

GABRIELA DE SOUSA GIBIM

MODOS DE INTERVENÇÃO E PRODUÇÃO DE CUIDADO À SAÚDE
MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Campinas - SP

2019

MODOS DE INTERVENÇÃO E PRODUÇÃO DE CUIDADO À SAÚDE
MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão em Residência
Multiprofissional em Saúde Mental, da Universidade
Estadual de Campinas, como parte das exigências para
obtenção do título de especialista em saúde mental.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Onocko Campos

Orientadora: Profa. Dra. Sabrina Helena Ferigato

Campinas, 20 de dezembro de 2019

AGRADECIMENTO

Aos que produzem e apostam no coletivo, com quem vou aprendendo a também ser.

SUMÁRIO

Introdução: dos fios da rede, fez-se um nó	05
Metodologia e método	06
I - Sobre a Atenção Básica, seus fluxos e seus fixos	07
I.I - A urgência como o produto do encontro com o outro	12
II - A proposta do grupo de acolhimento	18
II.I - O dispositivo grupal	21
II.II - Inconclusões: o “grupo de acolhimento” enquanto um dispositivo de fazer e de propor rede	26
Conclusão	28
Referências bibliográficas	29

Introdução: dos fios da rede, fez-se um nó

Narrar as experiências de intervenção na Atenção Básica neste último ano significa narrá-la também através de minha passagem anterior, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Isso porque meu itinerário de formação se fez entre essas duas pontas – ou fios como quis ilustrar – da Rede de Atenção Psicossocial, que se responsabilizam pela oferta de cuidado em saúde aos usuários da saúde mental. Embora este texto venha a falar especialmente das vivências na Atenção Básica, as indagações aqui produzidas se relacionam com este caminho, que é fruto do encontro da atenção primária com a secundária.

Conceitualmente, a Atenção Básica enquanto nível primário de atenção à saúde tem como princípio ser a “porta de entrada” de todo o sistema. Se no período em que estive no CAPS a pergunta que se colocava diante da vinda de alguém pedindo por atendimento, era se o sujeito era um a ser ou não inserido neste nível de complexidade, na atenção básica essa pergunta não se coloca, pois de lá todos são. Nesse sentido, para a Atenção Básica, as perguntas – e respostas – são outras, mas não menos complexas.

Sendo a Atenção Básica este lugar de porta de entrada e também de referência territorial para o sujeito, a chegada de alguém com um pedido de ajuda, que venha pela primeira vez ou que tenha perdido o seguimento com os profissionais da unidade, suscita questões que dialogam com os tempos do “aqui agora” e do depois, do que é longitudinal. Neste contexto, as questões que envolvem a lida com a sua demanda pela unidade tem a ver com um conjunto de elementos, que podem estar ligados tanto com as atribuições da atenção primária, quanto com questões outras, como por exemplo, as possibilidades da equipe de se articular em meio ao inesperado. Essa questão, da relação entre a urgência e a atenção básica me acompanhou durante minha trajetória deste ano, e é sobre a tentativa de produzir respostas a ela que pretendo escrever.

Este trabalho de conclusão de residência tem sua origem nos muitos momentos em que eu vivi a necessidade e a dificuldade de compreender as demandas dos usuários que chegavam à unidade com alguma questão relacionada ao sofrimento psíquico e de ter que, em alguma medida, responder a estes pedidos. Qual medida?

Como residente, inicio meu trabalho no Centro de Saúde de Barão Geraldo em fevereiro de 2019, chego e começo não muito tempo depois a não saber como

lidar com os pedidos por atendimento que chegavam por diferentes formatos: sentidos pela equipe como continuidade que poderíamos dar aos trabalhos das residentes anteriores ou surgidos recentemente, como encaminhamentos internos. Ocorria que os pedidos por atendimento chegavam e eu não sabia como proceder. Era, para mim, sempre um tanto quanto nublada – não encontro palavra melhor no momento – a visão sobre como se organizava o fluxo das ofertas em saúde mental. Na outra ponta deste processo de residência, durante as aulas, ouvi enfim que a atenção primária em Campinas, de modo geral, historicamente, não havia passado por um processo que produzisse um formato comum para a atenção à saúde mental. Enfim, havia deslizado para aquele lugar do “sabemos que não sabemos”, e isso foi, a mim, bastante auxiliador. Neste impasse, decidimos enquanto residentes experimentar criar um dispositivo grupal no qual pudéssemos acolher inicialmente as pessoas e o denominamos de “Grupo de Acolhimento em Saúde Mental”.

Metodologia e método

Minha intenção com este texto é poder escrever sobre esse processo na forma de um relato de experiência, com inspiração cartográfica de minha passagem na atenção básica e as vivências que dialogaram com a criação de deste grupo de acolhimento, como um dispositivo que me ajudou a compreender e produzir respostas às contradições vividas em campo e com os temas que se entrecruzaram nesta vivência: a urgência e o acompanhamento longitudinal, o que nos levou a criar o grupo e o que eu vivi a partir do seu desenvolvimento.

Este é um relato se faz através daquilo que foi experimentado, e sobre esta noção, Bondía (2002) nos alerta que a experiência é avessa ao que prima pela informação, pela opinião, pela pressa e pelo excesso de trabalho alinhado à lógica produtivista. A experiência, por sua vez, está ligada à um fazer - e um saber - que nos permite “apropriamo-nos de nossa própria vida” (p.27).

A aproximação com a cartografia, nesse mesmo propósito, está relacionada com o interesse pelo exercício da aprendizagem e da formação do cartógrafo, que “se faz sempre por inscrição corporal, e não apenas por adesão teórica” (Pozzana, 2016, p. 42). Nesse sentido, escrever é dar um outro formato ao que foi vivenciado corporalmente nesses dois anos de residência – em especial neste último – aos afetos

e às formas de agir, àquilo que a cartografia propõe que é acompanhar processos de forma atenta aos planos das forças presentes. É também, dar outro formato aos diferentes registros feitos ao longo deste período, anotações sobre o desenvolvimento do grupo e registros de seu processo de implementação.

Ainda nos termos dos autores dessa proposta, inspirados no conceito de cartografia apresentados por Gilles Deleuze e Félix Guattari em seu livro *Mil Platôs* (1995) – que não se põem em relação de compromisso com a gênese da realidade, (Passos, E.; Kastrup, V.; Escóssia, L., 2015) – o sentido da cartografia a é coisa outra, é o “acompanhamento de percursos, implicação em processos de produção, conexão de redes ou rizomas.” (idem, p.10). Aqui, encontram-se elementos que me aproximam da escrita cartográfica. É escrever deste lugar de implicação e conjuntamente, por fim, a possibilidade de falar dos movimentos no interior de uma rede de saúde mental que segue fazendo e buscando ser como tal, como rede.

I- Sobre a Atenção Básica, seus fluxos e seus fixos

Estar na Atenção Básica foi me encontrar a princípio com um conjunto complexo de atribuições em saúde. Em busca de nomeá-las, ainda que não totalmente, poderia dizer que o Centro de Saúde (forma como as unidades da atenção primária são denominadas no município de Campinas) é o local da vigilância epidemiológica, onde você se informa sobre o que fazer com um morcego infectado, dos cuidados clínicos, da farmácia, da vacina, da gestação, é o local do atendimento com o dentista, etc e é também o local destinado ao cuidado em saúde mental. Todas essas funções podem ser vistas em uma visita ao Centro de Saúde ou contadas pelos profissionais responsáveis pelas mesmas. Elementos que, embora não signifiquem o todo, podem também ser descritos como parte de uma produção histórica de surgimento dos movimentos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, que resultaram na criação de estratégias de cuidado em saúde de base territorial.

Em razão de meu itinerário, este parágrafo auxilia, principalmente, a compor a imagem de confusão inicial de quem recém egressa da imersão em um Centro de Atenção Psicossocial, passa a compor sua carga-horária na Atenção Básica. É, portanto, a saída de um serviço especializado em que as ações são, de modo geral,

pensadas em função do cuidado em Saúde Mental, para um outro dispositivo, que embora se integre como parte da Rede de Atenção Psicossocial é também porta de entrada e componente de outras esferas do cuidado, que objetivam serem capazes de produzir, no âmbito individual e coletivo, aquilo que a Política Nacional de Saúde nomeia de atenção integral, “ordenando-a, dando conformidade”. (Ministério da Saúde, 2016).

Nesse contexto de descrever um pouco sobre as atribuições da Atenção Básica, faz-se importante também nos alongamos a dizer sobre seu papel na Rede de Atenção Psicossocial. Sobre este, Sousa e Riveira (2015) expõem, em seu texto que trata justamente da inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica, o modo como esta inclusão atua em acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica de transformação do lugar social da loucura, historicamente de exclusão, produzindo através de suas ações intervenções no interior da comunidade. Em suas palavras,

A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica possibilita entre outros benefícios, tornar as fronteiras instáveis, permeáveis, podendo nos levar a percorrer muitos caminhos diferentes, proporcionando à loucura sair de um lugar segregador, excludente, para um de convívio, de agenciamentos, de possibilidades, de vida. Tal inclusão permite tornar concreto, no cotidiano da vida das pessoas, os princípios que motivaram e nortearam os caminhos tanto do movimento de Reforma Psiquiátrica quanto da Reforma Sanitária. (p.128)

No contexto de análise sobre os processos de incorporação da saúde mental na atenção básica, Onocko Campos e Gama (2008) destacam a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio a Estratégia de Saúde da Família como iniciativas de grande importância para a consolidação dessa política de inclusão que, em meio às suas dificuldades, têm incorrido muitas vezes em respostas medicalizantes. Estariam no esteio dessas iniciativas a aposta nos recursos do acolhimento, no estabelecimento de vínculo, no compartilhamento das responsabilidades sobre os casos e no apoio matricial.

Auxilia-nos no processo de entendimento desse conjunto de coisas que dão forma ao que é de responsabilidade da atenção básica e, portanto, de suas possibilidades de atuação, a concepção ampliada de saúde, que associa a saúde aos

aspectos econômicos, sociais e culturais, como define o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que é constituinte do Sistema Único de Saúde (SUS). Com essa concepção, a forma de orientar a organização e a ação da atenção básica – e demais níveis da atenção – através dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, tem sido produtora e produto de um *campo*¹ bastante significativo.

Ser porta de entrada nesse contexto tem, portanto, uma complexidade. Trata-se de estar aberta ao acesso da população e também de promover condições de acesso aos serviços. Imersa no campo da saúde, Starfield (2002), retomada por Onocko Campos et. al. (2014), nos ajuda a compreender sua complexidade ao descrever a distinção entre acesso e acessibilidade. Enquanto esta última se relaciona “com a possibilidade das pessoas chegarem aos serviços” a outra “permitiria o uso oportuno dos serviços, de forma a atender as necessidades dos usuários” (Onocko Campos et. al., 2014).

Esse par acesso-acessibilidade nos dá a dimensão de que há uma modulação necessária à entrada na atenção básica, contornada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Nesse sentido, estar na Atenção Básica foi deparar-me com um conjunto de recursos que, direta ou indiretamente, diziam respeito a este par: as salas de acolhimento, as agendas dos profissionais, as escalas dos trabalhadores, do transporte, os recursos dos atendimentos individuais e em grupo. Também, o tempo e os espaços destinados a estes fazeres.

No percurso pela Atenção Básica, fazer uso desses recursos de modo condizente com essa modulação, feita pelos princípios do SUS e de modo a garantir o acesso e a acessibilidade da população em sofrimento psíquico à saúde, é uma construção que, por vezes, fica restrita ao campo de decisões de cada equipe, ou ainda de cada profissional, e, portanto, personalizada. Não encontrava critérios que me ajudassem nesse processo de eleger como, quando e quanto utilizar de seus recursos.

¹ Considerar campo tal como Gastão Wagner Campos o conceitua, enquanto campo de competência “que incluiria os principais saberes da especialidade-raiz e que, portanto, teria um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidade. O campo de competência não caracterizaria monopólio profissional da especialidade; ao contrário, seria um campo de intersecção com outras áreas.”, disponível em: Campos G.W.S. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 13(1):141-144, jan-mar, 1997.

Só para citar um exemplo, me perguntei muitas vezes, quando lançar mão dos atendimentos individuais, considerando os casos de saúde mental?

De modo geral, na unidade básica campo de minha atuação, a organização do processo de trabalho dos profissionais de saúde dava-se hegemonicamente pelo fluxo das agendas, com horários fixos pré-determinados. Na Saúde Mental, havia o núcleo formado por duas psicólogas e um psiquiatra que também organizavam suas atuações distribuídas no tempo, através das agendas de atendimentos. As psicólogas, organizavam-na em vagas de triagens, que podiam ser marcadas nos acolhimentos e vagas de continuidade, estas reguladas internamente pelas profissionais. O psiquiatra, fazia a divisão entre casos novos e de continuidade, sendo que havia a orientação de que, primeiro, fizesse-se o atendimento com o clínico e que este avaliaria a necessidade de agendamento com o psiquiatra.

Este formato, pode-se dizer, dá conta de uma explicação superficial de como era o acesso a estes profissionais, pois a realidade é mais cheia de nuances. Do contato com as psicólogas, lembro-me dos convites para o usuário estar em algum dos grupo conduzidos por elas: de mulheres, de movimento vital expressivo, saúde mental e ludoterapia. Do atendimento com o psiquiatra, lembro-me das discussões de casos surgidos no dia e de encaixes feitos na ausência de outro paciente. Contudo, é importante ressaltar que embora as agendas não deem conta da complexidade do cotidiano, da realidade, ela era o principal eixo de organização do tempo e do fluxo da unidade, determinando em grande medida as condições e limites da acessibilidade dos usuários ao serviço.

Os encaminhamentos internos eram o modo como sobremaneira os profissionais organizavam o seguimento de cuidado das pessoas atendidas: dos acolhimentos, encaminhava-se para os atendimentos e dos atendimentos, encaminhava-se para atendimentos subsequentes, se assim fosse preciso. O que se produzia em termos de gestão dos recursos e do processo de trabalho neste formato, é uma questão que me parece bastante significativa.

Quando solicitado o cuidado em saúde mental, receber esse encaminhamento, seja ele produto da ida de determinado usuário ao acolhimento da unidade ou pós um atendimento/consulta, significava, principalmente, a expectativa de um delineamento de cuidado individualizado. Contudo, esse é um modelo pouco eficaz diante do contingente populacional e, principalmente, que não se garante como única resposta às diversas formas com que o sofrimento mental pode se apresentar.

Se o encaminhamento interno existe enquanto recurso e se faz necessário, não é interessante que ocupe o lugar privilegiado da organização do seguimento de cuidado na atenção básica. Enquanto tal, ele oculta partes importantes do processo de trabalho como as discussões de casos, que nesse formato pode se restringir a dois trabalhadores, perdendo assim a possibilidade de um processo de aprendizagem e de compartilhamento da responsabilidade da equipe sobre o cuidado. Também, principalmente na falta de instrumentos que auxiliem na classificação sobre a urgência, há o risco de ocultar da visão dos trabalhadores a dimensão mais macro, não individualizada, o que pode levar há falta de recursos para a lida com os casos mais graves.

Passos e Carvalho (2015), apresentam o conceito da transversalidade como um princípio metodológico capaz de operar sobre a unidade na diferença, portanto, na contra-mão da “fragmentação e a baixa comunicabilidade que frequentemente marcam o funcionamento das instituições de saúde segmentadas em suas áreas, setores e os programas” (p.94), nos lembrando o fato de que

os princípios do SUS se desdobram em diretrizes metodológicas: a transversalidade (ampliação da comunicação; produção do comum); a indissociabilidade entre gestão e cuidado; o fomento do protagonismo dos sujeitos e coletivos; a indissociabilidade entre produção de saúde e produção de subjetividade (p.95)

Fica, então, ao fim desta primeira etapa deste trabalho de conclusão de residência, pós narrativa sobre o início de minha inserção na atenção básica, em meio a fazeres tão complexos e distintos, o destaque a este conceito da transversalidade como possibilidade de ser ferramenta para produzirmos desvios à tendência à fragmentação do cuidado, para qualificarmos os espaços de comunicação e de produção do comum, como espaços privilegiados para a produção do cuidado em saúde.

Na etapa que se segue do trabalho de conclusão de curso, a intenção é poder aproximar o olhar sobre o campo da Saúde Mental no que diz respeito aos modos de ser interventor nos processos de saúde-doença dos usuários. A intenção é poder apresentar os modos de intervenção a partir das noções da urgência e da crise e discutir os desdobramentos das produções de cuidado que se dão quando mais

alinhadas com uma ou outra dessas noções. Também, vale destacar, considerando os desdobramentos metodológicos que Passos, E. e Carvalho, Y. M. (2015) nos apresentam, não é possível dissociar as práticas que realizamos de seus efeitos na produção de subjetividade.

I.I - A urgência como o produto do encontro com o outro.

Dizer sobre a complexidade da atenção básica, nas suas diferentes frentes de cuidado e de modelo de intervenção é, também, dizer de um estado de sobrecarga de trabalho e de um consenso sobre o tempo ser escasso. A questão do tempo tem sido cada vez mais uma queixa presente nos serviços de saúde para os seus diferentes atores: usuários se queixam da demora em relação aos atendimentos, profissionais se queixam da insuficiência do tempo de trabalho na unidade para acolher todas as infinitas demandas em saúde que emergem do território.

Na saúde mental, esse tempo se apresenta de forma peculiar, pela relação direta que se produz entre a intencionalidade/possibilidade/atitude de pedir ajuda e a temporalidade de resposta a essa demanda. Essa peculiaridade não se dá exatamente pelos critérios de classificação de risco clássicos apenas, mas, em termos bergsonianos tratamos também da constituição paradoxal do tempo como germe constitutivo da subjetividade (Bergson, 1967)

As situações de urgência em saúde mental são um bom analisador deste processo. Pensando na urgência em seu sentido sanitário mais amplo, em termos geral, a Política Nacional de Atenção às Urgências não faz considerações às especificidades da saúde mental, incluindo-a no mesmo referencial das urgências clínicas. (Dias et. al. 2018). A atenção básica, enquanto componente da Rede de Urgência e Emergência, compõe-se à esta rede através da “realização do acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, da avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidades” (Brasília, 2013).

Na ABS, as situações de urgência são acontecimentos que mobilizam a equipe ao impor uma necessidade intervenção que rompe muitas vezes com a lógica do cotidiano, da agenda e da escala, exigindo, por exemplo, disponibilidade de tempo e de acolhimento dilatados – e por acolhimento, me refiro principalmente a ele enquanto “postura profissional” e “técnica capaz de gerar procedimentos organizados”, como mencionam Onocko Campos et. al., 2014. Aqui, quando

especificamos o cuidado em saúde mental podemos nos perguntar, a quais procedimentos poderíamos nos referir?

De pronto, parte importante dos profissionais seguiriam a lógica geral dos fluxos tradicionais e responderiam que casos de urgência não deveriam estar na ABS. Na nossa prática em saúde mental, como as situações de urgência, acionam também aspectos subjetivos como confiabilidade, medo e insegurança; respostas em saúde como acolhimento, escuta e vínculo serão comumente aspectos demandados pelos usuários, e, se a equipe do Centro de Saúde é a equipe que mobilizou uma construção sócio-afetiva, um vínculo e uma relação de cuidado com o usuário, será essa equipe da ABS que o usuário irá procurar neste momento.

Seguimos, logo voltamos a esses processos.

Antes e para tanto, faz sentido explorar esse termo - a urgência, - considerando também sua proximidade, e distância, com outro termo - a crise - a fim de compreender o que pode mobilizar a urgência nos contextos da atenção básica e da saúde mental, uma vez que essa não é uma palavra comumente usada no vocabulário sanitário na intersecção entre esses planos, mas que foi eleita para este trabalho porque ganhou sentido em minha experiência no centro de saúde, pelo modo como as demandas chegavam ou eram respondidas. Tenho aqui a possibilidade de narrar esses episódios, e também de quem sabe, pensar um lugar operador à urgência no cuidado à saúde mental na atenção básica.

Essa palavra, urgência, tem um lugar comum no contexto dos serviços terciários de modo geral, incluindo o contexto psiquiátrico. Dias et. al., 2018, nos auxiliam a conhecê-lo, ao abordarem os termos da urgência e emergência referenciando-os em suas conceituações biomédicas. Segundo eles, urgência e emergência são caracterizadas por elementos que não são capazes de dar distinção a uma ocorrência relacionada à saúde mental ou a demais situações emergenciais, como traumas e doenças infectocontagiosas, pois implicam genericamente as noções de “risco de morte ou sofrimento intenso, lesões irreparáveis (...)” e conduzem a uma resposta em que, predominantemente, se valoriza a “objetividade e o pragmatismo de intervenções pontuais, incluindo a otimização de tempo gasto e de equipamentos de intervenção.”

No Centro de Saúde, os acolhimentos das equipes se abrem indistinta e sequencialmente a usuários que venham em busca de algum cuidado. As senhas distribuídas organizam quais aqueles que chegaram primeiro para serem ali

primeiramente atendidos e é, na imensa maioria das vezes, no contato com o profissional do acolhimento que será proposto algo, por exemplo, se determinado usuário passará naquela mesma data ou não pela consulta com algum outro profissional, seja enfermeiro, médico ou psicólogo.

Essa indistinção primeira faz lembrar que mente e corpo não são dissociáveis. Imagino como seria patético: uma porta para problemas da mente, outra para problemas do corpo – outra ainda, para os problemas sociais, se quisermos ir além. A atenção básica, no auge de sua potência, nos auxilia a integrar o que em algum momento da história da humanidade, dividimos, distinguimos. O corpo, tomado como não divisível em corpo e mente², vivido em arranjo de interdependência com o mundo, se evidencia na rotina da atenção à saúde, por exemplos, na dor de garganta que se repete, no diabetes descontrolado, na gravidez, desejada ou não. Por sua vez, a distinção tal qual costumamos tomar entre corpo e mente, os colocam em polos que além de não se tocarem, os condicionam a um saber, abordagem ou profissão que elege tanto esse lugar da competência, quanto seu oposto.

Me utilizando ainda desta imagem das portas e no sentido de descrevê-las, certo dia recebemos da gestão a tarefa de expor em texto qual era o fluxo da saúde mental nesta unidade, a pedido de uma reunião ocorrida no distrito de saúde. Compartilhamos a tarefa, para que os profissionais do acolhimento pudessem nos ajudar a descrevê-la. Perguntamos quais eram os procedimentos realizados mais recorrentemente diante da vinda de algum usuário com queixas relacionadas ao sofrimento mental e qual era o fluxo de atendimentos da unidade.

Essas questões relativas ao procedimento, que como mencionei a pouco também mobilizam a discussão que faço nesse texto, tinham algumas respostas comuns, por exemplo, de que nestes casos – de saúde mental – quando a pessoa não está bem, não se deixa que ela vá embora sem que passe por algum atendimento, que

² Me auxilia nesse processo de tratar o corpo numa perspectiva fora da dualidade mente-corpo, a noção de enação descrita por Francisco Varela para pensar a cognição como “(...) uma concepção, uma conceitualização de um sistema cognitivo que nem depende de uma informação que se recebe nem de uma construção unilateral de um sistema cognitivo sobre um ambiente sem estrutura, mas o que se encontra é uma permanente e inseparável dialética entre as duas coisas (COSTA, 1993, p. 82)”, que tomei conhecimento através do artigo “Um Estudo Teórico Sobre a Noção de Corpo: articulações com Merleau-Ponty e Francisco Varela”, de BARROS, (2009), disponível em: <https://seer.ufrgs.br/InfEducTeoriaPratica/article/view/9336>. Acessado em 27 de novembro, 2019.

seja com o clínico ou com o enfermeiro e a angústia maior dos trabalhadores na lida com a saúde mental se dava, sobretudo, à falta de vagas suficientes para atender as pessoas.

Urgência me parece, portanto, uma boa palavra para descrever o modo como as respostas eram produzidas dadas as condições reais e dadas as intenções, aquilo que não era possível, mas que se fosse seria muito bem vindo na atenção aos casos de saúde mental. A urgência traz em comum como o fluxo da unidade, o componente do risco, do indiscriminado e do pragmatismo, considerando o modo como, em resposta, se produziam os encaminhamentos pontuais.

Dizer de uma não separação entre corpo e mente, que tanto me parece importante quando se acolhe o sujeito em um arranjo que espera por aquilo que será comunicado... dito, não dito, mostrado, dito por outro que o acompanha, dito na ausência do outro que o acompanhou... não quer dizer que não deva haver atenção ao que surge em primeiro plano. O campo da saúde mental nos mostra que há singularidades no sofrimento que justifiquem uma mudança na abordagem, que não deve se pautar pelo paradigma biomédico.

Explorando agora o termo “crise”, usado com bastante recorrência noutro campo, da atenção psicossocial, nele, a noção temporal de risco, que existem na urgência e na emergência, não é o primordial elemento que a compõe, ou pelo menos, se compõe, não se sobrepõe aos demais (Dias, et al. 2018), e sobre estes, há um conjunto de possibilidades, pois há em diferentes linhas, diferentes formas de conceituar a crise.

Como destacam Ferigato et. al., (2007) ela pode, segundo alguns olhares, ser considerada como inerente à vida, aos seus processos de desenvolvimento humano e vivências intensivas que exigem respostas subjetivas nem sempre óbvias, seja no plano individual ou global. Como conceito ou momento que exige uma intervenção profissional, a crise foi ganhando atributos historicamente e culturalmente construídos (Foucault, 2004).

Assim como a urgência, a crise também é um termo recorrente à psiquiatria e nela compilou-se um conjunto de atributos negativos à crise, para a qual haveria de se destinar tratamento. Estes tratamentos, como descrevem as autoras (2007), que retomam a obra de Foucault em *A história da loucura*, também sofreram transformações ao longo do tempo, segundo a passagem da compreensão da loucura enquanto “manifestação de sabedoria, de possessão demoníaca, bruxaria, de

subversão da ordem social e, por fim, como doença (a partir do século XVIII). ” (Ferigato et. al., 2007, p.33).

Em uma perspectiva de apresentar as leituras sobre a crise que se integram ao circuito da saúde mental, nos quais se encontram a psiquiatria e a psicanálise, as autoras fazem a descrição de uma ampliação, de modo geral, da caracterização de crise “como algo além de sua sintomatologia, “incluindo aspectos do contexto familiar, social e relacional de cada um” (Ferigato et. al, 2007, p.34)

Neste mesmo texto, as autoras apresentam a aproximação que a crise possui da noção de trauma em psicanálise. Considerando os exercícios de aproximação e distanciamento com a noção de urgência, vale o destaque que é dado ao “tempo do traumático” da crise apresentado por elas através do trabalho de Knobloch (1998). Em síntese, a ruptura vivenciada, que traz o caráter do excesso, do que é insuportável, intolerável, característicos do trauma, “(...) transforma as relações do tempo habitual, e nos introduz num outro mundo, fora do espaço e do tempo vulgar. ” (p.35)

Como bem salientam Dias et. al. 2018, as visões sobre urgência e crise são formas antagônicas que correspondem ao mesmo fenômeno. No entendimento que faço e compartilho neste texto, a temporalidade da crise é suprimida no centro de saúde quando os encaminhamentos para médico, psicólogo, grupo de acolhimento ocorrem sem que juntos eles possam produzir um comum que possa ser significado, sem que seja construída uma processualidade. Sabe-se que algo urge, mas produz-se respostas antes mesmo que ele possa se apresentar mais claramente para a equipe e para o próprio sujeito. Essa questão da temporalidade, perpassa pela urgência, pela crise, perpassa pelas senhas distribuídas, pelas agendas dos trabalhadores, pelas escalas, pelas férias. Pode-se dizer que o que urge é o sofrimento em encontro com a instituição.

Ter a urgência como o produto de um encontro do sujeito com o serviço de saúde é uma tentativa de nomear o que ocorre com as demandas em saúde mental como algo que não é unicamente do sujeito, mas uma co-produção. Um diálogo possível com essa questão, encontro nos termos da criação do dispositivo clínico-institucional da *urgência subjetiva* (Sotelo et al, 2007; Seldes et al 2007, apud Calazans, R. & Bastos, A., 2008), de base psicanalítica, criado para responder aos pedidos de acolhimento emergencial do sofrimento psíquico. Neste, há uma subdivisão da urgência em três momentos: o da precipitação, que leva o sujeito à

instituição, o momento da recepção do caso na instituição e, por fim, o momento do encaminhamento para a condução do tratamento.

Apesar do trabalho de conclusão de residência aqui apresentado não se basear nesta abordagem ou dispositivo, essa forma de compreender a trajetória da demanda da emergência coloca a instituição - mesmo no âmbito da Atenção Primária - e o sujeito como elementos implicados na urgência e nas respostas possíveis que se produzem para se relacionar com ela. Isso não quer dizer que a urgência precisa da instituição para se fazer enquanto tal, no entanto, nos dá uma certa noção de que no encontro com a instituição produz-se algo significativo.

Conforme essa abordagem apresenta, é no encontro com a instituição que a urgência pode fazer a passagem de uma urgência generalizada para a subjetiva, a partir de uma *operação analítica* que auxilie na transformação de algo que não destaca a singularidade do sujeito e que parte de uma compreensão de que o transtorno é geral, como pontuam os autores, para uma outra na qual se “permita que o sujeito apareça e invente outra saída” (Calazans & Bastos, 2008, p. 647).

Operar num registro da urgência subjetiva e ter a urgência puramente dita como algo com a qual pouco se produz pode trazer para perto o princípio da longitudinalidade e fazer algo da urgência que se sabe, está inscrita em uma temporalidade. Ver o acolhimento na ABS como espaço possível para as urgências subjetivas é compreender sua potência de intervenção neste momento. Não se trata de defender que o lugar da crise é na atenção básica, mas de reconhecer que os espaços de acolhimento das unidades de saúde territorializadas podem ser estratégicos por ser lugares de escuta, de contorno, de articulação, e ordenação do cuidado, processos que também fazem parte do cuidado à crise em saúde mental ou da atenção às urgências subjetivas.

Esse movimento, ao mesmo tempo em que amplia as possibilidades de atenção em saúde mental, desconstrói a concepção pitoresca da crise em saúde mental, representada simbolicamente no imaginário da maior parte dos profissionais de saúde, apenas pela imagem do usuário agressivo, agitado ou fora de controle.

Foi em uma tentativa de alargar esse período de acolhimento e de precipitação do sofrimento no campo da saúde mental, também pela busca de um lugar para atuar que criamos o grupo de acolhimento em saúde mental. Nas próximas linhas, quero poder narrar o processo de criação desse dispositivo e como foi seu desenvolvimento ao longo do ano.

II - A proposta do grupo de acolhimento

Quando chego nessa ponta da atenção básica, como já compartilhei, contribuía com a tal visão “nublada” a escassez de encontros de discussão dos casos em equipe. Em meio às tarefas, campanhas e (re)agendas, as reuniões de equipes, quinzenais, não resistiam às mudanças e, portanto, não eram regulares. Também, feito sobretudo de salas individuais, o centro de saúde não continha em seu espaço um local próprio de encontro dos trabalhadores.

Considerando que tínhamos como trabalho, enquanto residentes, a atenção à população das quatro equipes do centro de saúde, carecíamos de um formato em que nos organizássemos para realizar essa atenção. Seguir com o fluxo dos encaminhamentos feitos no cotidiano era uma tendência, mas não era propriamente uma forma de organização.

As incertezas frente à frequência das reuniões de equipe e a agenda nossa que ia se formando “espontaneamente” a partir dos pedidos por atendimento, iam nos distanciando da possibilidade de nos encontrarmos com os demais trabalhadores e de discutirmos os casos atendidos. A ideia de criar um grupo de acolhimento surge nas discussões de campo entre mim e minha dupla de residência, em meio a esse contexto. Em uma forma possível de narrar (mas não a única), estávamos: nós, recém-chegadas, iniciando atendimentos, sem termos ainda compreendido os fluxos e os critérios de indicação para esta ou aquela proposta de cuidado.

Desse modo, a criação do grupo de acolhimento pretendia ser uma via para que pudéssemos dispor de um recurso que nos ajudasse a acolher os encaminhamentos realizados, mantendo certo diálogo com a equipe. Acreditávamos também que com ele seria possível favorecer uma compreensão processual mais macro, menos individualizada, a respeito das demandas de saúde mental na unidade.

O grupo era, ainda, a aposta em uma forma de lidar com o sofrimento que incluísse a questão do cuidado em grupo e na proposição de um tempo mais dilatado para que a pessoa em sofrimento pudesse, apoiada por este dispositivo, propor a si mesma um projeto de cuidado.

Para dar forma ao grupo e poder propô-lo aos usuários e aos trabalhadores, o constituímos da seguinte maneira: faríamos então um grupo, que poderia atender até

seis usuários que buscassem algum cuidado em saúde mental ou que parecesse à equipe alguém que poderia se beneficiar dessa proposta. Ao usuário que ingressasse, seriam ofertados por volta de quatro ou cinco encontros em grupo, com os quais esperávamos poder acolher este usuário em um ambiente de escuta para auxiliá-lo na elaboração de uma proposta de cuidado de mais longo prazo.

A palavra “acolhimento” já era instituída na equipe geral como o local onde o usuário seria primeiramente atendido. Era, portanto, no acolhimento de sua referida equipe que os usuários iam com queixas, pedidos por atendimentos ou de agendamentos futuros e era a partir de lá que se desenrolavam os ditos encaminhamentos. Nossa tentativa era a de propor determinada articulação com este já estabelecido acolhimento, e o acolhimento que poderia vir a ser construído a partir desses encontros entre usuários heterogêneos com profissionais de saúde também heterogêneos entre si.

Em termos práticos, para direcionar o fluxo de pessoas para o grupo, optamos por disponibilizar em cada sala de acolhimento uma tabela com o calendário de datas em que o grupo ocorreria e lacunas para que os profissionais dos acolhimentos pudessem anotar o nome dos usuários que foram indicados a estar nele – encaminhados – nos dizeres mais comuns da equipe. A nós, caberia a ida semanal aos acolhimentos para atualizarmos a tabela e o profissional do acolhimento a respeito das vagas para o grupo e do andamento do mesmo.

Esses elementos que vou narrando, que dizem sobre o ambiente em que se deu a criação do grupo, são constituintes de planos de formas e forças que atuaram na sua constituição. Na cartografia, a apreensão da realidade se dá pela compreensão da relação entre seus planos de formas e forças – entre o plano do instituído, do que é estabilizado, e o que é movente (Escossia, L. & Tedesco, S. 2015).

Contar como a proposta surgiu, retomando os pontos já mencionado do encaminhamento e do acolhimento é falar sobre esses planos que estão presentes no contexto de criação do grupo, elementos visíveis que já estavam postos e com os quais a proposta do grupo foi se tecendo.

Nesse sentido, é possível dizer que noutra realidade, esse grupo seria outro. No que se refere ao plano das formas, entendo que na criação do grupo, estavam presentes partes daquilo que figurava o trabalho no centro de saúde: o acolhimento, o encaminhamento e as vagas. Também, é possível dizer que ao que já era fixo, bem

estabelecido, como eram esses elementos, entraram em sua composição outras forças produtivas e novos fluxos intensivos.

Sobre estas, há momentos vivenciados que nos auxiliam a conhecer esse movimento, mais sutil, menos visível, que compõem o coletivo das forças. Em *pistas do método da cartografia*, já mencionado, Escóssia e Tedesco (2015) nos auxiliam na compreensão de que as forças comporiam as formas em um jogo e, ao estarem lentificadas, redundantes, resultam nos objetos e coisas que damos por conhecidos, de tal maneira que seria por esta estabilidade que “somos convencidos da universalidade do mundo a nossa volta” (Deleuze, 1995 apud. Escóssia, L. e Tedesco, S. 2015)

Das experiências vivenciadas, destacaria o episódio em que, no momento em que apresentávamos a proposta em reunião geral, uma das trabalhadoras do acolhimento da unidade referiu que teria dificuldade em oferecer aos usuários o “grupo de acolhimento” porque entendia que as pessoas teriam vergonha de falar de seus problemas na presença de outras. Linha sutil que pode se fazer visível e que ao propormos o grupo, pode viver algum grau de deslocamento.

O letificar das linhas de força, vai dando às coisas contornos de certeza. Essa questão de valorização do individual em relação ao coletivo (e que os coloca em uma relação de oposição), é produto de um processo que se amplia para além deste campo de atuação, porque se liga à uma construção histórica de atenção à saúde de modo individualizante e de uma concepção de saúde mental circunscrita à ideia de que o sofrimento psíquico é individualmente produzido e por tanto, deve ser cuidado no âmbito privado, para garantir a expressão ou o contorno da exteriorização de um sofrimento “internalizado”, e preferencialmente com profissionais do campo “psi”.

Assim também, histórica, é a noção de grupo, que possui segundo Regina Benevides (2007), linhas que lhe dão conformidade enquanto instituição. Nestas linhas de composição, vale destacar, estão aquela oriunda das concepções burguesas do século XVIII, de “valorização de um modo-indivíduo” no qual “os indivíduos juridicamente equivalentes, estabeleciam um contrato social, onde cada um era responsável e “livre” para construir a sociedade que almejasse” (p. 68) e outra, presente no século XIX, que deslocava o foco de atenção do homem para a sociedade. Segundo a autora pontua, é neste encontro entre linhas que o grupo se constitui como instituição, como uma “tentativa de solução para o impasse.” (p. 79).

Entendo que essas linhas seguem em continuidade, elas atravessavam o grupo em no seu processo de ser planejado e proposto. Outras nuances da composição do grupo serão abordadas no momento seguinte, incluindo a buscar por composição com outras linhas, que não essas que partem da oposição entre indivíduo e grupo.

II.I - O dispositivo grupal

Agora é chegado o momento de poder falar do desenvolvimento da proposta do grupo de acolhimento, de como foram esses encontros e suas possibilidades de produção. Há pouco, destaquei alguns apontamentos que Benevides (2007) faz sobre o grupo enquanto instituição, como sendo produzido historicamente por diferentes linhas. Em composição essas linhas produzem “campos de saberes, redes de poderes e especialismos” e “marcam territórios, produzindo tanto objetos, como sujeitos” (p. 95), objetos estes que, neste contexto, se inserem ou criam códigos, se institucionalizam, naturalizam e se descolam dos “processos históricos, sociais, econômicos e políticos que os produziram” (idem). No paradigma o qual a autora se alinha, o grupo compreendido enquanto *maquina*, não possuinte de explicação por si mesmo, é uma tecnologia que depende dos *agenciamentos coletivos* que o compõe.

Nessa perspectiva, enquanto dispositivo, Hur (2012) outro autor que também se põe no exercício de discutir essa intersecção entre grupo e dispositivo, destaca pontos importante deste último, em uma concepção foucaultiana. Segundo ele, dispositivo

(...) é uma máquina de produção de subjetivação, atravessada por linhas de saber e poder. O dispositivo pode ser entendido como uma máquina de produção de discursos e de ações-relações, em que se faz “falar” e se faz “ver”, produzindo enunciações, visibilidades distintas, acontecimentos e modos de ser. (Hur, D. 2012, p. 21)

O grupo de acolhimento, como venho narrando, constituiu-se por nós, residentes, em nosso processo de imersão no campo da Atenção Básica. Iniciou-se em junho de 2019 e perdurou até dezembro de 2019, com encontros semanais. Foram dezenas de encontros com usuários que o viverem, assim como nós, em diferentes

modulações, porque assim é qualquer grupo - porque sempre há movimento - mas, singularmente, porque a forma como o propusemos resultava em significativa circulação de pessoas. Considerando uma média de cinco encontros para cada usuário que iniciava sua participação, o grupo existia ora com permanência mais expressiva de participantes, ora com menos e aí, maior circulação.

A nós, residentes que coordenavam o grupo, cabiam algumas práticas que ajudavam a manter a proposta do grupo coesa. Repetíamos com certa constância alguns combinados que considerávamos como características fixas em meio ao movimento do grupo: reforçávamos que ali era importante o combinado de sigilo, de que seria um grupo de curta duração para que cada um pudesse ir pensando junto com o apoio do grupo alguma estratégia de cuidado para si de mais longo prazo, também, de que poderiam falar aquilo que sentissem vontade e que, ao longo dos encontros, poderíamos experimentar algumas práticas corporais (respiração, relaxamento) a fim de auxiliar no processo. Desse modo, o horário, a roda e esses combinados iniciais eram pontos de ancoragem e de compreensão do grupo tanto para os usuários quanto para a equipe, era uma forma de entender o grupo, mesmo sem certeza sobre o que se passava ou passaria no seu interior.

Noutro sentido, para além do que era fixo, houve temas e situações que apareceram com maior recorrência nas passagens dos usuários – sobretudo usuárias – por ele. A presença maciça de mulheres, tanto nos encaminhamentos realizados pela equipe, quanto na presença no grupo, era um dado significativo. Muitas chegaram ao grupo com queixas ligadas às dores no corpo, aos estados de pânico e à sobrecarga do trabalho doméstico e do trabalho assalariado.

Sobre esta recorrência, que diz respeito à interface entre gênero e sofrimento psíquico, cabe destacar o apontamento presente no trabalho de Zanello e Bukowitz (2011) de que há significativa relação entre o sofrimento, a forma de reagir à ele e as construções sociais que impulsionam as formas de subjetivação de mulheres e homens (Zanello, V.; Fiuza, G.; Costa, H. 2015). Nesse sentido, Zanello et. al. (2015), nomeia o sofrimento psíquico como gendrado, formatado segundo marcadores de gênero.

Ainda que não tenhamos feito um estudo que nos auxilie no aprofundamento dessa questão, cabe mencionar, e creio que os relatos ajudem a compor esta dimensão, que os trabalhos citados acima ganham amplitude e se confirmam no cotidiano do trabalho em saúde mental.

Amanda³, Carla e Denise iniciaram sua participação no grupo em datas próximas, de modo que participaram juntas do grupo. Carla contou sentir dor no braço e ter recentemente saído da casa de sua mãe, pois esta era agressiva com ela. Foi seguida na fala por Amanda, que compartilhou estar no grupo por indicação do médico para que fosse à psicóloga, mas que já passou e não conseguia ficar lá, “falando com uma pessoa”. Conta para o grupo ser alguém muito agitada, insone, e ter se identificado com a história de Carla pois casou-se cedo para sair de casa por apanhar muito de sua mãe. Denise também acabara de sair de casa em outra cidade, veio para Campinas com sua filha e não queria mais manter contato com sua mãe.

Neste período em que esse grupo esteve, muito se falou sobre o se aproximar e se distanciar das zonas de conflito (bastantes marcados pelas relações com os pais, com a maternidade e casamento), estes vivenciados de maneiras distintas e também produtores de subjetividades e modos de sofrer singulares. Foi, vale destacar, o grupo com quem “inauguramos” a nossa proposta e com ele, pudemos experimentar acompanhar essas narrativas de produção de um comum⁴ e também dos limites dessa produção. De certa forma, a roda propicia esse processo de espelhamento e de singularização e era inclusive para além deste relato, bastante recorrente que pessoas no interior do grupo, de modo geral, fizessem esse exercício de aproximação das histórias de vida, e também, que em meio a esse processo de aproximação, produzissem-se desvios.

Assim, somado ao horário, à disposição em roda e ao objetivo do grupo, também, as afecções e processos discursivos que seguiam na produção de um comum, estavam a favor de uma constância ao grupo. Contudo, como bem explica Hur (2012), em composição à esta polaridade que “provê uma constância” (p. 21), o dispositivo também possui outra que “lhe provê um potencial de fluidez, de escape, de produção de linhas de fuga” (p. 21).

E aqui, nesse contexto, destaco o quanto, ao constituir-se como proposta de cuidado, o grupo, para agir como dispositivo e não como instituição, havia de permitir-se acompanhar também os seus desvios: desvios que tinham a ver com quando alguém não permanecia na proposta do grupo por, por exemplo, sentir-se

³ Todos os nomes utilizados neste trabalho foram substituídos por nomes fictícios

⁴ Aqui aproximo-me do termo *produção do comum* como aborda Teixeira, R. (2015). O comum se refere à produção dos bens e riquezas, materiais e imateriais, comum a todos. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00027.pdf>. Acessado em 29 de novembro de 2019

observada pelos olhares do coletivo, ou pelos estados de irritabilidade, que faziam do grupo, em alguns contextos, não ser um espaço em que o cuidado pudesse se fazer sentir. Também, quando alguém rompia com alguma construção de lugares comuns, porque produzia, verbal ou esteticamente, desvios em relação ao discurso que ia se formando na roda.

Acompanhar os desvios nesse sentido, significava em alguns momentos, reafirmar o grupo como um espaço de cuidado para qualquer usuário que dele precisasse, para que o desvio pudesse se fazer no grupo, com o grupo. Noutra sentido, acompanhar esses desvios era poder propor outras formas de cuidado ou rumar para proposta de intervenção mais corporais, menos verbais, ou ainda, noutras situações, oferecer escutas fora do contexto do grupo. Era oferecer abertura para pensar junto outras estratégias de cuidado, bem como poder produzir desvios nas formas instituídas de pensar a saúde mental na ABS

Havia também, para nós coordenadores, uma forma de costurar as histórias, mas em um outro registro temporal, que levava em conta o fato de estarmos permanentes em relação ao fluxo de usuários que vinham e iam do grupo. Luana e Renata estiveram presentes no grupo em meses diferentes. Quanto Renata começou a participar, parte das coisas que trazia em seu discurso, lembravam-me Luana. Eram assalariadas e falavam com angústia sobre o trabalho. Os patrões se queixavam de suas saídas para virem ao centro de saúde, também, já não as tratavam como antes, antes eles eram como “amigos” (sic), atualmente negavam-lhes a saída, não tinham ouvidos para os seus pedidos e deixavam-nas confusas em relação ao processo de trabalho. Luana, atendente de balcão em uma padaria, chegou a pedir que lhe demitisse. Seu patrão disse que sim, e depois, negou. Renata, banhista de pets, era terceirizada recentemente no mesmo emprego de antes e a contratante, que era colega ocupando o mesmo cargo que ela no passado, também trabalhava no local e incumbia ela de um trabalho excessivo. Luana dizia que não conseguia mais sorrir, ela, balconista de padaria. Doía-lhe o corpo todo, em casa tinha medo de apagar as luzes, sentia-se vigiada. Renata tinha episódios de choro compulsivos, vinha ao centro de saúde pedindo por atendimento nesse estado.

Cabe destacar neste fragmento, a importância do olhar da atenção psicossocial para o sofrimento psíquico como ligado à vida do sujeito e que, portanto, é a ela, à vida, em sua complexidade, que direcionamos o cuidado (Yassui et. al, 2018).

Essas passagens também evidenciam a potência da atenção primária em saúde para intervir nos processos de adoecimento relacionados ao trabalho, antes que esse sofrimento se amplie e se transforme em uma impossibilidade de trabalhar. O tensionamento entre trabalho como espaço de inclusão social e ao mesmo tempo de produção de adoecimento psíquico é um campo que ainda precisa ser melhor explorado, especialmente em tempos de radicalização neoliberal, em que trabalho e sofrimento psíquico parecem ser termos cada vez mais indissociáveis.

Assim, o grupo também tinha uma produção que era contínua no tempo. À nós, ia permitindo uma costura de histórias que nos auxiliava na compreensão dos processos de adoecimento naquele território, e, mais amplamente, da relação do adoecimento mental com o contexto social.

A intenção do grupo, no que se refere à sua finalidade, era que essa continuidade no tempo também pudesse se dar à nível dos sujeitos que ali estavam, uma vez que o grupo de acolhimento buscava propor uma experiência de cuidado e auxiliar na construção de uma estratégia de mais longo prazo, longitudinal. O centro de saúde contava com propostas de grupos terapêuticos, práticas integrativas e atendimentos que poderiam se fazer boas vias de cuidado. No capítulo seguinte, a intenção é poder tecer algumas considerações a respeito dessa função última do grupo.

Antes, cabe destacar algumas cenas ocorridas no grupo, em que pudemos vivenciar o acolhimento de urgências que se apresentavam em um formato mais generalizado e que puderam transitar, ir e vir, para uma posição que tinha a ver com o que descrevemos sobre a *urgência subjetiva*, - que permite que o sujeito apareça.

Luana, já mencionada neste texto, foi encaminhada ao grupo pela médica que a atendeu após a passagem pelo acolhimento da equipe. Quando chega, nos diz que não consegue sorrir, que lhe dói o corpo todo, que não consegue ficar em casa, e que não aguenta mais estar no trabalho. Vem com um sofrimento no qual as coisas que lhe incomodavam, lhe incomodavam por completo. O grupo também iniciou neste lugar, pois também lhe produzia incômodos, ouvir as pessoas dava dor de cabeça, segundo nos contava. Suas passagens por ele eram irregulares, mas ela retornava. Ao estar no grupo, com o passar dos encontros, começava a alinhar às falas de outras integrantes. Pôde ouvir de Carla que era difícil estar nessa cidade, e daí dizer que se sentia sozinha aqui, sendo de outro estado do país. Também, que na casa ficava sozinha porque seu esposo havia ido morar em São Paulo trabalhar, mas que não

conseguia ir para lugares com mais gente, porque se sentia observada por todos, e não tinha companhia para fazer pequenas coisas. Pôde ir assim ampliando alguns dizeres e desse modo, ir nomeando pouco mais seus incômodos. Quando propusemos massagear partes do corpo que doíam mais, Luana elegeu a cabeça, porque eram os pensamentos que lhe perturbavam. A cabeça, que doía porque trabalhava em lugar com muita gente, porque tinha de prestar atenção no grupo, e também, porque os seus pensamentos não a deixavam descansar.

Naquilo que se passava com Luana, ousou dizer que, acolhê-la no “aqui agora”, era poder propor em coletivo um pouco daquilo que não fora vivenciado desde que chegara na cidade, ser recebida e compreendida na sua diferença. Nesse aspecto, levar em conta a subjetividade está ligado a abrir espaços para que a história de vida do sujeito se faça presente e que possamos compor com ela.

O que o grupo oferecia neste processo de passagem - de trânsito - para uma urgência subjetiva diz respeito a considerar o papel da intervenção na transformação desta urgência. A intervenção produzida em um grupo carrega consigo esta insígnia. Para Rogéria, outra usuária que esteve no grupo, conforme compartilhou conosco, estar nele foi ter podido perceber que falar de seu esposo, alguém que ela receava prejudicar, “não era uma exposição” (sic), e que era para ela muito importante perceber que poderia sim, falar sobre sua vida e cuidar de si.

Agora, na etapa que se segue, a intenção é poder apresentar a discussão do grupo naquilo que possuía de capacidade de propor e de fazer redes. Esta é uma dimensão do grupo que pode se ligar mais intimamente ao princípio da longitudinalidade, que comporta seus próprios desafios e outros, ligados ao nosso próprio lugar de residentes, de temporários, no campo.

II.II - Inconclusões: o “grupo de acolhimento” enquanto um dispositivo de fazer e de propor rede

Aqui, retorno em algum nível à minha experiência com os Centros de Atenção Psicossocial e com a proposição dos projetos terapêuticos singulares, naquilo que este continha de construção conjunta com o usuário. A atenção Básica também é lugar para a construção destes projetos para os usuários que se apresentam mais difíceis, graves ou complexos (Ministério da Saúde, 2013), contudo, mesmo para os casos que

não evidenciem esta dimensão, é preciso que o centro de saúde construa espaços e tempo para que se conheça a história do sujeito, seu adoecimento e as potências ali presentes no momento em que este pede por ajuda. É preciso tempo e algum nível de experimentação para que possam haver propostas significantes ao sujeito e para que haja algum grau de articulação e apropriação da equipe sobre o que se passa.

A questão com que iniciei este trabalho de conclusão de curso, que envolvia a relação da urgência com a produção de respostas que pouco levavam em conta a singularidade do sujeito foi, como já mencionei, grande motivadora do projeto deste grupo. A intenção era poder dilatar este tempo de acolhimento e é possível afirmar que esta foi uma conquista desta proposta. Foi também, bastante significativo, a possibilidade de propor o grupo como um lugar possível de cuidado, rompendo um tanto com a lógica individualizante que encobre tanto as expectativas de cuidado quanto às práticas existentes, tentando propor, em lugar do individual, o singular.

Foi também possível através do grupo, que trabalhássemos numa lógica multidisciplinar considerando a formação de enfermagem, farmácia e psicologia que nós, residentes que conduziam o grupo, tínhamos, deslocando um entendimento recorrente de que caberia apenas ao núcleo psi as intervenções quando dito algo que remetesse à saúde mental.

O processo de finalização no grupo, compreendia a possibilidade de compor com o fora. Eram as redes, as articulações, para que a proposta pudesse ganhar essa dimensão da longitudinalidade. Nesse contexto, foram possíveis as articulações que pediam por uma passagem à atendimentos individuais com profissionais da equipe, e isso pôde ser feito num diálogo com o profissional, em uma construção de rede interna. Era também recorrente que sugeríssemos os grupos de práticas integrativas, o Lian Gong e o Movimento Vital Expressivo, e que propuséssemos alguns exercícios de respiração e relaxamento como forma de cuidado e de possibilidade “abrir o campo” para as práticas integrativas.

Esses encaminhamentos, seguidos do acolhimento grupal, se mostraram mais do que uma continuidade do cuidado, como uma possibilidade de dar contorno à uma urgência subjetiva, antes que ela se transforme em uma crise como tradicionalmente é compreendida e acolhida nos CAPS, explicitando também a dimensão da prevenção e da promoção de saúde mental, que deveriam ser inerentes à atenção básica.

Contudo, cabe destacar que este movimento de fazer e propor redes teve poucas repercussões visíveis, talvez por que os modos de funcionamento dos serviços

em geral, seguem dando visibilidade a outros campos de forças e enunciados, que ainda tendem a invisibilizar a saúde mental e seus usuários. Grande parte dos processos finalizados no grupo não incorriam em entradas noutras formas de cuidado, e aqui me parece um terreno bastante incerto, pois, há a possibilidade de que tenha existido para grande parte das pessoas que iniciaram o grupo a necessidade de ser acolhido naquilo que estava emergente, sendo contemplados assim pelo grupo, ou que as redes de cuidado que se fizeram foram outras, não visíveis a nós.

Nesse sentido, fica por fim o registro das dificuldades e também da potência de fazer-se rede, esta tecnologia tão cara à atenção psicossocial, capaz de ampliar a capacidade de atenção aos casos de saúde mental e também, de significar as intervenções tanto ao usuário quanto à equipe, ampliando os processos de discussão e de aprendizagem coletiva sobre o cuidado.

Fazer rede nesse contexto é poder operar através do princípio da transversalidade na construção dos saberes e das práticas de cuidado, de modo não vertical ou hierárquico. É, também, neste exercício, apreender que há nos processos saúde-doença uma tessitura entre corpo, mente e social que não se hierarquiza, mas se coproduz.

Conclusão

O texto buscou contemplar a experiência de inserção profissional na Atenção Básica, no campo da saúde mental, considerando os desafios para uma atuação não fragmentada, que se alinhe com a concepção ampliada de saúde e que se module pelas noções de acesso e acessibilidade, contornadas pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Explorou-se no contexto da saúde mental os modos de intervenção a partir das noções de urgência e crise, considerando o papel da atenção básica no acolhimento das situações de sofrimento psíquico e os desdobramentos destas abordagens nas formas de propor o cuidado em saúde mental.

A urgência foi lembrada em seu sentido mais amplo, considerando as funções do nível de atenção primária na composição da Rede de Urgência e Emergência, de responsabilidade pela “realização do acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, da avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidades” (Ministério da Saúde, 2013)”. Foi também possível discutir a

urgência no lugar de um *modus operandi*, que no contexto da saúde mental leva a condutas que valorizam a objetividade e o pragmatismo de modo que, por vezes, perdem-se marcadores importantes ao cuidado, suprimindo possibilidades de construções que levem em consideração singularidades do sofrimento psíquico, como a sua temporalidade.

Ainda na intenção de pensar a urgência, o texto pontua a relação entre o sofrimento psíquico e o serviço de saúde, apresentando o dispositivo da *urgência subjetiva* enquanto estratégia para pensar a função da instituição na passagem de uma urgência genérica, inespecífica, à uma subjetiva, na qual o sujeito possa emergir.

Como estratégia de cuidado em saúde mental na atenção básica, o texto apresenta a experiência da criação do grupo de acolhimento em saúde mental como possibilidade de acolhimento que buscou romper com a fragmentação do cuidado, dilatando o período de acolhimento, em contexto multiprofissional. Encontramos no grupo possibilidade de acolher o sofrimento de modo a levar em conta o seu caráter coletivo e social, desmistificando-o enquanto circunscrito ao âmbito privado e, no mesmo sentido, dependente de intervenções individualizadas.

Por fim, foi possível explorar também a dimensão da potência do grupo enquanto capaz de propor e fazer redes, de modo a se alinhar a outras práticas de produção de saúde e de compartilhamento do cuidado, dando concretude aos princípios da longitudinalidade e da integralidade.

Referências bibliográficas

BARROS, R. D. B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. 1a. ed. Porto Alegre: Sulina/Ed. UFRGS, 2007.

BERGSON, H. **Le souvenir du présent et la fausse reconnaissance**. In: L'Énergie Spirituelle. 132° éd. Paris: Presses Universitaires de France, 1967.

BONDIA, J. L. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência**. Rev. Bras. Educ. [online]. n.19, pp.20-28. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141324782002000100003&script=sciabstract&tlng=pt>>. Acessado em 27 de novembro de 2019.

CALAZANS, R.; BASTOS, A. **Urgência subjetiva e clínica psicanalítica**. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo , v. 11, n. 4, p. 640-652 dez/2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000400010&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 01 de dezembro de 2019.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. **Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34. 1995. 715 pp.

Dias, M.K, F., A.D.S.A, Ferigato, S. **Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas**. Ciência Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro. Julho 2018. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/atencao-a-crise-em-saude-mental-centralizacao-e-descentralizacao-das-praticas/16888?id=16888>> Acessado em: 1 de dezembro de 2019.

ESCÓSSIA, L.; TEDESCO, S. **O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica**. In: Passos, E.; Kastrup, V.; Escóssia, L. (Orgs.). Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015.

FERIGATO, S.; ONOKO-CAMPOS, R.; BALLARIN, M.L. **O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos**. Rev. Psicol. Unesp, v.6, n.1, p.31-44, 2007. Disponível em: <<http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1008>>. Acesso em: 01 de dezembro de 2010.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir - História da violência nas prisões** (R. Ramallete, trad., 29a ed.). Petrópolis: Editora Vozes. 2004.

HUR, Domenico Uhng. **O dispositivo de grupo na Esquizoanálise: tetralvência e esquizodrama**. Vínculo, São Paulo , v. 9, n. 1, p. 18-26, jun. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180624902012000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 01 de dezembro de 2019.

KNOBLOCH, F. O tempo do traumático. São Paulo: Educ. 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acessado em 29 de novembro de 2019.

_____. **Saúde Mental Cadernos de Atenção Básica**, nº 34 Brasília:DF 2013.

_____. **Plano Nacional de Saúde**. PNS 2016-2019. Brasília:DF. 2016. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2016_2019_30032015_final.pdf. Acessado em 01 de dezembro de 2019 .

PASSOS, E.; CARVALHO, Y. M. **A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum**. Saude soc., São Paulo , v. 24, supl. 1, p. 92-101, Junho 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500092&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 01 de dezembro de 2019.

ONOCKO CAMPOS, R.; GAMA, C. **Saúde mental na atenção básica**. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 221-246.

ONOCKO CAMPOS, R. et al. **Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v.38, n.pe, p. 252-264, out. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600252&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 01 de dezembro 2019.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015. 205 pp.

POZZANA, L. **A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade**. Fractal, Rev. Psicol., Rio de Janeiro , v. 25, n. 2, p. 323-338, Aug. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000200007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 01 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000200007>.

SOTELO, J. et al. **Cuando el psicoanálisis no responde a lo que le es históricamente típico: Los nuevos centros de atención psicoanalítica. III Encontro Americano do Campo Freudiano**. Disponível em: <<http://www.eamericano.org>>. Acesso em: 21 out. 2007.

SOUZA, C. A. e RIVERA, F. J. U. **A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental**. Tempus: Actas Saúde Coletiva; 4(1): 105-111, 2010. Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Inclus%C3%A3o.pdf>. Acessado em 29 de novembro de 2019

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO. 2002.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE P. **Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território.** Revista Polis e Psique. v. 8, n. 1. 2018. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/80426>. Acessado em: 27 de novembro 2019.

ZANELLO, V.; BUKOWITZ, B. **Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados.** Revista Labrys Estudos Feministas. v. 20-21, 2011. Disponível em: <<http://www.labrys.net.br/labrys20/brasil/valeska.htm>> Acesso em: 01 de dezembro de 2019

ZANELLO, V.; FIUZA, G.; COSTA, H. S. **Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico.** Fractal, Rev. Psicol., Rio de Janeiro , v. 27, n. 3, p. 238-246, Dec. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922015000300238&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 01 de dezembro de 2019.