



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

LUCIANA CUNHA PAIXÃO

**EXPERIMENTAÇÃO CARTOGRÁFICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA
NOS CAMINHOS DA VISITA DOMICILIAR EM SAÚDE MENTAL.**

Salvador
2016

LUCIANA CUNHA PAIXÃO

**EXPERIMENTAÇÃO CARTOGRÁFICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA
NOS CAMINHOS DA VISITA DOMICILIAR EM SAÚDE MENTAL.**

**CARTOGRAPHIC EXPERIMENTATION: AN EXPERIENCE REPORT ON THE
PATHS OF HOME VISIT.**

Artigo apresentado ao Programa de Pós-graduação Lato Sensu em Saúde Mental e Atenção Básica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Profª Mª Lidianie de Fátima Barbosa Guedes.

**Salvador
2016**

RESUMO

Este texto se constitui em um relato de experiência cujo objetivo é apresentar a cartografia de uma experiência de Visita Domiciliar em Saúde Mental vivenciada por uma enfermeira à época de sua formação acadêmica no curso de Enfermagem em uma Universidade. O método cartográfico, inspirado na filosofia da Diferença de Gilles Deleuze e Félix Guattari se configura na aposta metodológica adotada, no intuito de acompanhar a processualidade da experiência vivenciada e a produção de subjetividades. Ao longo da construção do relato alguns conceitos como transversalidade, atenção, territorialização e rizoma, amplamente discutidos sob a ótica da cartografia, se apresentaram como caminhos na própria construção do método e modo de relatar a experiência, como sugere a proposta cartográfica. O mergulho da aprendiz de cartógrafa na experiência de cartografar lhe confere algumas surpresas como encontros, bem como obstáculos, rupturas, produção de conhecimentos e reconhecimentos, próprios de uma caminhada.

Palavras-chave: Visita Domiciliar. Saúde mental. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This text is about an experience report whose objective is to present the cartography of an experience of home visit in mental health experienced by a nurse at the time of her undergraduation as a Nursing major in the University. The cartography method inspired in the Difference Philosophy by Gilles Deleuze and Félix Guattari was the methodologic strategy chosen, in order to follow the processuality of the experience and the production of subjectivities. Along the construction report some concepts such as transversality, attention, territorialization and rhizome, largely discussed by the cartography perspective, appeared like ways on the method construction itself and mode to report the experience, as suggested by the cartography method. The submersion of a cartographer undergoing formation offers her some surprises as meetings, obstacles, breakthroughs, production of knowledge and recognitions, typical of a pathway.

Key words: Home visit. Mental health. Unified Health System.

1 ENTRANDO NA CARTOGRAFIA

Repensar a prática profissional/de formação é mais que buscar a lembrança de algo que fizemos, é ou deveria ser, sobretudo, repensar a nós mesmos, e isso sem dúvida não é tarefa fácil, expõe nossas inseguranças, concepções, limites, frustrações, enfim, toda ordem de sentimentos que nos atravessam e nos constituem enquanto seres humanos.

A palavra repensar significando pensar de novo (1), logo produzir novo pensamento se aproxima da cartografia de Deleuze e Guattari, não pela representação do pensamento, mas ao sugerir um modo de acompanhar o engendramento desse pensamento, e, portanto acompanhar um processo (2).

Compondo o bojo da produção do pensamento e ratificando a lógica cartográfica, aparecem os conceitos de cognição e autopoiese, através dos quais considera-se que a prática da atividade cognitiva gera subjetividades, contudo, não se separa da estrutura cognitiva prévia (sujeito), assim a experiência cognitiva é criadora dela mesma, autopoética (3).

Foi no levantamento da temática a ser trabalhada como proposta de Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização, a partir de um convite para repensar a prática em Visita Domiciliar (VD) na minha trajetória enquanto graduanda de enfermagem que fui apresentada a cartografia como método de pesquisa.

A prática que inspirou esse relato se deu como atividade de um projeto que tinha como um dos objetivos a reorientação da formação profissional através da experiência em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). A área estratégica que compôs o meu território de prática foi o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) do município de Santo Antonio de Jesus, BA e a VD vinculada a esse serviço foi o recorte temático com o qual trabalhei e cujas experiências trago nesse relato.

Rememorar essa experiência através da cartografia me permite senti-la novamente, dando atenção a outros aspectos da vivência, posso ainda ressignificá-la, pois retomá-la a partir do que sou hoje é novo e único.

Por outro lado, a escrita cartográfica me é difícil, dado que propõe desconstruir o modo de relatar, eu devo me colocar no texto. Academicamente aprendemos a nos posicionar impessoalmente na escrita científica. Não importa aí o que se passa ao pesquisador, muito pelo contrário isso comprometeria a qualidade do trabalho (2).

Outra característica que demarca a contraposição da cartografia em relação ao sentido tradicional de método é a reversão do método de pesquisar “não mais um caminhar para alcançar metas pré-fixadas (*metá-hódos*)” (4), mas traçar no percurso, suas metas (*hódos-metá*), considerando os efeitos do pesquisar, o pesquisador e os resultados (4).

É inegável a importância do método científico tradicional e suas contribuições para a vida do homem. No entanto há de se considerar a subjetividade, inclusa como participante eliciador de conhecimentos nesse processo.

Assim, ao revisitar meus diários de campo sobre a prática que inspirou essa escrita, me perguntei: como transferir minha subjetividade ao relato frio?

As desconstruções propostas pela cartografia apresentadas até aqui não significam de modo algum que a cartografia não tem seu rigor metodológico. A construção do método cartográfico “não impede que se procurem estabelecer algumas **pistas** que têm em vista descrever, discutir e, sobretudo, coletivizar a experiência do cartógrafo” (5).

Para tal construção utilizarei como pistas o que chamarei a partir de agora de caminhos para relatar minha experiência no território das VD.

2 CONSTRUINDO MEU *HÓDOS-METÁ*

2.1 PELO CAMINHO DA TRANSVERSALIDADE

Considerando que para a aplicação do método da cartografia é necessária a dissolução do ponto de vista do observador (3) há de se pensar então de que forma aquele que se propõe a cartografar se comportará diante de uma experiência, ainda que siga pistas/caminhos, ele não deverá se prender a um roteiro pré-estabelecido.

Assim, o conceito da transversalidade aparece como uma resposta a essas perguntas, se apresentando como “abertura do coeficiente comunicacional dos sujeitos e dos grupos” (3). Não se trata de sobrepor a primeira pessoa a terceira pessoa, mas considerar uma nova pessoa que emerge do encontro delas.

O próprio conceito de transversalidade que permeia o leito da clínica ampliada na saúde, como uma abertura para possibilidades (diversas, multifacetadas, diferentes) nas práticas de saúde, parte de um novo lugar no qual todos os atores são também sujeitos implicados na construção de uma realidade.

Atento agora que naquele momento eu não escutei, não acolhi, na tentativa de dar uma resposta encaminhei a demanda para outro profissional.

Essas falas/faltas destacadas acima, que julguei nas condutas de outros profissionais, o que também faço agora comigo mesma, julgando as falas como faltas, me mostra o quão presa estou a conceitos do que é certo e errado. Podemos assim visitar o conceito de implicação.

A implicação entendida aqui fala menos à vontade e intenção (conscientes) dos sujeitos do que às forças (inconscientes) que se cruzam compondo valores, interesses, expectativas, ou seja, formas que se instituem como uma realidade. Na análise de implicação o que se faz é a quebra dessas formas instituídas visando à expressão do processo de institucionalização e permitindo a intervenção (4).

Logo esse encontro inesperado com as falas caracteriza uma intervenção produtora do conhecimento (ou reconhecimento) de formas instituídas em mim que se refletiram em minha prática na VD.

A atenção ganha assim nova função, a de produzir algo novo e/ou perceber algo que ali já estava, uma potencialidade, uma virtualidade (5).

Esse observador, cujo olhar está se dissolvendo e cuja atenção está se abrindo e sensibilizando para receptividade se lança numa experiência, que é um lugar ocupado, um território a ser explorado, que por sua vez, já é habitado e continuamente se transforma independente do observador, sendo que na presença dele também será afetado num processo que não culminará com a passagem desse observador, trata-se, pois de um território vivo, em constante transformação.

2.3 PELO CAMINHO DA TERRITORIALIZAÇÃO: APROPRIANDO-ME DO TERRITÓRIO

Ao deixar-se atravessar pelos acontecimentos do território, acompanhando sua dinâmica, interagindo com esse território e com o que dele emerge, compõem-se territórios existenciais (9).

Foi necessário me apropriar de certa forma do território que ingressaria, tal demanda suscitava um processo, que fora construído em grupo (estudantes de enfermagem, funcionária do serviço e professores):

1. Levantamento de prontuários para elencar os usuários a serem visitados a priori, estabelecendo como critério de inclusão aqueles que há alguns meses não compareciam ao serviço;
2. A necessidade de um ponto de partida: num território tão vasto, com tantos usuários que atendiam ao critério de inclusão, por onde começaríamos? A resposta apareceu na forma de um obstáculo. Não dispúnhamos de carro para fazer as visitas, pois o carro que atendia às demandas do CAPS-AD, atendia também a outras demandas do município. Precisávamos então elencar as visitas que podíamos fazer a pé. Assim permanecemos nos arredores do CAPS-AD;
3. Construção de roteiro de visita domiciliar com fundamentação nos estudos teóricos realizados;
4. Contactação dos usuários para marcação das visitas.

Esse território das visitas pertence a Santo Antonio de Jesus, município do recôncavo baiano de clima salubre e chuvoso, famoso por suas tradições religiosas e força econômica no comércio local (sobretudo a feira livre) (10).

Entendendo que essas características territoriais que conferem identidade ao município constituem linhas que dão formas a ele, elas são notadas na circulação pelo território, são arranjos nas vidas das pessoas que nele existem, mas essas linhas não traduzem o todo do território, elas são tensionadas pelas forças que dele efluem, nele afluem e assim confluem.

A cartografia é o acompanhamento do traçado das linhas que compõem o plano em que a realidade toda se comunica “o que interessa é o que se passa entre os grupos, nos grupos, no que está para além e aquém da forma dos grupos, entre as formas ou no atravessamento delas” (4).

No plano dessas forças chamam atenção certas lembranças, como o orgulho de um dos usuários do CAPS-AD que visitamos, ao mostrar seu trabalho com artesanato: a escolha dos materiais, a confecção, a venda do produto final... O mesmo que havia sido caracterizado pelos familiares, que por sua vez, presos à linhas molares se limitaram a contorná-lo como problemático. Problemático pelo uso de substâncias; problemático por ter envolvido familiares nas dívidas com traficantes; problemático por não se dar bem com a mãe dos filhos; problemático por já ter tido problemas com os vizinhos e a Justiça, problemático...

Lembro-me também de outro usuário que encontrei nos arredores da feira livre da cidade. Chovia quando busquei abrigo num estabelecimento, onde o vi. O cumprimentei, ele olhou em volta, baixou as vistas e saiu na chuva, não respondeu. Em alguns dias o visitei novamente em casa e ele parecia envergonhado. Seria por não ter falado comigo num contexto outro que não da VD, que por sua vez remetia (e assim também eu a representava) a uma situação de saúde usualmente estigmatizada, como o é a relação com substâncias psicoativas (SPA)? O fato é que nesse dia não conversou como das outras vezes, seus pais deram o curso da conversa, ele mesmo não me olhou nos olhos. Passamos a visita assim: eu buscando seu olhar quando ele falava, e ele se desviando das minhas investidas.

Recordo-me ainda de um terceiro usuário. Seu nome era Onofre (nome fictício) o qual contactamos através do seu irmão. Na primeira visita seu irmão nos recebeu despejando em nós, assim que entramos, a dependência de álcool de Onofre e como a relação deste com a substância tinha interferido na sua saúde e auto-cuidado, na sua relação com membros da família “a gente tenta ajudar e ele não aproveita”, queixava-se o irmão. Onofre já não mais trabalhava, não comia, “a comida fica aí, de dar bicho” (apontava o irmão), ele só bebia...

Fomos levadas ao encontro de Onofre que deitado, levantou receoso “eu tava esperando vocês”, disse. Senti o cheiro do álcool. Nos apresentamos, conversamos um pouco “como o senhor tem passado seu Onofre?”. Ele falou sobre ser diabético, mostrou suas medicações (estragadas, embalagens violadas). Enquanto conversávamos sobre o que Onofre trazia como assunto, o conflito com seu irmão reverberava no quarto. Ele era desmentido pelo irmão na tentativa de mostrar que se cuidava de algum modo, mostrando as requisições de exames que estava pra fazer.

Seu irmão – impaciente - o interrompeu mencionando que a casa não estava “arrumada” daquele jeito, sempre tinha restos de comida em decomposição pelo chão, os vômitos se acumulavam. A casa só estava limpa porquê faríamos a visita. Onofre falou que “sentia vergonha da casa daquele jeito”, tinha limpado a casa para nos receber. Lembro-me de ter ficado constrangida no momento, me dando conta de estar presenciando e agora vejo que estava também participando da intimidade de alguém.

Ao final daquela visita Onofre concordou que marcássemos – já que ele alegava nunca conseguir - uma consulta na Unidade de Saúde da Família (USF), pelo diabetes, medicações, requisições de exames vencidas. Sobre o diabetes ele queria conversar, fez perguntas, pediu orientações.

Na despedida Onofre perguntou quando voltaríamos, queria contar sobre a consulta, contar que estaria melhor.

Seguimos direto à USF, conversamos com a enfermeira - já ciente de nossas atividades – que outrora disponibilizou-se a encaixar os usuários do CAPS-AD no atendimento conforme a disponibilidade deles, a despeito da agenda da unidade, dentro do possível. Precisávamos dessa flexibilidade, era uma forma de manter a porta do serviço aberta para os usuários que não costumavam buscar aquele atendimento.

Alguma coisa acontecera no quarto de Onofre. Eu senti. Onofre aceitou nos receber, limpou a casa por isso, conversou conosco, pediu que voltássemos. Uma porta se abria. Passando por ela, quem sabe um dia, Onofre quisesse conversar sobre outros aspectos de sua vida? Mas essa era uma projeção minha: “talvez ele volte ao CAPS”. Onofre morreu antes de fazermos a segunda visita.

Ficamos muito tristes - minha colega e eu - quando recebemos a notícia chegando ao CAPS-AD antes de mais uma tarde de visita. Conversamos com a funcionária que prestou socorro a Onofre. Entristecida, comentou sentir impotência e frustração sobre o trabalho desenvolvido no CAPS-AD nesses momentos. Mencionou lembrar-se de apenas um caso que considerava êxito no processo terapêutico – um senhor que permanecia em abstinência há alguns anos. Tendo aquilo me chamado atenção na época, registrei no meu diário de campo.

O êxito atribuído à abstinência, uma das características do modelo proibicionista focado na propriedade farmacológica das drogas, na ilegalidade das mesmas, bem como na repressão ao uso e ao usuário (11), evidencia a supremacia desta ideia como única alternativa possível na relação com SPA, ao ainda apresentar-se na fala de trabalhadores de um serviço suposto a reorientar a assistência.

Tal lacuna entre política e prática também encontra lugar na cartografia, podendo “ser entendida como um método segundo o qual toda pesquisa tem uma direção clínico-política e toda a prática clínica é, por sua vez, intervenção geradora de conhecimento” (4).

Portanto a transformação daquele que vivencia algo é a energia propulsora à transformação de sua prática, alinhando-se aí a uma política.

2.4 PELO CAMINHO DAS ARTICULAÇÕES DA REDE RIZOMÁTICA

Fruto das reflexões de Deleuze e Guattari, rizoma pode ser entendido como uma formação sem entradas nem saídas, que engloba em seus princípios a conexão e a heterogeneidade, pelas quais um ponto pode ser conectado a qualquer outro. Inclui ainda a multiplicidade, contando com mudança de natureza à medida que se aumentam as conexões, e articulando-se à noção de ruptura, a partir da qual um rizoma pode ser rompido ou retomado em qualquer lugar (12) (13).

Comparando rizomas e redes de atenção à saúde, como conjunto de ações e serviços articulados para garantir a integralidade da assistência (14), são essas articulações, as conexões necessárias a tecitura e entrelaçamento da rede, figurada nos dispositivos de saúde, contudo, movimentada pelas pessoas que nesses dispositivos operam, expandindo a rede, produzindo conflitos, linhas de fuga (pontas do processo em curso, linhas criadoras) (5) (4), subjetividades (12).

Um desdobramento das VD foi a necessidade de articulação entre CAPS-AD e USF do território. Essa articulação é conceituada politicamente como matriciamento, modo compartilhado de produzir saúde, em que equipes de saúde “criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (7).

Assim a importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas VD aos usuários do CAPS-AD começou a ser trabalhada numa sequência de reuniões.

As dificuldades enumeradas para a realização das visitas eram muitas, mas sobressaltavam-se a falta de capacitação relativa às SPA e a periculosidade relacionada às situações de tráfico.

Diante disso, os debates giraram em torno da sensibilização sobre o vínculo do usuário com a USF, acesso à saúde como direito, além do fortalecimento da imagem do ACS como membro da equipe de saúde.

A proposta de mudança de abordagem aos usuários, às demandas outras de saúde, não pertinentes às SPA, surgiu como estratégia inicial para transformação das VD.

Ciente de que não esvaziamos a discussão nem radicalizamos a prática das VD naquele serviço, ao levantarmos possibilidades não estaríamos também contribuindo com a produção de novos fazeres?

3 UMA RUPTURA NO CAMINHO

Fazendo uma retrospectiva do relato até esse ponto, sinto que a própria escrita me transformou, deparei-me com virtualidades, sensações já conhecidas, sensações novas, testemunhei a produção de subjetividades, em certa medida me constituí nesse caminho.

Indubitavelmente na tentativa de cartografar, acabei não cartografando em várias linhas desse relato, como também não tenho dúvidas de que fui tocada pela energia que vibra na cartografia em outras linhas.

Quanto às rupturas e obstáculos do caminho, esses constituem também potencialidades, “abertura de linhas de fuga para outros sentidos, não previstos anteriormente, o que tem como significado uma alta capacidade de produzir-se a si mesmo, algo próprio das redes rizomáticas” (13).

Atentando para nova ruptura que se faz agora (a pausa nessa escrita), peço uma última licença para desconstruir uma expectativa que criei no início desse mergulho: atribuí à cartografia a possibilidade de repensar minha prática, essa moralidade que a conferi como solução para inquietações prévias, não comunica com a essência do acompanhamento de processualidades. Me permito contudo alimentar a necessidade de afinar minha atenção para os devires de acompanhamentos, cartografias futuras.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 5ª ed. Rio de Janeiro: Positivo; 2010. Repensar; p.
2. Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009. 207 p.
3. Passos E, Eirado A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 109-29.

4. Passos E, Barros RB. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 17-31.
5. Kastrup V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 32-51.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 64 p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Chiaverini DH, organizadora et al. Centro de estudo e pesquisa em saúde coletiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236 p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília; Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 20 p.
9. Alvarez J, Passos E. Cartografar é habitar um território existencial. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 131-49.

10. Projeto Vertentes do Português Popular do Estado da Bahia [Internet]. Bahia: 2002-2016. [Atualizado 2016; citado 2016 jul. 1]. O município de Santo Antonio de Jesus no Recôncavo Baiano. Disponível em:
<http://www.vertentes.ufba.br/o-municipio-de-santo-antonio-de-jesus-no-reconcavo-baiano>
11. Martins J, MacRae E. Por um olhar sociocultural sobre a questão das drogas. In: Nery Filho A, Valério ALR, organizadores et al. Brasília: SENAD. Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua. Salvador: CETAD, 2010. 89 p.
12. Dal Molin F. Rizomas e fluxos molares e moleculares da máquina-escola: confissões de um cartógrafo. *Psicol. Soc.* [Internet]. 2011 [citado 2016 Jul 6]; 23 (2): 303-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n2/a11v23n2.pdf>
13. Carvalho MN, Franco TB. Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar. *Physis* [Internet]. 2015 [citado 2016 Jul 6]; 25 (3): 863-84. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n2/a11v23n2.pdf> DOI:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300010>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2011.