



Artigo Original

Cartografia do cotidiano de cuidados à pessoa com depressão

Cartography the Routine Care to the Individual Suffering From Depression

Cintia Adriana Vieira Goncales¹

Ana Lúcia Machado²

¹ Professora, Universidade do Vale do Paraíba

² Professora Associada, Universidade de São Paulo

RESUMO - Este artigo teve como objetivo descrever e analisar o cotidiano de cuidados à pessoa com depressão. É uma pesquisa cartográfica que buscou com os trabalhadores de um CAPS do município de São José dos Campos mapear o cotidiano de cuidados de uma pessoa com depressão, incluindo o estudo de seu caso, análise documental, observação participante e entrevistas com o usuário, com os membros da equipe de saúde mental e com as demais pessoas que participaram ativamente de seu cotidiano. Como ferramenta de coleta e análise de dados, utilizou-se o fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde. O cotidiano de cuidados prestado pela equipe de saúde mental deste CAPS mostrou-se direcionado às necessidades e singularidades do usuário. O projeto terapêutico singularizado foi sendo construído aos poucos, adequando-se à sua história de vida, seu contexto familiar, seus pontos fortes, suas dificuldades e limitações.

Palavras-chave: Depressão, Cartografia, Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT - This article intends to describing and analyzing the routine care provided to the individual suffering from depression. This is a cartographic research work, carried out with workers from CAPS (Center of Psychosocial Attention) at São José dos Campos. It attempted to map the routine care provided to an individual suffering from depression, including his/her case study, document analysis, observant participation and interviews with the users, the mental health care team and all the other individuals who took an active role in his/her care. For data collection, the analytic flowchart of the attention model of a health service was used. The routine care provided by the mental health team from this CAPS was guided by the user's needs and singularities. The customized therapeutic project was gradually built, adapting itself to the individual's life history, his/her family context, his/her fortes, his/her difficulties and limitations.

Keywords: Depression, Cartography, Patient Care Team.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo busca descrever e analisar o cotidiano de cuidados à pessoa com depressão, cartografando os processos de produção do cuidado através do acompanhamento da equipe multiprofissional em todos os atendimentos prestados, individuais e em grupo à pessoa com depressão.

A cartografia é um método formulado por G. Deleuze e F. Guattari¹ que visa acompanhar um processo, e não representar um objeto. Em linhas gerais, trata-se sempre de investigar um processo de produção. A idéia de desenvolver o método cartográfico para utilização em pesquisas de campo no estudo da subjetividade se afasta do objetivo de definir um conjunto de regras abstratas para serem aplicadas. Não se busca estabelecer um caminho linear para atingir um fim, este vai sendo construído no percurso.

A cartografia é uma produção de sentidos que se faz à medida que se produzem outros sentidos, relato provisório de uma viagem, viagem de intervir/pesquisar².

Uma cartografia busca traçar os movimentos sucedidos em um ambiente subjetivo, provocados por conjuntos de intensidades que o invadem, atravessam,

abalam, transformam. Cartografar esses movimentos tem a ver com uma prática que lhes dá visibilidade e sentido. Uma cartografia problematiza um território subjetivo, investiga-o processualmente, sem representá-lo, sem interpretá-lo.

O território da saúde mental encontra-se em um período de transição do modelo tradicional, tecnicista e hospitalocêntrico centrado no poder/saber psiquiátricos para o modelo psicossocial. É um campo de conhecimentos complexos e plurais.

Para Saraceno³, o desafio atual é a transformação de alguns paradigmas. Deixarmos o pensamento biomédico e ampliarmos para o biopsicossocial; repensar a verticalidade dos serviços que tratam apenas a pessoa que os procuram, ou seja, ir da monomorbidade para as comorbidades; da atenção terciária para a secundária e primária; da atenção a curto prazo para longo prazo – reabilitação;

Autor correspondente

Cintia Adriana Vieira Goncales

Rua Professor Roberval Fróes, 44 - Jd. Esplanada II

CEP 12242-460 - São José dos Campos, SP, Brasil

Email: cintiavieira@usp.br

Artigo encaminhado 03/01/2011

Aceito para publicação em 30/04/2011

do atendimento individual para o trabalho em equipe.

Merhy⁴ salienta a necessidade da mudança no modo de produzir saúde no Brasil ser uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, e não meras reformas macroestruturais e organizacionais. Em um processo de trabalho, há o trabalho morto e o trabalho vivo em ato. O trabalho morto consiste em todos os produtos-meios, matérias-primas e ferramentas que são resultados de um trabalho humano anterior, já instituído, cristalizado e pronto. O trabalho vivo em ato é o que está em processo, em ação, é o instituinte⁴. Um grande desafio aos profissionais da área da saúde é o trabalho vivo em ato, construído no cotidiano, transformado de acordo com o usuário e a situação que é colocada no momento.

O institucionalismo afirma que as grandes mudanças históricas são sempre resultados das pequenas e que os grandes poderes que vigoram na sociedade são formas resultantes de pequenas potências que se chocam e conectam-se nos espaços microscópicos de uma sociedade. Portanto, o instituinte é o lugar da produção, da eclosão do novo, do aleatório, do imprevisível e o instituído é o lugar da reprodução, da conservação do antigo, lugar da regularidade e das leis⁵.

Um dos desafios do campo da Saúde Mental é a depressão, que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos próximos 20 anos, sairá do quarto para o segundo lugar na lista de doenças dispendiosas e fatais, ficará atrás apenas das doenças cardíacas. Os dados revelam que, aproximadamente, 20% da população passará por, pelo menos, um episódio de depressão ao longo da vida. Desses casos, quase a metade terá episódios repetitivos de crise e precisará de tratamento contínuo, sendo então considerada uma doença crônica⁶.

As estatísticas do último relatório da OMS indicam que mais de 400 milhões de pessoas no mundo sofrem de depressão, o risco de um homem sofrer da doença é de 11%, e o da mulher pode chegar a 18,6%⁶.

Atualmente, a depressão é uma doença muito comentada, mas já era conhecida, diagnosticada e tratada por Hipócrates (V a. C). A história da depressão segue a história da humanidade, por vezes, odiada e, por vezes, desejada⁷.

A depressão é um transtorno do humor, sua base etiológica ainda é desconhecida, mas trabalha-se com a associação de fatores biológicos e psicossociais. Podendo interagir entre si ou não⁸. Os critérios diagnósticos seguem as recomendações da Classificação Internacional de Doenças (CID)⁹ e do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM)¹⁰, nos quais são observadas várias classificações, de acordo com o quadro clínico e o curso da doença.

Uma vez diagnosticado pode ser tratado com êxito na maioria dos casos, mediante medicamentos, psicoterapia, a combinação de ambos. A depressão é potencialmente letal, porque envolve risco de suicídio, o que nos casos graves pode ser muito alto.

Tendo em vista este momento de transformação, com a mudança de paradigma vivenciada no âmbito da saúde mental brasileira e a necessidade de se conhecer como a força instituinte vem se manifestando ou não no cotidiano, esta pesquisa teve como objetivo: descrever e analisar o cotidiano de cuidados à pessoa com depressão.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma intervenção de cunho qualitativo, capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais¹¹.

O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), aprovado e protocolado sob o nº. 651/2007, e também aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos para realização da coleta de dados em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A pesquisadora trilhou um caminho em busca de seu objetivo e foi cartografando tudo o que foi possível em sua percepção, utilizando os cinco sentidos (visão, audição, olfato, paladar, tato) e, também, um sexto sentido representado por sua intuição e pelos resultados de experiências anteriores armazenadas em sua mente.

O método cartográfico, aqui utilizado, possibilita algumas respostas. A cartografia, ao detectar paisagens, aclives e declives, cria formas de expressão e vai se formando com o território². Vai dando lugar ao que está em processo de constituição, não excluindo o cartógrafo do processo.

A cartografia não determina uma metodologia, mas “propõe uma discussão metodológica que se utiliza na medida que ocorrem encontros entre sujeito e objeto em uma perspectiva de acolher a vida em seus momentos de expansão”⁽¹²⁾.

A tarefa da cartografia é acompanhar as linhas que se formam e desmancham-se. Cartografar não é desenhar uma realidade como em um mapa. Estes usam escalas baseadas em diferenças do relevo, do clima e da vegetação. As diferenças são determinadas por códigos previamente determinados. Os critérios de normalidade seriam os mapas, ou seja, um metro-padrão para medir e classificar aquilo que se observa. Se o profissional se atém à necessidade de aplicar o mapa à experiência (ou ao território), tudo que diferir daquele tenderá a ser rejeitado. O cartógrafo, ao contrário, busca produzir uma língua, uma existência no processo de mistura e separação das situações que percorre. Tenta dar voz àquilo que surge constantemente na atualidade de seu tempo,

procurando não excluir o que é estranho ou angustiante por não ser previamente mapeado².

Nas instituições, organizações e estabelecimentos muitas linhas não cessam de passar e cartografar é mapear provisoriamente as passagens dessas linhas.

O que chamamos de um 'mapa', ou mesmo, um 'diagrama' é um conjunto de linhas funcionando ao mesmo tempo (as linhas da mão formam um mapa). Com efeito, há tipos de linhas diferentes na arte, mas também em uma sociedade, em uma pessoa. Há linhas que representam alguma coisa e outras que são abstratas. Há linhas de segmentos, e outras sem segmento. Há linhas dimensionais e linhas direcionais. Há linhas que, abstratas ou não, formam contorno e outras que não formam contorno. Aquelas são as mais belas. Acreditamos que as linhas são os elementos constitutivos das coisas e dos acontecimentos. Por isso, cada coisa tem sua geografia, sua cartografia, seu diagrama. O que há de interessante, mesmo em uma pessoa, são as linhas que a compõem ou que ela compõe, que ela toma emprestado ou que ela cria¹³.

Este método de pesquisa não pretende apreender ou imobilizar ditos movimentos, mas pensar em como seus efeitos acontecem, como também seus rastros pelo terreno. É um método em processo de criação afinado com seu objeto de investigação, quando esse objeto é processual como os processos de formação da subjetividade².

Neste estudo, a cartografia foi se desenhando, conforme se viveu uma experiência, observando o cotidiano dos trabalhadores e os atos cuidadores que se desenharam, tendo como pano de fundo as questões que se têm vivido no mundo Pós-moderno, focado no setor da saúde.

Para Franco e Merhy¹⁴, as ferramentas cartográficas postas sobre os processos de trabalho, possibilitam captar os movimentos contínuos e descontínuos do trabalho vivo, em sua dinâmica, por meio do "olho vibrátil" do cartógrafo que, ao vibrar com as intensidades, abre-se a seus afetamentos e, por isso, pode percebê-las como expressões do mundo da produção no campo da saúde.

Para se estudar o cotidiano, é necessário que uma parada seja feita, em um local previamente escolhido onde seja possível conhecer as pessoas que ali frequentam e trabalham. Portanto, para a aproximação com os participantes do estudo, o trabalho de campo torna-se uma necessidade. O levantamento de dados foi realizado em um CAPS do município de São José dos Campos.

A coleta de dados foi realizada em um primeiro momento com uma pessoa com depressão que estava seguindo seu tratamento no CAPS (mulher, 39 anos, dois filhos) e, em um segundo momento, com todas as trabalhadoras do CAPS: uma assistente social (que também é a gerente), uma enfermeira, quatro

auxiliares de enfermagem, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma médica psiquiatra, uma estagiária de administração (aluna do 2º ano do curso de administração - fica na recepção), uma auxiliar de serviços gerais, uma auxiliar de limpeza (única trabalhadora terceirizada e por esse motivo não é autorizada a participar das atividades com os usuários, mas os mesmos a procuram bastante para conversar). Não há homens trabalhando neste CAPS. Todas receberam nomes fictícios, escolhidos ao acaso.

A cartografia dos atos cuidadores dos trabalhadores no território das práticas foi realizada da forma mais completa que a autora conseguiu apreender. Assim, foram utilizadas as seguintes estratégias metodológicas: um estudo de caso de uma pessoa com depressão, entrevista individual com esta, leitura de seu prontuário, discussão em grupo com os trabalhadores, aplicação do fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde de Emerson Merhy⁴ e observação participante, descritos a seguir. Minayo¹¹ nomina a utilização destas estratégias, como sendo uma triangulação na coleta de dados, na qual a pesquisadora constrói uma série de possibilidades de informações que lhe indicam se seu caminho está correto.

2.1 O Processo de Cartografar

Primeiro, o projeto de pesquisa foi apresentado à equipe de trabalhadores do CAPS e esclarecidas todas as dúvidas.

Em segundo momento, em conjunto com a equipe foi selecionado um caso traçador - conceito originário das pesquisas em ciências biológicas e estudos clínicos, que pode ser aplicado ao campo da avaliação de serviços de saúde¹⁵. Permite avaliar o processo de trabalho de uma equipe de saúde, a partir da reconstituição de um caso, possibilitando uma melhor observação do ato de cuidar prestado ao usuário.

O usuário selecionado foi uma mulher, em tratamento no CAPS, há dois anos por depressão - Alcione. As trabalhadoras-referência de seu caso eram a assistente social - Joana e uma auxiliar de enfermagem - Helena.

Em uma data previamente marcada, fui apresentada pelas trabalhadoras à usuária. Expliquei o objetivo do estudo, como seria sua participação na mesma e meu papel no CAPS. A usuária aceitou participar do estudo. Assim, foi agendada uma nova data em que foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e realizada a entrevista individual.

A entrevista foi do tipo semiestruturada que, para Triviños¹⁶ é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas com as hipóteses que vão surgindo à medida que as respostas são recebidas.

Com o consentimento da usuária, a entrevista foi gravada e transcrita na íntegra.

No dia e horário previamente agendado para a entrevista, fui ao CAPS e Alcione já havia chegado. Foi escolhida uma data em que ela teria atividade o dia todo no CAPS. Fomos a um dos consultórios, sala calma e reservada nos fundos do CAPS. É usado para reuniões e atendimentos, tem mais ou menos 9 metros quadrados, com cadeiras dispostas em círculo, uma decoração simples e bonita, com uma pequena estante com livros ao canto, quadro pintado por um usuário e um ventilador. Não há mesa nesta sala, assim, ela sentou-se em uma cadeira e eu próxima a ela, quase a sua frente. Coloquei o gravador em uma cadeira ao lado.

Fechemos a porta e a janela para manter a privacidade e ligamos o ventilador, pois estava um dia quente. Expliquei novamente meu papel no CAPS, o propósito da pesquisa, a importância de sua participação, sua liberdade durante todo o período em que eu estaria no CAPS, participando das atividades e a necessidade do uso do gravador.

No início da entrevista, ela disse não estar se sentindo bem naquele dia. Durante toda a entrevista, ficou cutucando suas unhas das mãos. Algumas vezes ficou com o olhar perdido, disse não querer falar muito para não ficar triste. Conduzi a entrevista fazendo algumas perguntas e respeitando seu silêncio. Em vários momentos, ela foi reticente e foi necessário utilizar as técnicas de comunicação de expressão, clarificação e validação descritas por Stefanelli¹⁷.

Ao longo dos meses que frequentei o CAPS, Alcione foi se soltando mais e conversamos várias vezes informalmente, ou seja, sem a presença do gravador. Estes momentos eram registrados no diário de bordo logo que chegava em casa.

O estudo de caso é uma técnica de pesquisa focada em apenas um caso, seja ele simples e específico ou complexo e abstrato. O caso é sempre bem delimitado, devendo ter seus contornos claramente definidos. Esta técnica busca retratar a realidade de forma completa e profunda, procurando revelar a multiplicidade de dimensões presentes em uma determinada situação, focalizando-o como um todo¹⁸.

Assim, o objeto deste estudo - o cotidiano de cuidados a uma pessoa com depressão - é tratado como único, singular e tem valor em si mesmo.

No processo de cartografar, a pesquisadora aproveitou todos os dados que poderiam ajudá-la na viagem. Isso incluiu a leitura e “análise” do prontuário da usuária, desde o primeiro atendimento na rede de saúde mental do município. Para isso, foram utilizados os critérios da análise documental, considerando o prontuário um documento, fonte estável de informações que poderia complementar as informações recebidas via verbal. No caso em questão, a usuária já havia sido atendida em outras unidades de

saúde antes de ser encaminhada ao CAPS, e a fonte de informações para este período foi o prontuário.

Todo o prontuário foi lido e realizado anotações pertinentes no diário de bordo para, posteriormente, serem utilizadas na fase de análise.

Para cartografar o cotidiano de cuidados prestados pelas trabalhadoras, optamos realizar discussões em grupo, com a participação de todos que formal ou informalmente atenderam à usuária. Assim, todas as trabalhadoras do CAPS foram convidadas a participarem do estudo e todas aceitaram.

Procurei com a gerente qual seria o melhor momento para esta estratégia e ela ofereceu um espaço na reunião de equipe que ocorre uma vez por semana e que todos participam. Foi agendado, então, dia e horário com todos, sendo realizada a assinatura dos TCLE previamente.

A discussão em grupo é uma estratégia de coleta de dados na qual o moderador introduz a discussão com uma ou mais questões, observa os participantes, encorajando a palavra de cada um, constrói relações com os participantes para aprofundar respostas e comentários considerados relevantes pelo grupo ou pelo pesquisador¹¹.

Para as discussões em grupo, foram usadas questões que disparassem a descrição do cuidado que cada um e o grupo oferecem conscientemente. Os encontros foram realizados em dois momentos distintos: um logo no início da pesquisa e o outro ao final de 7 meses.

A primeira discussão em grupo ocorreu em um dos consultórios, com todas sentadas em círculo, sem mesa ao centro, com 1 hora de duração e todas as 11 trabalhadoras participaram, exceto a auxiliar de limpeza. Primeiramente, fiz um agradecimento e uma apresentação formal a todos, expliquei meu papel no CAPS, o objetivo da pesquisa, meu tempo de permanência com eles e os usuários nas atividades e o porquê da escolha de realizar um estudo de caso com apenas uma pessoa com depressão.

Solicitei que respondessem a um formulário de caracterização pessoal e expliquei, também, a importância do uso do gravador durante a interação.

Neste primeiro encontro, confirmei se todos conheciam a usuária e obtive uma resposta positiva. Expliquei que conhecia o trabalho das duas referências da usuária, mas como estava estudando o cotidiano de cuidados, era importante conversar com todos que, de alguma forma, tivessem contato com ela e todos ali entrariam nesse critério.

Pedi, então, que fossem me contando com todos os detalhes que lembrassem todo o histórico do cuidado prestado para ela, desde o primeiro dia em que ela foi encaminhada ao CAPS. Elas começaram o relato. Como ainda não conhecia as vozes, escrevi os nomes de cada pessoa que ia falando, para depois relacionar com as vozes das fitas. No início, as referências falaram mais, porém o grupo foi se soltando aos poucos, percebendo que também fazia

parte daquele cuidado. Tentei interromper o mínimo possível, só fazendo isso quando faltavam dados para o entendimento da narrativa. A estagiária, a auxiliar de serviços gerais e uma auxiliar de enfermagem não se expressaram nessa reunião.

O último encontro foi realizado no mesmo consultório, elas estavam no final da reunião semanal de equipe. Houve a participação de sete trabalhadoras. Alguns membros (duas auxiliares de enfermagem, a estagiária e a auxiliar de serviços gerais) estavam ausentes, realizando um treinamento fornecido pela prefeitura. A auxiliar de serviços gerais e uma auxiliar de enfermagem chegaram ao final do encontro e não se expressaram. Esta interação, também, foi gravada e, posteriormente, transcrita. Nesta fase do estudo, eu já reconhecia as vozes de cada trabalhadora na gravação. Neste encontro foi construído o fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde de Emerson Merhy⁴. É um diagrama utilizado com “a perspectiva de desenhar um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos, que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção”⁴. É uma representação gráfica do processo de trabalho, elaborado de forma usuário-centrado, com riqueza de detalhes para perceber os aspectos da micropolítica da organização do trabalho e da produção de serviços. O objetivo principal é disparar um processo de coletivização da gestão dos processos de trabalho.

Primeiro fiz uma explanação teórica e solicitei-lhes que pensassem em Alcione durante a explicação. Depois o fluxograma foi construído em um flipchart para que todas visualizassem e no final, percorri o que elas acharam desta ferramenta de trabalho.

Nesse momento, colocamos atenção ao cuidado oferecido conscientemente, porque concordamos com Merhy⁴, quando salienta que, no cotidiano de cuidados o ser humano em ação, é paradoxalmente dotado de sentidos, explícitos e não explícitos, um atuante permanente entre o dito e o não dito. Mas, não porque não queira dizer e sim porque não pode nem consegue dizer tudo, por não ser um “ser pleno de (e da) razão”, sendo também um sujeito desejante que opera inconscientemente.

Dado esse fato, acrescentou-se a observação participante à fase de coleta de dados, que forneceu elementos do cotidiano que não estavam presentes na comunicação verbal no momento das entrevistas e discussões em grupo.

Lüdke e André¹⁸ enfatizam a importância da observação ser realizada de forma controlada e sistemática, atentando sempre ao objeto do estudo.

A pesquisadora frequentou o CAPS de janeiro a julho de 2008, nos quais participou de atividades em grupo, oficinas, atendimentos familiares, assembleias, reuniões de equipe multiprofissional e, também, momentos de ambiência, antes das atividades, no intervalo das mesmas e durante as refeições.

Para Saraceno¹⁹, a ambiência é o caldo, o entorno que dá sustentação e consistência às experiências vividas pelos sujeitos e suas significações e pode ser transformada com base em suas necessidades.

Desse modo, dei prioridade às oficinas de que Alcione participava. Chegava ao CAPS, tocava a campainha no portão - caso estivesse fechado, entrava e ia observando, cumprimentava a todos, usuários e trabalhadores. Chegava sempre antes do horário dos grupos e aproveitava para conversar com quem estava por ali na recepção, às vezes, a estagiária, a gerente, os usuários que estavam esperando os atendimentos e, também, Alcione.

Circulava pelo CAPS, ia à sala da enfermagem, conversava com quem estava responsável pela entrega dos medicamentos, ia até à cozinha; nas laterais da casa sempre havia usuários também aguardando. Aproveitava também os horários do almoço e os intervalos.

Alcione, geralmente, chegava atrasada aos grupos que aconteciam pela manhã, mas à tarde ela chegava na hora certa para almoçar e depois ir à oficina. Ela costumava esperar perto da recepção ou no local da oficina. Assim que a encontrava, ficava conversando com ela.

Durante as oficinas, ficava em silêncio, observando, às vezes, ajudava alguém que necessitava. Ao final dos grupos era convidada a tomar café com algumas trabalhadoras e, também, eram momentos muito bons e proveitosos.

Algumas vezes, procurei as trabalhadoras referência para conversar em outras, elas me procuraram para relatar fatos que ocorreram nos dias em que não havia ido ao CAPS.

Os dados adquiridos por meio da observação participante foram sistematizados em um diário de campo em que consta o período de observação, a descrição dos sujeitos, do local, das atividades, as percepções e sentimentos da autora, suas ideias, impressões, dúvidas, surpresas.

Em relação ao uso do diário de campo para efetuar os registros das observações, cita-se Baremblytt²⁰, que informa que a cartografia foi criada apoiada nos relatos objetivos e subjetivos, em uma espécie de Diário de Bordo de uma “viagem”, única e irrepetível. Neste estudo, utiliza-se o termo “diário de bordo”, por estar mais próximo do referencial teórico da pesquisa.

Assim, o diário de bordo com seu movimento, velocidade e intensidade pode também se constituir em um “mapa”, que pode possibilitar a outros viajantes a construção de sua própria caminhada.

É importante lembrar que os fatos e os diálogos observados não foram desprovidos de análise, visto que as ferramentas teóricas direcionaram o olhar e aguçaram os sentidos da autora o tempo todo; sendo assim foi um processo

dinâmico de construção constante. Tive como pressuposto que o encontro “não se dá a priori ente sujeitos epistêmicos, mas entre sujeitos implicados, que podem reconhecer-se ou se negar, no outro”⁽²¹⁾.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com um material tão rico nas mãos, os conselhos de Rolnik foram seguidos:

Restaria saber quais são os procedimentos do cartógrafo. Ora, estes tampouco importam, pois ele sabe que deve ‘inventá-los’ em função daquilo que pede o contexto em que se encontra. Por isso ele não segue nenhuma espécie de protocolo normatizado².

A organização e a análise das informações foram sendo construídas baseadas em uma mescla de leituras, conversas e articulações. O material foi se compondo, trechos das entrevistas, fragmentos do diário de bordo foram sendo colocados com os escritos teóricos e lembranças, sempre provisórias e contextuais.

3.1 História de Alcione

A história de Alcione, o “caso traçador”, não é fácil de narrar, há alguns fatos que nem a mãe - Rosa, nem a irmã - Marta nem a própria Alcione lembram completamente ou evitam falar por serem acontecimentos tristes e difíceis. Outros são considerados segredos familiares e, por esse motivo Alcione pede à mãe não contar para ninguém, Rosa não conta e ela também. É interessante observar que elas comentam sempre que existe algo, mas não querem compartilhar. O pai - Ciro não participa ativamente do tratamento de Alcione, nunca foi ao CAPS e nas visitas domiciliares, ele estava sempre trabalhando, por esse motivo, eu e as trabalhadoras não o conhecemos.

Alcione, sexo feminino, 39 anos, natural de Delmiro Gouveia - Alagoas, separada de Sidney, dois filhos - Márcio tem 17 anos e Marcelo tem 12, mora com os pais e os dois filhos, estudou até a 4ª série do Ensino Fundamental, não trabalha e é católica não praticante.

É difícil precisar o início do quadro depressivo, pois as datas são incertas. Relata ter depressão desde o nascimento de seu primeiro filho, com melhora e piora dos sintomas ao longo dos anos sem seguir um tratamento. Está em acompanhamento no CAPS há 2 anos e as trabalhadoras relatam ser o local em que ela conseguiu vincular melhor.

Alcione é ambivalente em relação ao ex-marido. Ora diz que ele é ruim, ora diz que com ele fica feliz e sem ele fica triste.

“É, ainda gosto dele. Ontem, passei o dia todo deitada, uma tristeza, queria estar perto do meu marido, mas...” Em outros momentos da entrevista, “Eu não quero mais ver ele não [...] ele me magoou muito”.

Sobre a depressão diz:

“Ah, já faz muito tempo. Tem hora que eu to até animada, mas tem horas... é uma tristeza só. É difícil a pessoa se animar, sabia? [...] Por causa do meu marido, se não fosse isso, eu já tava bem, né?! Não tiro ele da cabeça, tá na minha cabeça”

Comenta que há dias que fica muito desanimada.

“O que eu queria saber, é por que a tristeza fica perto de mim. Eu queria ficar alegre, mas não consigo [...] Tenho vontade de morrer”.

Tem obesidade morbida, e é algo que a incomoda bastante. A relação com o corpo é difícil, diz várias vezes que está de mal com o espelho e a balança, diz que come pouco, incluindo, saladas, mas a vi almoçar no CAPS e ela come compulsivamente tudo o que tiver pela frente, incluindo o que os demais usuários não querem e dão para ela. Algumas vezes foi flagrada pelos trabalhadores comendo bolachas e doces escondida. Ela comenta comigo:

“O que eu queria, era conseguir fazer a cirurgia (bariátrica - para redução do estômago). Mas tá difícil conseguir. Estou há 5 anos na fila”.

Quando pergunto o porquê da demora, fala que precisaria ir a algumas reuniões, *mas*

“É tão difícil pegar ônibus, é longe.[...] nunca mais eu fui”.

Em outras conversas, ela me conta que uma amiga fez a cirurgia e morreu e, por isso, tem muito medo da cirurgia. Adiante, quando o projeto terapêutico dela for explicitado na pesquisa, retorno a tratar a questão da cirurgia.

3.2 Caracterização das trabalhadoras

Neste CAPS, as trabalhadoras são mulheres e não existem homens que prestem serviços, mas também não há um motivo específico para isto. Por este motivo, a palavra trabalhador de saúde será sempre referida no feminino. Variam entre 22 e 54 anos de idade, sendo 41,66% de 41 a 50 anos; 25% de 31 a 40 anos; 16,66% de 22 a 30 anos e 16,66% de 51 a 54 anos de idade.

Quanto às profissões e cargos ocupados no CAPS: uma assistente social que, também, é a gerente - Joana; uma enfermeira - Sheila; uma médica psiquiatra - Lívia; uma psicóloga - Clarissa; uma terapeuta ocupacional que, também, é professora universitária - Luana; quatro auxiliares de enfermagem: uma já completou o curso de técnico - Helena, Paula, Zuleica e Adriana; uma auxiliar de serviços gerais - Alessandra; uma estagiária do 2º ano de administração que trabalha como auxiliar administrativo/recepcionista - Camila e uma auxiliar de limpeza - Antonia.

A respeito do tempo de trabalho na saúde mental, há uma variação de 2 meses até 30 anos.

A estagiária pela característica de seu contrato está há apenas 2 meses no serviço e nunca tinha trabalhado na área de saúde; a estagiária anterior permaneceu no serviço por 3 anos até sua recente formatura.

3.3 O Cotidiano de Cuidados

Ao acompanharmos a história dos devires da usuária no CAPS, os fluxos conectivos que se formaram no âmbito da produção do cuidado, no serviço, tiveram forte potência produtiva, criando linhas de fuga, provocando desvios nos “itinerários terapêuticos”, quando os sistemas produtivos já não correspondiam a certas expectativas das trabalhadoras ou mesmo dos usuários do CAPS^{14, 22}.

Isto porque, segundo Franco e Merhy¹⁴, os intensos fluxos conectivos entre os diversos trabalhadores - e entre estes e os usuários - produzem a realidade dentro de um serviço ou de uma equipe de saúde, por meio de uma interação, operando processos produtivos que se estruturam em um dado tipo de organização de redes, cujo “centro nervoso” é o trabalho vivo em ato, como o substrato sobre o qual a produção dos atos de saúde vão acontecendo.

Alcione iniciou seu tratamento no CAPS após ser transferida da Unidade de Atenção Integral a Saúde Mental (UAISM) devido a não criar vínculo com este serviço e piora de seu quadro.

O acolhimento foi realizado por Helena e Fábio - um psiquiatra que a atendia na UAISM. Este médico trabalhava nas duas unidades, acompanhou seu caso na UAISM e acreditou que no CAPS ela poderia vir a ter um atendimento mais próximo de suas necessidades.

Como Fábio já conhecia seu caso foi ele quem fez o primeiro atendimento, junto a sua dupla do dia que era Helena. Joana ainda não trabalhava no CAPS nesta época e assumiu o caso de Alcione quando este médico saiu da instituição.

O caso de Alcione foi posteriormente levado à equipe pelos profissionais referência – Fábio e Helena (em 2005). Sua história foi relatada, suas dificuldades para criar vínculo com a UAISM e iniciaram a construção do projeto terapêutico singularizado (PTS). Joana esclarece:

“A decisão do projeto terapêutico do paciente é tomada pela equipe”. E Luana acrescenta: “E, aí, uma vez decidido, a referência leva ao paciente, familiar o que foi decidido e encaminha conforme as propostas”. Clarissa complementa: “E, aí, é que fecha o projeto terapêutico”.

Helena lembra desse período:

“Quando ela veio pra cá, era bem complicado, porque ela quase não falava, muito quieta, deprimida mesmo. E foi um trabalho assim... o Dr. Fábio junto comigo passou o que ela tinha, o

problema com a obesidade e foi por aí que a gente foi seguindo. Eu corri atrás porque percebi que era isso que a incomodava mesmo. Aí busquei um tratamento pra ela e comecei a mostrar pra ela que ela poderia melhorar, que ela poderia conseguir isso”.

Uma vez a equipe ter decidido cuidar de Alcione, foi traçado um plano terapêutico para ela. Neste momento, observo o cuidado com a singularidade dos usuários. Luana fala como é esse processo

“... na triagem, a gente também pergunta o que ele espera do serviço. Até pra você não ir: ah pra você vai ser bom isso, isso, isso. O que que você quer? Ah, eu quero ter mais saúde. O que é saúde pra você? Ah, eu queria ter mais disposição para fazer as coisas... ah, eu gostaria de controlar melhor a minha doença. Então, depende do que ele vai pedindo a nossa ajuda”.

Joana concorda:

“É aí que entra a questão da singularidade, né!? Porque vai da necessidade da pessoa”. E Clarissa lembra: “Você pesquisa junto com ele o projeto de vida dele [...] é até um histórico esse projeto de vida... como ele era antes, que projeto ele tinha? Como a doença modificou? A gente tenta resgatar isso”.

O projeto terapêutico de Alcione incluía os grupos de arteterapia, costura, o preparo para a cirurgia bariátrica e medicamentos. Alcione não teve boa resposta, apresentando atrasos e faltas. Assim, as trabalhadoras questionaram se o PTS estava adequado e perceberam que precisavam realizar mudanças.

Iniciaram, então, uma fase com imposição de limites e atendimento familiar, mantiveram o preparo para a cirurgia bariátrica e os medicamentos. O grupo de costura foi transformado no grupo do brechó e inseriram Alcione no grupo do fuxico e bijouteria.

Alcione apresentou uma boa resposta a este projeto terapêutico e pediu para entrar no grupo do mosaico. A equipe discutiu a questão e decidiu que seria bom para ela. Nesta época, ela saiu do grupo do fuxico.

A equipe começou a perceber que sempre que chegava perto a possibilidade da cirurgia bariátrica, Alcione engordava mais e faltava às reuniões. Percorrendo o assunto, perceberam que Alcione tinha medo de morrer, pois ela contou que uma amiga havia morrido após a cirurgia. Assim, a equipe resolveu deixar a iniciativa para realizar a cirurgia para Alcione.

Alcione está em tratamento semi-intensivo (três vezes por semana). O vínculo com a equipe e com os usuários modificou-se bastante e os sintomas de depressão diminuiram.

É interessante observar que as trabalhadoras não desistiram de Alcione, sempre tentando uma alternativa diferente, buscando suas habilidades até que conseguissem realizar esse vínculo com ela. O

cotidiano de cuidados foi sendo construído através do trabalho vivo em ato, sendo transformado sempre que necessário, estando atentos às necessidades e dificuldades de Alcione.

As trabalhadoras se encontram uma vez por semana para discutir e estudar todos os casos dos usuários, as dificuldades, as limitações. Fazem estudos teóricos, participam de treinamentos fornecidos ou não pela prefeitura. Uma vez por semana, unem os usuários nas assembleias para conhecer suas necessidades. Percebe-se um esforço em estarem atentas as transformações do campo da saúde mental. Isto possibilita a construção de um cotidiano de cuidados mais eficaz e completo.

O novo modelo de atenção pautado nos pressupostos do campo psicossocial, da clínica ampliada e no conceito de reabilitação psicossocial tem, como pressupostos, para os prestadores da assistência, o planejamento do projeto de intervenção coletivizado, a superação da rigidez dos papéis e das especificidades profissionais, a flexibilidade para responder ao parâmetro fundamental da assistência, que é o bem-estar do usuário. Nesse sentido, a prática busca a ampliação da capacidade de entendimento e a apropriação do controle do processo saúde-doença pelo usuário, a ampliação da sua capacidade de agenciar soluções no campo afetivo, material e social e uma maior participação na vida política e jurídica²³.

Percebi que, no início, a equipe foi tateando opções de cuidado em um campo de desafios, aspectos conhecidos e desconhecidos da história, pois Alcione é uma pessoa que não tem clara suas necessidades, traz muitas demandas e exige bastante atenção. Mas, a equipe conseguiu fazer um bom acolhimento, respeitá-la e criar um vínculo com ela, por meio de ações simples como respeitar seu tempo, aceitar suas dificuldades, estimular o aprendizado dentro das possibilidades de Alcione, descobrir aos poucos seus interesses até chegar a seu projeto de vida.

As ações simples como expliquei acima, são simples, mas não devem ser confundidas com ações fáceis. Para um trabalhador executar estas ações, precisa ter disponibilidade, vontade e conhecimento. Muitas vezes, são as ações mais difíceis, pois exigem atenção constante, focada e uma transformação no modo de ser e trabalhar.

A equipe possibilitou espaço para reconstruções de subjetividades, são trabalhadores implicados com o cuidado. Após 3 anos de trabalho com Alcione, percebi que a equipe respeita-a, acolhe-a e dá limites. As trabalhadoras conseguiram olhar para Alcione como um ser único, singular e em todo instante, inclusive em nossos encontros, estão abertas a aprenderem ainda mais sobre e com Alcione. Experiências são realizadas, umas têm resultado positivo e outras nem tanto, mas todas são boas quando pensamos que servem para o aprendizado. Uma equipe que aprende com seus próprios “erros”, é

uma equipe disposta a estar sempre trabalhando para o melhor. E o que é melhor? Vai depender da pessoa e do contexto.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade no campo da saúde mental vai sendo construída, conforme a potência que cada trabalhador percebe e coloca-a na prática. Usuários dos serviços de saúde e trabalhadores são pessoas vivendo nesse mundo pós-moderno, voltado à teatralidade das condutas e com a alteridade tendendo ao desaparecimento. Percebemos que um afeta o outro de várias maneiras, gerando emoções, estas, por sua vez, geram ações e reações.

Como somos seres humanos trabalhando com seres humanos, não existe nada absoluto em nossas condutas. Percebemos que a equipe deste CAPS trabalhava com os conceitos teóricos adotados na atualidade: reabilitação psicossocial, clínica ampliada, acolhimento, projeto terapêutico singularizado. Entretanto, em alguns dias, em algumas atitudes, algumas trabalhadoras sofriam capturas. Caso tivesse feito apenas uma visita à instituição e presenciasse este dia de ruptura na equipe o resultado da pesquisa teria sido um; caso tivesse ido em um dia em que as condutas fossem exemplares, o resultado teria sido outro.

O objetivo deste estudo foi descrever e analisar o cotidiano de cuidados à pessoa com depressão. Descrever as minúcias, os pequenos atos, repetitivos, aparentemente banais como diz Maffesoli²⁴, porém ricos de imprevistos, aberto a múltiplas potencialidades e que acompanhado do imaginário que lhes corresponde, permite encontrar elementos importantes para a compreensão da trama social e sua complexidade. Assim como diz Merhy et al.²⁵, é no cotidiano institucional que são produzidos os estranhamentos, os ruídos, as quebras, as linhas de fuga, o mundo dos sentidos e sem sentidos.

Muitas vezes pode acontecer que a pessoa com depressão não saiba ou não consiga verbalizar suas necessidades e é o trabalhador quem vai procurar, remexer e tentar encontrar com esta pessoa seu projeto de vida. Foi assim com Alcione, ela verbalizou algumas necessidades e as trabalhadoras perceberam que havia ambigüidade, dúvida, talvez uma necessidade produzida pela mídia ou por sua família, mas não era uma necessidade dela. Precisaram usar todas as técnicas que dispunham, assim como a intuição para conseguir um gancho para que o vínculo se estabelecesse e conhecerem quem era Alcione, quais seus costumes familiares, seus hábitos, seus desejos, suas desilusões e as maneiras que se protegia delas.

A cartografia permitiu caminhar com a equipe e conhecê-la, observar como trabalha no cotidiano de cuidados de um CAPS. Notei que cada trabalhadora, com sua personalidade, seu estilo de vida e de trabalho, passava para os usuários o que

tenham a oferecer. Como diferentes, cada uma tinha o seu lugar na equipe, quando estava ausente, fazia falta.

Importante estarmos atentos a esta questão da diferença porque cada trabalhador tem a oferecer algo que é próprio dele, o qual pode ser trabalhado, mas quando é colocado preso a papéis, rótulos e às questões instituídas, o trabalho se transforma em algo rígido, engessado, centrado na instituição. Este trabalho, provavelmente, não será útil para os usuários, já que são diferentes entre si.

O cotidiano de cuidados prestados pela equipe de saúde mental deste CAPS a Alcione estava direcionado às suas necessidades e singularidades. O projeto terapêutico singularizado foi sendo construído aos poucos, adequando-se a história de vida da usuária, seu contexto familiar, seus pontos fortes, suas dificuldades e limitações. Não ficou totalmente capturado por questões instituídas.

Um aspecto fundamental da clínica ampliada, além da busca de autonomia para os usuários, é a capacidade de equilibrar o combate à doença com a produção de vida. A equipe apostou em Alcione, e ela está construindo um projeto de vida. As trabalhadoras não ficaram aprisionadas na ideia de doença, com foco na depressão mas sim em Alcione como sujeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs: Vol. 1. Rio de Janeiro, RJ: Ed. 34 Letras;1995.
2. Rolnik S. Cartografia Sentimental, transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Sulina; 2007.
3. Saraceno B. Conferência "A Rede de Saúde Mental no Território", no Encontro Estadual de Saúde Mental, em São Paulo, 26 de junho de 2009.
4. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE e Onocko R, organizadores. Agir em Saúde. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 74-111.
5. Baremlitt GF. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1992.
6. Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001.
7. Vieira-Gonçalves CA, Machado AL. Depressão: o mal do século. De que século? Rev Enferm UERJ. 2007; 15(2):298-304.
8. Kaplan HI. Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
9. Organização Mundial de Saúde. CID – 10 Classificação internacional das doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP; 1997.
10. DSM – IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
12. Gomes PK, Elisa GA e cols. Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: Fonseca, Tânia Mara & Kirst, Patrícia Gomes. Cartografias e devires: a construção do presente. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.
13. Deleuze G. Conversações. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992.
14. Franco TB, Merhy EE. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. 2007. Acesso em: <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica>. Acesso em: 13 jan. 2009.
15. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing Health Quality – the Case for Tracers. N Engl J Med 1973.p. 288(4): 189-194.
16. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas; 1987.
17. Stefanelli MC. Comunicação com paciente: teoria e ensino. 2ª ed. São Paulo: Robe; 1993.
18. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
19. Saraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Belo Horizonte: Instituto Franco Basaglia/TeCorá; 2001.
20. Baremlitt GF. Introdução à esquizoanálise. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari; 1998.
21. Merhy EE. Prefácio: O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MAA, Foschiera MMP, Panizzi M, organizadores. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 21-45.
22. Franco, TB. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em Redes: práticas de valiação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-BRASCO;2006. p. 459-74.
23. Silva ALA, Fonseca RMGS. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados. Rev. Latino-am Enfermagem 2003;11(6):800-6
24. Maffesoli M. A Conquista do presente. Natal: Argos; 2001.
25. Merhy EE, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE e Onocko R, organizadores. Agir em Saúde. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 113-150.