

Intervenções em rede: a prática de apoio matricial entre saúde mental e atenção básica- Estratégia Saúde da Família

Nilson Gomes Vieira Filho, Prof. Dr., Departamento de Psicologia, UFAM
Miriam Debieux Rosa, Profa Dra., Departamento de Psicologia Clínica, USP
Tereza Cristina Macedo Vidal, Terapeuta Ocupacional, Prefeitura de São Paulo

Na reforma psiquiátrica brasileira o atendimento em rede nos serviços territoriais é um marco de referência na reversão da lógica manicomial hospitalocêntrica. Esse trabalho terapêutico se caracteriza essencialmente pela possibilidade concreta de conexões interativas entre os profissionais na mesma organização e entre as organizações que compõem o sistema de saúde / saúde mental (Vieira Filho, Nobrega, 2004). As noções de referência e contra-referência utilizadas nos encaminhamentos dos pacientes mostram-se impróprias em relação à rede, pois apenas indicam uma prática de deslocamento do atendimento para outra organização sem interconexão efetiva com a que encaminha, funcionando como se não houvesse sistema, isto é: “conjunto de partes coordenadas entre si” (Aurélio,1979). O encaminhamento qualificado exige, ao menos, um mínimo de interação entre as organizações para que se possa, de fato, encaminhar o paciente de uma referência à outra referência que o trate com dignidade de cidadão de direitos.

A prática da intersetorialidade, tanto falada no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda está em construção em algumas localidades e em, outras, ainda bloqueada pela falta de interações e de condições concretas de realização que demanda, na maioria dos casos, apoio político local. Nas instituições em que realizamos nossa pesquisa na cidade de São Paulo a situação estava mais para construção do que para bloqueio. No Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em saúde mental já havia um trabalho de rede, internamente, entre as atividades dos diferentes profissionais da equipe terapêutica possibilitando uma coordenação articulada e programada cotidianamente nas reuniões diárias do grupo, e com encaminhamentos geralmente qualificados para outras organizações, quando havia necessidade e era possível dentro do sistema de saúde pública.

Entretanto, com a atenção básica – estratégia saúde da família (Coata, Carbone, 2004) não havia ainda, no início de nossa pesquisa, um trabalho efetivo de apoio matricial, como recomendado pelo Ministério da Saúde. É esse período de implantação que vamos discorrer aqui.

Início de um trabalho entre o CAPS e a atenção básica – saúde da família

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em saúde mental, é um destes espaços estratégicos da reforma e a rede básica de saúde, principalmente a saúde da família, é vista como “o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais” (MS, 2004, p.25). Recomenda-se a equipe interdisciplinar do CAPS realizar “apoio matricial às equipes da atenção básica, isto é, fornece-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica” (ibid, p.25). Destaca-se que este apoio matricial “é completamente diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e contra-referência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos” (ibid, p.25).

A pesquisa participante, realizada pelo primeiro autor, durou seis meses (Vieira Filho, 2006). O primeiro momento da observação participante consistiu em colaborar com as respectivas equipes do CAPS e da ESF nas trocas de informações e nas intervenções intersetoriais. O segundo momento se caracterizou por um trabalho mais sistemático entre as respectivas equipes e uma maior dedicação do pesquisador a pacientes tratados por essas duas equipes simultaneamente.

Notamos desde o início que a equipe saúde da família apresentava dificuldades maiores em manejar aspectos psicológicos-relacionais nas dinâmicas interventivas e a equipe do CAPS em se deslocar para uma favela onde havia receio sobre a receptividade deste trabalho e ainda não conhecia como era, de fato, o trabalho da saúde da família e dos agentes comunitários. O pesquisador estava numa posição de mediação entre as duas instituições tentando sensibilizar e colaborar com as equipes mostrando, na prática, como esse trabalho era possível. Ele já tinha três anos de experiência no Programa Saúde da Família em Recife (Vieira Filho, Rocha, França, 2006), contrastando com seus colegas paulistas que não tinham essa vivência. No decorrer

desta pesquisa dois profissionais do CAPS, um psiquiatra e uma terapêutica ocupacional, cada 15 (quinze) dias, se reuniam com a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) para orientação e supervisão em saúde mental, possibilitando assim a continuidade de nosso trabalho, que atualmente abrange (7) sete equipes de saúde da família no território ampliado do referido CAPS.

As principais fases da experiência de implantação

Os primeiros contatos consistiram em compreender as demandas relacionadas à saúde mental através de encontros com os respectivos coordenadores dos serviços e reuniões com a equipe saúde da família. Ficamos surpresos com muitas solicitações de discussões de casos e de acompanhamentos em visitas domiciliares e ainda da visão sobre a loucura/ doença mental, seja mais voltada ao CID (transtornos mentais), seja mais ligada ao senso comum, muito frequente entre as agentes comunitárias de saúde. De fato, não havia profissional especializado em saúde mental na UBS-ESF. Os médicos tinham uma formação não específica em psiquiatria, como também as enfermeiras. E o restante da equipe tinha informações gerais em saúde mental. Foi mais com o pessoal auxiliar, sobretudo as agentes de saúde – ACS, que o pesquisador atuou sendo esta uma escolha das equipes. Desta forma, podíamos contribuir para a formação prática, sobretudo, desses últimos profissionais que tinham pouco conhecimento técnico em saúde mental e precisavam deste saber, particularmente nas visitas domiciliares e para detecção de situações de risco. Os contatos com os médicos e enfermeiros tinham uma menor carga horária, mas eram frequentes. Quanto aos dentistas (2), os contatos eram eventuais.

Em consequência, foi decidido que o pesquisador compareceria uma vez por semana na unidade básica de saúde/ saúde da família, durante todo expediente, e informaria na reunião do CAPS, no dia seguinte, sobre a prática do dia anterior. Semanalmente, o pesquisador foi solicitado para: (1) contribuir nas discussões de casos em saúde mental com as equipes do PSF e dar sugestão de encaminhamento à rede regional de saúde mental; (2) estar presente em algumas consultas do médico de família no sentido de refletir sobre casos relacionados à saúde mental; (3) participar de visitas domiciliares com agentes de saúde e/ou técnicos no sentido de contribuir para

compreensão destes casos *in loco* e ajudar nas decisões interventivas e de acompanhamentos dos mesmos.

A implicação sócio-afetiva do pesquisador no território

Devido à proximidade de relacionamento com as pessoas, nas suas residências, na comunidade e locais diversos, a vivência no território na ESF é bem diferente do CAPS. A visão do território no CAPS parece mui genérica e confundida com Região de Saúde, enquanto que na ESF não somente indica uma geografia de percursos possíveis referentes aos atendimentos às pessoas incluídas nos núcleos familiares, mas também a vivência contínua com a cultura local que dão lugar ao sentimento de pertencimento do profissional a esta micro-comunidade.

Uma ACS explicitou que o pesquisador concluía sua pesquisa de campo justo quando a população já estava habituada com ele, situação que lhe causou sofrimento e saudades posteriormente. Existe um clima contagiante de cordialidade e de solidariedade entre a pessoa que trabalha e a população, que é um estímulo ao compromisso social do profissional. Um tipo de implicação do pesquisador diferente do CAPS, onde a dedicação é mais com a “população” de usuários e familiares que vão ao serviço. Disse um médico que atuar na ESF era muito gratificante. Quando ele saía nas ruas as pessoas o cumprimentavam, conversavam, e mostravam um bom reconhecimento de seu trabalho.

A população territorial mostrava uma boa aceitação em relação à ESF. Nós, profissionais, éramos bem recebidos durante as visitas domiciliares e quando necessitávamos de contatos com os moradores do bairro. Tínhamos um sentimento de proteção da parte destes moradores, de bairro de periferia, quanto ao clima de violência ainda existente (os homicídios e o tráfico de drogas não estão fora da rotina). Relatava-se que há dois ou três anos atrás a situação de violência era difícil, havia tiroteios entre grupos rivais, balas perdidas, cadáveres apareciam nas ruas no dia seguinte etc. Entretanto, a situação parece que tinha sido “normalizada”, pois quase não se escutava queixas relacionadas a tiroteios ou coisa do gênero.

A prática de atendimentos em saúde /saúde mental na unidade básica – ESF

De nosso conhecimento, eram 8 (oito) os usuários do CAPS que simultaneamente se tratavam nesta UBS. Todavia, a demanda de saúde mental deste último serviço era bem ampla, pois detectamos pacientes de outros CAPS, outras UBS, ambulatórios especializados, hospitais psiquiátricos, hospital geral, hospitais universitários etc. Os casos mais frequentes em saúde mental eram referentes ao alcoolismo. Durante o período investigativo o pesquisador pode visitar e discutir casos referentes à praticamente todas essas instituições, dando prioridade aos pacientes do CAPS, e orientando a equipe no sentido de tentar criar uma rede com esses diversos serviços que, na maioria dos casos, é mais de característica reparatória e medicamentosa dificultando bastante as conexões necessárias à “porta de entrada” nesta ESF.

Os atendimentos na UBS começavam geralmente no “acolhimento” ou através das visitas domiciliares dos agentes de saúde. Quando esse serviço foi inaugurado os médicos ficavam também no acolhimento, mas, segundo fomos informados, o tipo de atenção parecia semelhante ao pronto-socorro. Situação compreensível, pois a cultura interiorizada por essa população era a de atendimento curativo-emergencial. Atualmente, auxiliares ou técnicos de enfermagem ficam no acolhimento, uma enfermeira e um médico ficam na retaguarda para atendimentos quando necessário. Encaminhamentos são feitos para outros serviços, inclusive ao pronto-socorro. Há também atividades educativas de prevenção (p.ex. caminhada, puericultura, artesanato) e informativas (p.ex. cuidados com os recém nascidos, com os dentes, com doenças sexualmente transmissíveis).

Após o acolhimento dos pacientes agendamentos podem ser feitos, diretamente na UBS ou com os agentes de saúde nas visitas domiciliares, para consulta com médico (a), enfermeiro (a) e/ou dentista, seguindo algumas prioridades nos atendimentos, por exemplo: idoso, gestante, recém-nascido e criança. Enfermidades mais frequentes: diabete, hipertensão arterial, verminoses, déficit nutricional, alcoolismo (em saúde mental) etc. Havendo geralmente saneamento básico, luz elétrica e uma coleta de lixo relativamente razoável é possível algum controle de epidemias, apesar da existência de

esgotos a céu aberto. A maioria da população morava em casa de alvenaria que é comum a falta de reboco.

Esta UBS, de implantação recente, interage com uma população territorial que está sendo pouco a pouco informada sobre essa nova forma de trabalhar em saúde / saúde mental, mas ainda está marcada pelas concepções manicomiais e de tratamento que tendem associar loucura/doença mental/ desvio social. Parece um processo lento o entendimento gradual do que seja o modo do CAPS trabalhar, assim como a interiorização de noções como promoção e prevenção na saúde da família.

Nesse universo, os percursos terapêuticos dos usuários tendem a se modificar lentamente e, às vezes, de forma contraditória. Em saúde mental, o CAPS não parece uma instituição bem conhecida desta população, como também para a maioria dos profissionais desta UBS. Houve uma repetitiva e contínua informação sobre o que era o CAPS, quando encaminhar os pacientes e os critérios dos encaminhamentos. Os serviços de saúde mental, mais conhecidos, são ainda os hospitais psiquiátricos e os atendimentos ambulatoriais psiquiátricos de característica organicista.

O núcleo familiar, redes sociais e visitas domiciliares

Diz-se, na prática, que se cadastra a família e que o atendimento é feito a cada pessoa desta residência. Achamos que a noção subjacente de “família”, enquanto sistema de parentesco nuclear e/ou extenso não se aplicava em alguns casos, então propomos a noção de núcleo residencial familiar. Essa noção operacional indica: (a) o núcleo residencial no qual o paciente se situa enquanto morador do território; (b) se ele tem laços de parentesco nesse território. Em caso negativo, tentar localizar onde se encontram os familiares; (c) se ele vive sozinho ou em coabitação com outra(s) pessoa(s) e que pessoas são essas; (d) se nesse núcleo familiar há um sistema de autoridade e como o mesmo funciona no caso dos atendimentos; (e) se este sistema de autoridade está ou não diretamente ligado à consangüinidade, a adoção ou por afinidade, assim por diante. Em todo caso, na prática, se busca geralmente atuar considerando este sistema de autoridade, explícito e/ou a explicitar, diversificado em cada núcleo.

Não é por acaso que se diz no posto que os agentes de saúde “precisam ter um olho clínico”. Se, de um lado, eles precisam detectar as enfermidades, as condições de salubridade, o potencial preventivo e curativo de cada núcleo familiar, eles tentam também perceber, intuitivamente, o sistema de autoridade e a rede social dedutível desse núcleo para saber como podem atuar nesse local. É assim que percebem com quem deve falar para tal assunto, com quem o medicamento pode ficar na casa do paciente, a quem pedir para que fale com fulano da residência tal, enfim toda essa rede social que supõe referências culturais e comunitárias no território. Interfere também com quem os ACS se relacionam melhor, ou não, nesse núcleo, na busca de mediações possíveis, se for o caso. O fato dos ACS morarem perto onde atuam supõe um nível de implicação afetivo e de envolvimento relacional importante que é geralmente trabalhado em termos de “ética profissional” pela equipe da ESF. Os outros profissionais, excluindo os ACS, moram geralmente mais distante do local de trabalho e parecem se sentirem menos “envolvidos” com essas redes de relações dos pacientes.

Poucos sabemos sobre esses núcleos familiares nesse território. Algumas informações indicam que há muitas famílias de origem migrante do interior do estado de São Paulo e de outros estados da federação, principalmente de Minas Gerais e do nordeste. Parece que a família nuclear tem em torno quatro filhos. Há núcleos familiares que chegam a ter 14 pessoas. Haveria mobilidade de pessoas dentro desses núcleos que nem sempre têm laços de parentesco com os demais.

Na pesquisa antropológica de Sarti (1996) numa das periferias de São Paulo foi colocado em evidência que a distribuição da autoridade na família fundamenta-se, sobretudo, nos papéis complementares e diferenciados da mulher e do homem. Assim, “em consonância com a precedência do homem sobre a mulher e da família sobre a casa, o homem é considerado o *chefe de família* e a mulher a *chefe da casa*. Esta divisão complementar permite, então, a realização das diferentes funções da autoridade na família” (ibid, p.43).

No referido território há também situações semelhantes aquelas relatadas por Sarti: “Quando não é possível ter uma casa, comprada, cedida ou alugada, formando um núcleo independente para a realização das diferentes atribuições do homem e da mulher, a rede familiar se mantém na casa cotidiana. O novo casal fica na casa dos pais de um

dos conjugues, criando uma situação sempre concebida como provisória” (p.44). Pode-se supor que esses valores familiares seriam ainda reforçados através das práticas religiosas da maioria da população, onde predomina o pentecostalismo (“os evangélicos”) e onde são menos numerosas as pessoas aderentes ao catolicismo, espiritismo kadercista e da “Mesa Branca”, umbanda, Candomblé etc.

Considerações finais

Esta análise da prática de apoio matricial entre a atenção psicossocial em saúde mental e estratégia saúde da família, de caráter mais descritivo, pode mostrar que tanto a equipe do CAPS quanto a da ESF trabalham numa perspectiva integrativa tentando articular nas intervenções em rede aspectos biológicos, psicológicos e sociais na compreensão da saúde / saúde mental do usuário. A experiência de apoio matricial possibilita reuniões e discussões de casos entre as equipes podendo assim construir gradativamente um saber mais articulado e mais adequado para atender a complexidade da demanda de quem sofre e procura ajuda nos dois serviços

Entretanto, notamos que na ESF havia dificuldades em manejar os aspectos psicológico-relacionais e, às vezes, em articulá-los com o social. No CAPS, com uma visão mais centrada em saúde mental, os profissionais parecem ter alguma dificuldade em trabalhar com novos aspectos introduzidos pela ESF, como é o caso da integração de informações da saúde da família, por exemplo: integrar a hipertensão e diabetes ao transtorno esquizofrênico e a problemática do sofrimento do paciente e ainda articular esses saberes com os cuidados de promoção à saúde da enfermagem. Por outro lado, dificuldades também da parte da ESF de incluir nesse repertório o transtorno mental e o sentido do sofrimento do usuário.

No CAPS o entendimento do território se confunde com região, dificultando assim o conhecimento da cultura local e das nuances das redes sociais comunitárias por conta da complicação da amplitude geográfica de abrangência de um serviço especializado. Na ESF o território tem seu efeito de concretude espaço-temporal delimitado pelo cadastramento e visitas domiciliares. Entende-se com maior clareza as simbólicas veiculadas pela cultura local, as redes comunitárias aparecem mais “palpáveis” e passíveis de compreensão, sobretudo, com a colaboração dos agentes de

saúde que moram perto e vivenciam o mesmo território dos usuários. Pode-se conhecer e usufruir de uma linguagem mais próxima da cultura vivenciada dos usuários, assimilando-a na comunicação dialógica durante as intervenções e possibilitando formas de aprendizagens que podem permitir introduzir novos hábitos de saúde, prevenção e qualidade de vida.

A qualificação da assistência incluindo também os agentes comunitários de saúde está sendo pouco a pouco assimilada pelo CAPS. Alguns profissionais ainda tinham dificuldades de entender sobre suas funções de cuidados, que extrapolam aquelas do funcionário técnico de especialidade, e também em compreender como eles manejavam a dinâmica das relações humanas nas visitas domiciliares com tanto envolvimento no território, pois residem perto dos pacientes. O trabalho de apoio matricial permitiu o relato de experiências concretas destas visitas domiciliares nas reuniões de equipe do CAPS possibilitando mostrar como eles atuam na prática, investem em laços de afeto mantendo uma relação profissional, incluindo a também a disponibilidade para com o usuário. Outros aspectos positivos: os pacientes conhecem geralmente seus agentes comunitários de referência e sabem seus nomes, como dizem com frequência aquele “que vai lá em casa”.

No CAPS ficou mais fácil registrar os nomes dos ACS de referência dos usuários em tratamento com as duas equipes. O ACS passa a ser assim um agente de mediação e de cuidados à saúde entre as instituições e os pacientes. O fluxo de comunicação inter institucional ficou mais claro, permitindo ao profissional do CAPS, em comunicação com a ESF, conseguir que suas informações chegassem mais rápido na residência do usuário. Trocar informações com profissionais que os conhecem em seu contexto de vida cultural local e que cuidam deles em saúde da família é facilitador para o trabalho em rede. O diálogo entre profissionais tende assim ser melhorado, bem como a eficácia comunicativa diante de uma rede que vai do CAPS até a residência do usuário e vice-versa.

Referências bibliográficas

Costa E.M.A., Carbone M.H. (2004) *Saúde da Família. Uma abordagem interdisciplinar*. RJ:Rubio.

Ministério da Saúde (2004) *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF.

Sarti C.A. (1996) *A família com espelho. Um estudo sobre a moral dos pobres*. Campinas: Autores Associados.

Vieira Filho N.G., Nóbrega S.M. da (2004) A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. In *Estudos de Psicologia(Natal)*, 9(2), 373-379.

Vieira Filho N.G., Rocha E.C., França E.M. (2006) Saúde mental na prática da atenção integral no Programa de Saúde da Família. In *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, vol. 2 (5).

Vieira Filho N.G. (2006) *Análise da prática terapêutica em rede social: desconstrução e atenção básica de saúde / saúde mental*. Relatório de pesquisa de conclusão pós-doutoral. Departamento de Psicologia Clínica da USP.