicidade de ações ou a desresponsabilização por eles, além de tornar o cuidado mais inteligível e menos fragmentado para o usuário.

No caso de dona J., a ação de cuidado primeiramente proposta foi vinculá-la ao CAPS, ofertar local de escuta e reduzir os danos do uso de álcool, sobretudo no âmbito psicossocial, afinal os principais danos no momento para dona J. não eram clínicos, mas relacionados a conflitos familiares, exposição ao risco e ruptura de laços. Porém, dona J. não entendeu o CAPS como uma possibilidade de cuidado para si. A partir disso, ficou pactuado que as ACS's iriam ficar na responsabilidade de manter um vínculo com dona J. e passariam a me acompanhar semanalmente nas VD'S para M. Enquanto eu estivesse em atendimento com ele, no quintal, elas iriam conversar com dona J., em outro local, de forma a escutá-la e acolhê-la, bem como iriam tentar construir críticas com ela sobre seu uso de álcool. C. ficou sob responsabilidade da médica de família da equipe, que realizou os atendimentos com foco em saúde da mulher, ao passo que T. ficou sob responsabilidade da pediatra de referência da equipe. E., por sua vez, continuou inserido na FSD, ficou sob

responsabilidade da assistente social que fazia a função de sua referência, e foi estimulado pela equipe do CS a dar continuidade em seu tratamento. Na visita que fizeram a E., ficou sob responsabilidade do CS a organização do passe, fornecido gratuitamente pela prefeitura de Campinas. No entanto, quando E. foi buscar, não estava pronto, e tal cuidado se perdeu mais uma vez. Os prazos para que as ações de cuidado fossem realizadas não foram discutidos, nem atribuídos.

Apesar das ações de saúde mental possuírem um tempo não cronológico, imprevisível, incontrolável e singular de cada sujeito, é de suma importância que a atribuição de prazos seja realizada. Os prazos, em um PTS, não servem para infligir ao sujeito um tempo determinado para seu cuidado. Serve, na realidade, para auxiliar de forma concreta tanto o sujeito quanto a equipe na co-responsabilização, na reavaliação e na gestão do cuidado.

A maioria das ações de cuidado planejadas foram realizadas, mesmo sem a atribuição dos prazos. No entanto, algumas ficaram perdidas, apesar do investimento da equipe e rede. Algumas hipóteses foram levantadas a respeito, como a não atribuição de prazos, e a individualização do cuidado que, apesar de terem sido atribuídos profissionais que iriam executar a assistência, não foi discutido a respeito de uma referência coletiva para a família como um todo. O papel de uma referência coletiva, que tivesse um olhar para a família e para as ações de cuidado como um todo, pode auxiliar na organização, gestão, desfragmentação do cuidado, garantindo a execução das ações.

4.4 Reavaliação

O PTS pode ser utilizado como dispositivo de co-gestão e instrumento técnico-pedagógico pela equipe eMulti. Oliveira (2010) disserta que o PTS, quando utilizado a partir da perspectiva da gestão de equipe e do cuidado, possibilita processos de reflexão/ação nos trabalhadores, convocando-os a repensarem seus processos de trabalho, práticas e instituição. A reavaliação compõe o processo do PTS de forma a revisitar as ações de cuidado, repensá-las e discuti-las quantas vezes forem necessárias. Por se tratar de um processo, o PTS não é um instrumento rígido. Pelo contrário, está em constante movimento e reformulação. Assim, ele suscita nas equipes reflexões e questionamentos, convocando-os a pensar sob diferentes perspectivas.

As equipes eMulti possuem atribuições para além da assistência. Devem, necessariamente, realizar ações técnicas-pedagógicas⁴, por meio de matriciamentos, atendimentos compartilhados e discussão de casos, de forma a produzir uma constante troca de saberes entre as equipes ESF, que possuem formação generalista, e a equipe eMulti, de formação especializada. Essas trocas de saberes, a depender da maneira que for realizada, suscitam atritos e hierarquias de saberes entre as equipes, dificulta o trabalho interprofissional e a capacidade de resolubilidade dos CS's, prejudicando, pois, os usuários.

Nesse sentido, o PTS pode ser um instrumento técnico-pedagógico a ser utilizado

pelas equipes eMulti de forma a produzir momentos de reflexão, discussão e educação continuada. O fato do PTS ser um instrumento co-construído entre equipes e usuário, levando em conta a primazia da singularidade do sujeito, e não a hegemonia de algum saber, opera um efeito de horizontalidade no trabalho técnico-pedagógico do eMulti. Ademais, a contratualização e a co-responsabilização entre os pares envolvidos também promovem um efeito horizontal sobre as equipes. A reavaliação, de igual forma, também o faz na medida em que as ações de cuidado de ambas as equipes, eMulti e ESF, serão repensadas e discutidas a partir do que foi contratado com o sujeito. Assim, a reavaliação pode ser uma das maneiras que a equipe eMulti tem de introduzir saberes especializados sem gerar as contrapartidas citadas, afinal, é previsto pelo PTS que isso ocorra.

⁴ Existem diferentes formas de realizar práticas técnico-pedagógicas que não se encerram nos três exemplos dispostos a seguir.

O caso da família estava em um movimento frequente de discussão e reavaliação. No caso singular de dona J., o objetivo de seu cuidado era a construção de crítica em relação ao uso e elaboração de um espaço de cuidado. Inicialmente, foram realizadas duas visitas do CAPS AD para acolhimentos e aproximação. Apesar de ter sido combinado com dona J. a sua ida ao CAPS AD, para que ela conhecesse o espaço físico e a proposta de cuidado, a mesma não compareceu. A ideia era que ela pudesse conhecer o CAPS AD e, a partir disso, elaborar junto a ela de que forma ela gostaria de ser cuidada. Assim, outras duas ações foram pensadas e articuladas. Primeiramente, a ACS que estava mais vinculada com dona J. se ofereceu para acompanhá-la em uma primeira visita ao CAPS AD. Apesar de demonstrar interesse, dona J. cancelou. Após isso, foi articulado com amigos de dona J. que a acompanhariam ao CAPS AD. No entanto, também cancelou, apesar de ter aceitado em um primeiro momento.

Apesar de ter sido planejada uma ação de cuidado que previa trabalhar a vinculação de dona J. com o CAPS AD, foi ficando claro para a equipe que, naquele momento, isso precisava ser repensado. O CAPS AD não era um lugar de cuidado que J. entendia como relevante para si, e a substância tampouco era vista como um problema para ela. Ademais, a hipótese feita inicialmente era que o uso de álcool havia piorado após a morte do marido, em decorrência de um luto ainda não elaborado. Assim, as ações da equipe foram voltadas para pensar no cuidado para a elaboração subjetiva de dona J., por meio de acolhimentos a serem realizados pelas ACS's durante as visitas domiciliares, uma vez que pela substância não fez sentido para ela.

4.6 Os atendimentos individuais

Iniciei os atendimentos de M. no final de julho de 2023, totalizando oito atendimentos ao todo, até o momento desta escrita. A queixa inicial de M. era o fato dele se sentir triste, com baixa auto-estima e sem “paz” dentro de casa, devido às coisas que sua mãe lhe dizia, como estar acima do peso, ter um cabelo de mau gosto, e ter um jeito e sexualidade não

apropriados. Além disso, escutava que ele não era boa influência para os demais irmãos, que era “vagabundo”, “inútil” e que não ajudava em nada a família. No entanto, isso era o que ele ouvia dizerem dele. O que ele mesmo tinha a dizer de si? O que ele tinha a dizer do que diziam dele?

M. dizia que tudo isso o fazia se sentir inseguro frente ao mundo, afinal, se sua própria mãe falava aquelas coisas, o que fariam e pensariam outras pessoas? Em relação ao pai, disse que ele não reproduzia os mesmos ditos que sua mãe. No entanto, também não os impedia. Contou que o pai lhe pedia, inclusive, que os ignorasse, de forma a evitar conflitos. M., na maioria das vezes, tentava ignorar. Porém, algumas vezes retribuía as agressões. Com a morte do pai, M. perdeu esse terceiro elemento na relação que, à sua maneira, não ratificou tais ditos.

A constituição de um sujeito, para Lacan, não está atrelada às fases do desenvolvimento, separadas por etapas pré-dispostas umas às outras. Ao contrário dessa concepção evolucionista, o sujeito, para a psicanálise lacaniana, constitui-se em um movimento circular, de forma não linear e não terminada, em que uma fase não necessariamente predispõe a outra, ou está finalizada. Diferentes fases do desenvolvimento podem ocorrer em diferentes momentos da vida. Nesse sentido, as “fases” são divididas compreendidas enquanto um primeiro, segundo e terceiro tempos da fase do Édipo. (Faria, 2014).

No primeiro tempo, o sujeito está completamente identificado com o desejo daquele que desempenha a função materna. Em um segundo tempo, há a inserção de um terceiro elemento na relação dual entre o sujeito e a função materna, produzindo questionamentos nesse sujeito a respeito daquilo que o outro quer dele. De certa forma, o pai de M. realizava essa função de um terceiro que, ao ser inserido na relação dual de identificação total, na medida em que, ao não confirmar e não reproduzir com M. as mesmas falas e atitudes de sua mãe, produzia questionamentos em M. a respeito daquilo tudo que estava sendo dito a ele.

Enquanto eu sentava no quintal pra escutar M., procurei produzir esses mesmos efeitos de um outro elemento que introduz questionamentos, deslocando a total identificação que M. tinha com tudo aquilo que estava sendo falado por sua mãe, afinal, aquelas falas não condiziam, em nenhuma medida, com o que M. realmente pensava. Um dia, por exemplo, perguntei a M. o que ele gostava de fazer. Respondeu-me que amava ficar horas no espelho arrumando seu cabelo, e que desde pequeno queria ter o cabelo grande e liso, como estava no momento. No entanto, era justamente essa uma das coisas que sua mãe criticava, sobretudo o cabelo longo. Mas, apesar de M. adorar seu visual, não se sentia bem com isso, a ponto de não conseguir sair de casa.

O sujeito, antes de tudo, é um sujeito de linguagem, que sofre os efeitos dessa no corpo (Eidelsztein, 2020). O sujeito se encontra alienado nas relações de linguagem, ou seja, nas relações com o Outro. Nesse sentido, o sujeito se encontra “barrado”, limitado devido à linguagem que, por si só, possui um limite em relação àquilo que pode simbolizar e

significar. O sujeito só pode ser considerado enquanto um sujeito assujeitado pelas leis da linguagem que o circunscreve em um contexto histórico, social e linguístico (Faria, 2014). A comunicação e narrativa de sua vida, de sua história, só é possível a partir das leis de uma gramática universal que existe antes mesmo da existência do sujeito, antes mesmo da sua inserção no mundo simbolizável. Nesse sentido, o sujeito simboliza o mundo à sua volta, ao passo que também é simbolizado.

Para a psicanálise lacaniana, o significante é considerado primordial. As estruturas se dão a partir das estruturas significantes (Eidelsztein, 2020). Para entender o significante, é preciso compreender as leis que o regem. Uma palavra, quando disposta em um discurso, pode ser ouvida e entendida no nível do significado e no nível do significante. Ou seja, significado e significante não estão dados, tão poucos colados. Pelo contrário. É preciso se desfazer dessa concepção, e descolar o significado do significante.

A alienação do sujeito se dá, justamente, devido a essa relação significante presente na linguagem. Utilizamos das palavras dadas sem, no entanto, compreender a relação de significante e significado delas. Ademais, tais palavras são heranças, símbolos que herdamos da cultura na qual estamos inseridos. No entanto, é possível, por meio de uma escuta atenta e de intervenções em relação ao discurso, compreender as relações significantes, e produzir para além de tal assujeitamento. Michele Roman Faria (p. 6, 2019) pontua a partir de Colette Solter que a “alienação é o destino. Nenhum sujeito falante pode evitar a alienação. É um destino ligado a fala. Mas a separação não é o destino.” Afinal, se um significante não está colado a um significado, ele pode se movimentar, se deslocar e reconfigurar.

Por que, apesar de M. falar que gostava de seu cabelo e de quem era, havia algo que o fazia não se sentir tão bem com aquilo que se identificava, a ponto de fazê-lo se isolar do mundo afora? Os atendimentos com M. foram baseados, sobretudo, na escuta de um sujeito de linguagem, alienado em relações significantes que, por definição, subvertem a lógica do sentido, do signo e do significado. Na maioria das vezes, M. iniciava me contando coisas que escutara de sua mãe. Para além de acolher tal queixa, me interessava o que M., de fato, achava daquilo que ela tinha falado. Ele concordava? Geralmente, de início, começava dizendo que sim. Porém, a partir de questionamentos e elaborações, respondia que não sabia muito bem. Então, a partir disso, qual era a opinião dele sobre aquele assunto?

Ao invés de dar-lhe novos significados, a partir do meu entendimento e singularidade, fui construindo com M. os próprios significados e significantes dele, por meio de sua escuta. Não lhe dei respostas prontas, ou soluções. Não cheguei a falar aquilo que eu achava sobre cabelos e orientações sexuais. Pelo contrário, sentei e perguntei o que ele achava, e o que ele achava que achavam dele. Se essa era a opinião dele, da onde ele acha que ela tinha vindo? Por que ele achava que tinha aquela opinião? Ela já foi outra? Qual? Desde quando? Por que?

M. me dizia que tinha muito medo de sair de casa, e não se sentia “preparado” para

isso pois ficava imaginando que as outras pessoas iriam pensar coisas ruins dele, assim como aquelas que ouvia de sua mãe. Mas, se ele mesmo não concordava com o que a mãe dizia, por que as outras pessoas concordariam? Ademais, seus próprios irmãos eram pessoas que não concordavam com o que a mãe falava. M. tinha uma relação muito próxima com todos os irmãos. Os quatro irmãos que moravam com dona J. dividiam um quarto, e M. narrava muitos momentos de companheirismo e lazer junto aos irmãos. No entanto, mesmo acompanhado deles, não se sentia bem em relação às coisas que gostava.

Com as profissionais do CS que visitava sua casa, M. dizia se sentir bem. Por vezes, elas o cumprimentavam e procuravam dizer palavras de afirmação à ele, com elogios e convites para que ele fosse ao CS. M. falava que gostava muito delas, e sabia que era bem-vindo no espaço do CS. No entanto, mesmo tendo conhecimento de ser querido e saber que o CS era um espaço protegido, M. ainda dizia que não se sentia “preparado” para ir ao CS algum dia. Por mais que alguns profissionais explicassem à M. que o CS era um lugar de cuidado humanizado e incentivassem M., não se tratava, neste caso, da lógica da racionalidade, em que as coisas podem ser explicadas objetivamente. Tratava-se da lógica do sujeito da linguagem, da estrutura significante e, pois, inconsciente, que possui um tempo próprio e singular, sem cronologia, passado, futuro, ou presente.

Nos atendimentos com M., deixei em aberto a possibilidade deles serem realizados em outro lugar que não em sua casa. Havia comentado que, quando fosse do seu desejo, poderíamos realizar as sessões em outro local, como o CS, o centro comunitário do bairro ou uma praça. Após minhas férias, na primeira semana de novembro, retornei à residência de M. para escutá-lo. No fim, quando fomos agendar o próximo encontro, ele me disse que, daquela vez, poderia ser no CS.

5. Considerações finais

O trabalho com PTS na APS é, ainda, pouco estudado, necessitando de mais literatura a respeito. Na APS, nem toda a clientela adscrita demanda o uso de PTS. É importante, porém, que PTS's sejam pensados para casos mais complexos, de forma a realizar um cuidado menos fragmentado, referenciado, co-construído e pensado a partir da primazia do sujeito. Além disso, o PTS na APS não tem efeito apenas enquanto um instrumento de ação de cuidado, uma vez que opera uma horizontalidade nas equipes e sujeitos envolvidos no cuidado, podendo ser utilizado como instrumento técnico pedagógico pela equipe eMulti e como dispositivo de co-gestão.

De igual forma, o PTS familiar não deve ser realizado para todas as famílias. No entanto, é fundamental que a equipe tenha um olhar para o cuidado da família como um todo, de forma a reconhecer aquela que se beneficiará de um cuidado por meio de PTS familiar. Quando realizado, é importante que as equipes envolvidas tenham cuidado em relação aos sujeitos envolvidos no cuidado e suas respectivas demandas, de forma a não ratificar uma alienação subjetiva e a não realizar um tratamento moral. Para tal, contar com

uma referência coletiva pode ser fundamental tanto para evitar tal efeito iatrogênico, quanto para organizar o cuidado. Em contrapartida, é importante sobretudo ressaltar que uma referência coletiva não deve, em momento algum, apagar a singularidade presente em cada um dos elementos de uma estrutura coletiva. Pelo contrário, deve agir de forma a reafirmá-los e a produzir reflexões acerca de seus efeitos singulares no coletivo.

6. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080**, 1990. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm.

Brêda, M. I. et al. (2005). Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v 13 (n.3). Disponível em: <10.1590/S0104-11692005000300021>.

Campos, G. W. S. (2000). **Um método para análise e co-gestão de coletivos—a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec.

Campos, G. et al. (2010). **Manual da Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec.

Eidelsztein, A (2020). **Las estructuras clinicas a partir de Lacan I: Intervalo y holofrase, locura, psicosis, psicossomática y debilidad mental**. Buenos Aires: Letra Viva.

Faria, M. R. (2021). **Introdução à psicanálise com crianças: o lugar dos pais**. São Paulo: Toro Editora.

Faria, M. R. (2014). **Constituição do sujeito e estrutura familiar: o complexo de Édipo, de Freud a Lacan**. Taubaté: Cabral Universitária.

Hori, A., & Nascimento, A. F. (2014). O projeto terapêutico singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos SP. **Ciênc. saúde colet.** v. 19 (n.08). Disponível em: <10.1590/1413-81232014198.11412013>.

Oliveira, G. N. de. (2010). **O PTS e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Hucitec.

Onocko-Campos, R. & Emerich, B (2019). **Saúde e Loucura 10: Tessituras da clínica - Itinerários da reforma psiquiátrica**. São Paulo: Hucitec.

Sarti, C. A. (2008). Parentesco e família. **ComCiência**, n.114. Disponível em: <http://comciencia.scielo.br/pdf/cci/n114/a11n114.pdf>

Ventura, M. M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista SoCERJ**, 20(5), 383-386. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-485754>