

ADELINE MARIA CASTELO CUNHA

**REORGANIZANDO O COTIDIANO DA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL: um
trabalho interdisciplinar por meio do apoio matricial**

**ASSIS
2012**

ADELINE MARIA CASTELO CUNHA

**REORGANIZANDO O COTIDIANO DA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL: um
trabalho interdisciplinar por meio do apoio matricial**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Dr. Sílvio Yasui

**ASSIS
2012**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

Cunha, Adeline Maria Castelo

C972r Reorganizando o cotidiano da equipe de saúde mental: um
trabalho interdisciplinar por meio do apoio matricial / Adeline
Maria Castelo Cunha. Assis, 2012
83 f.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras
de Assis – Universidade Estadual Paulista.

Orientador: Dr. Sílvio Yasui

1. Saúde mental. 2. Enfermagem psiquiátrica. 3. Sistema
Único de Saúde (Brasil). 4. Reforma dos Serviços de Saúde. 5.

Modelos de Atenção à Saúde. I. Título.

CDD 362.2

610.7368

614

À Adelina, minha amada madrinha.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Amélia e ao meu pai Jaime, pela oportunidade de estudar.

À minha irmã Dani que sempre me incentivou.

Ao Eduardo, valoroso companheiro que me motivou sempre!

À Professora Cristina Amélia, que para além de acreditar em mim, me mostrou a possibilidade de ser feliz trabalhando com a loucura. Obrigado pela doçura com que acolheu minhas dificuldades e pelo respeito sincero que tem pelos profissionais dos CAPS!

Ao Orientador Silvio Yasui, pela generosidade em aceitar me acompanhar nessa pesquisa. Sua sabedoria encanta e abre caminhos em meio ao caos dos serviços de saúde. Obrigado pela tranquilidade que passa para nós – profissionais da saúde – a cada encontro!

À Professora Ana Luiza, que apresentou novos caminhos a serem explorados no dia da qualificação.

Aos colegas da Pós-Graduação com quem dividi várias dúvidas, angústias e encontrei conforto para esses momentos.

À Iria e ao Marcos que me auxiliaram na qualificação, afinal, estava com o pé engessado.

Aos grandes amigos do CAPS Raio de Sol – Victor e Kátia –, com quem aprendi a trabalhar em equipe. Sem vocês não seria como é!

À companheira Livia, por dividir comigo todo o percurso de apoiadora, momentos difíceis de trabalho e também de vida. Com confiança, afeto e compreensão alcançamos nosso objetivo!

À amiga Érica, pelas leituras e sugestões.

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família, agradeço o carinho, o respeito e a dedicação de nossos encontros. Obrigado por compartilhar comigo o saber de vocês e compreender as minhas dificuldades nessa caminhada.

Obrigado a todos!

AOS COLEGAS COM QUEM ESTOU LADO A LADO NO COTIDIANO DO CAPS RAIOS DE SOL, ANTIGA CASA AMARELA, INÚMERAS VEZES ME PERGUNTEI: QUEM SOMOS NÓS?

Encontrei nas palavras de Lancetti esse aconchego...

“pessoas corajosas com vontade de experimentar, pois vão atuar diretamente com a loucura, com a violência, sem proteção, sem muros, apenas com o corpo e a inteligência. Apenas uma orelha que escuta, uma pessoa com a capacidade de compreensão”
(LANCETTI, 2000, p. 46)

CUNHA, A. M. C. *Reorganizando o Cotidiano da Equipe de Saúde Mental: um trabalho interdisciplinar por meio do apoio matricial*. 2012. 83 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2012.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo tecer uma reflexão sobre a prática de Apoio Matricial ocorrida entre uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) e dois profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de um município de pequeno porte, que culminam em uma possibilidade de reorganização das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Refere-se a estratégias de cuidado em Saúde Mental substitutivas ao modelo médico centrado. Buscou-se a construção de espaços coletivos de conversas horizontais entre profissionais de diferentes campos disciplinares, o que implicou em construir condições para que o trabalho dentro das unidades de saúde se tornasse menos compartimentalizado. Ressalta-se que a prática realizada não ocorreu exclusivamente devido à pesquisa, mas, antes, surgiu independente dela. Todavia, ao passo que se tornou objeto de discussão acadêmica, foi influenciada pelo pesquisar, culminando nesta dissertação. Foi utilizado como recurso metodológico o grupo focal para nortear dois encontros com os trabalhadores de saúde, nos quais foram tratados três temas principais: os encaminhamentos para psiquiatria, a desmistificação em relação aos transtornos mentais e o acolhimento conjunto (ESF e CAPS). A análise pautou-se também na observação participante que ocorreu durante todo o processo da pesquisa em encontros semanais. Desta forma os sujeitos da pesquisa – os trabalhadores da saúde – são o objeto deste estudo, pois são eles que realizam as ações, sendo assim, presa-se pela total proteção dos participantes que compõem essa experiência de trabalho. Cabe ressaltar que diversos referenciais mesclam-se nessa trajetória, entre os quais se ressalta três: o da enfermagem, devido à graduação da pesquisadora; o da Atenção Psicossocial, oriundo de uma prática coletiva; e o do método científico qualitativo. Assim, por meio desses três referenciais busca-se refletir e problematizar as discussões deflagradas pela prática do Apoio Matricial.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Básica; Apoio Matricial.

CUNHA, A. M. C. *Reorganizing the Everyday Life of the Mental Health Team: an interdisciplinary work by means of mothers' support*. 2012. 83 pp. Master's Dissertation (Psychology) – Faculdade de Ciências e Letras - Universidade Estadual Paulista, Assis, 2012.

ABSTRACT

This research was carried out to ponder on the practice of Mothers' Support used by both a Family Health Strategy team (ESF) and two professionals of the Psychosocial Care Center (CAPS) of a small-sized county, which culminate in the possibility of reorganizing the Mental Health activities in the Basic Care. It refers to care strategies in Mental Health replacing the centralized medical model. One tried to create collective spaces of even dialogues among professionals of different disciplinary fields, what implicated in furthering conditions to make work within the health care units less restricted. One points out that the activity put into practice did not take place exclusively due to the research at issue, but it rather resulted independently from it. However, as it became subject of academic discussion, it came under the influence of the very research, culminating in this dissertation. Its methodological resource was the focal group to provide guidance for two meetings held with health care workers, in which three main topics were broached: putting people on the way of psychiatric care, demystifying the concept of mental troubles, and the combined reception (ESF and CAPS). The analysis was based on participating observation which took place during the whole research process along weekly meetings. In this way the subjects of the research – health care workers – are the subjects of this study, since they are the ones who carry out the activities, such being the case, one places value to the protection of the whole team participating in such a work experience. It is suitable to point out that several frames are combined in that development, among which three stand out: the one referring to nursing, due to the researcher's background; the one referring to Psychosocial Care, resulted from collective practice; and the one referring to its qualitative scientific approach. Therefore, by means of these three frames one tries to ponder on the discussions and explore the issues brought out by the Mothers' Support practice.

Keywords: Mental Health; Basic Care; Mothers' Support.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
AM	-	Apoio Matricial
CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial
CERSAM	-	Centro de Referência em Saúde Mental
CRAS	-	Centro de Referência de Assistência Social
EP	-	Educação Permanente
ER	-	Equipe de Referência
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
GF	-	Grupo Focal
MTSM	-	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	-	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	-	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PACS	-	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAREPS	-	Plano Regional de Educação Permanente
PNH	-	Política Nacional de Humanização
PPI	-	Programação Pactuada e Integrada da Assistência da Assistência à Saúde
PSF	-	Programa Saúde da Família
PTS	-	Projeto Terapêutico Singular
SM	-	Saúde Mental
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
USF	-	Unidade de Saúde da Família
UNESP	-	Universidade Estadual Paulista

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	11
1.1 Caminhos Pessoais e Profissionais: a escolha do tema	11
2 INTRODUÇÃO	14
3 OBJETIVOS DA PESQUISA	18
3.1 Objetivo Geral	18
3.2 Objetivos Específicos	18
4 O TRABALHO DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL (ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA OU ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL?)	19
4.1 Desafios do Trabalho da Enfermagem em Saúde Mental	20
4.2 Da Angústia à Potencialidade	22
5 BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS QUE ENVOLVEM O APOIO	24
5.1 Os Centros de Atenção Psicossocial: cuidar sim, excluir não – dispositivo possível para articulação da rede de saúde	24
5.2 Organização das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica: diretrizes e possibilidades	28
5.3 A Estratégia de Saúde da Família	33
5.4 Apoio Matricial – Equipe de Referência e Apoiadores: pactuando um cuidado ampliado	35
5.5 A Potência do Território na Atenção Psicossocial	41
6 CONHECENDO O CENÁRIO DA PESQUISA	47
6.1 O Campo da Pesquisa	47
6.2 Descobrimos o que é Apoio – O início da reestruturação da rede intersetorial em saúde	49
6.3 Os Recursos do Território	51
6.4 Articulando Território, Apoio e Acolhimento	52
6.5 Reuniões de Educação Permanente	55

7 CAMINHOS METODOLÓGICOS E RESULTADOS DAS RODAS	59
7.1 O Método Paideia – as rodas de conversa	61
7.2 Grupo Focal – Recurso Metodológico para Análise de Dados	62
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	77

1 APRESENTAÇÃO

1.1 Caminhos Pessoais e Profissionais: a escolha do tema

Formada em Enfermagem pela Universidade de Marília – UNIMAR, iniciei minha primeira experiência profissional em Saúde Mental por intermédio do estágio curricular supervisionado no hospital psiquiátrico da cidade, fundado desde 18 de julho de 1948, que mantém convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS) para 260 leitos, distribuídos em duas unidades (masculina e feminina). A administração dos leitos – regulados pela central de vagas – cabe à Secretaria de Saúde e Higiene de Marília.

Nossas atividades de estágio contemplavam as alas do SUS – pátios feminino e masculino – onde ficavam juntas pessoas com os diagnósticos do grupo das psicoses e da dependência química. Havia, também, a ala dos moradores, ocupada por aqueles pacientes que perderam contato com a família e não conseguiam ficar alojados no lar abrigado. Este é um anexo ao hospital, constituído por cinco casas com capacidade para 33 pacientes de ambos os sexos, com acesso independente e que está em funcionamento desde 20 de janeiro de 1996; é indicado para pacientes que apresentam longos anos de internação e que não possuem mais vínculo familiar e buscam, com a ajuda dos monitores, recomeçar a vida em sociedade. Passamos, ainda, pelo hospital-dia que possui capacidade para atender até 30 pacientes, de ambos os sexos e que está em funcionamento desde 20 de junho de 1995; esse serviço acompanha pacientes no horário das 7h30min às 17h, servindo três refeições diárias, mas não funciona nos finais de semana, período no qual o usuário é integralmente acompanhado pela família.

Os grupos de estágio eram divididos segundo as alas do hospital, com rodízio de uma semana em cada setor para, dessa forma, poder observar, identificar e diferenciar os sintomas referentes a cada diagnóstico. Aprendíamos maneiras de contenção no leito, com faixas, cuidados para que estas não machucassem os membros, cuidados com a medicação (via de administração, dose, horário, efeitos e outros), atentando sempre para verificar os pacientes que tentavam não tomá-las.

O cotidiano do estágio era registrado em nosso caderno de campo e apresentado por intermédio de relatórios aos supervisores. Descrever por meio de textos o que meus olhos viram no decorrer dos 30 dias de estágio foi resgatar da memória cada cena ali observada. Os

sons dos gritos que, muitas vezes se misturavam com os barulhos das chaves e os pés de, aproximadamente, 15 alunos que passavam rápido para outra sala enquanto a supervisora trancava mais uma porta. Para mim, tornou-se o estágio mais longo e triste, e o que me fazia entender que, depois de formada, jamais atuaria na área da Saúde Mental, pois as cenas, os sons e as vivências ficaram marcados de maneira negativa.

Entretanto, como alguns caminhos não somos nós que escolhemos, no meu primeiro emprego (o concurso era para Atenção Básica) fui designada para atuar como Enfermeira em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Quando soube dessa designação, fiquei extremamente descontente e decidida a desistir. O que não esperava era ser tão bem acolhida pela coordenadora, pelos outros profissionais que lá trabalhavam e pelos usuários que naquele primeiro dia ali estavam (era dia de assembleia). Mesmo assim, o medo de reviver aqueles momentos do hospital ainda me apavorava, afinal, eu não conhecia o trabalho desenvolvido nos CAPS e nem sabia como ocorriam os processos de trabalho neste local, igualando essa vivência a dos hospitais psiquiátricos.

Propus-me a fazer parte da nova equipe que estava se formando com o concurso, pois a equipe anterior só ficara um ano atuando. O medo, a angústia e até a tristeza me acompanharam por, pelo menos, três meses de grande intensidade. Daí em diante, só posso dizer que fui me encantando, com as oficinas, as risadas, o barulho (que por vezes nos cansava os ouvidos), as cores, os abraços sinceros e aprendendo o que é lidar com a singularidade, a coletividade. E percebi, principalmente, que existem coisas que têm certo significado para determinada pessoa, que talvez não tenham o mesmo significado para os outros; então, no meio de tudo isso, fui me encontrando.

Foram essas vivências que me levantaram muitos questionamentos: o quanto a minha formação em Saúde Mental estava defasada, um estágio que se baseou em apenas uma instituição, como se esta fosse a única realidade, e manteve apenas um olhar – o hospitalocêntrico, direcionado para a exclusão e o isolamento de pessoas. Apesar das tentativas de trabalhos voltados para autonomia e inclusão social, como o lar abrigado e o hospital-dia, essas pessoas ainda permaneciam nos arredores do hospital psiquiátrico, portanto, ainda eram vistas como pacientes.

Concluí meu curso no final de 2005, sem conhecer a história da Reforma Psiquiátrica e os dispositivos que propunham substituir o hospital, introduzindo outro modo de se tratar o sofrimento psíquico, ou seja, na minha formação, não tive acesso a informações sobre os caminhos da Reforma, nem sobre como era o tratamento em outros dispositivos de cuidado.

A experiência profissional no Centro de Atenção Psicossocial possibilitou-me entrar em contato com a História da Reforma Psiquiátrica e constatar a existência de outros modelos assistenciais que buscam um cuidado humanizado para aqueles que sofrem psiquicamente. Desde o início, este serviço foi berço de muitas reflexões (comparações, por que não?) e experiências novas na busca de propor uma assistência digna às pessoas com transtornos psíquicos. Essa trajetória foi delineando a minha identidade de enfermeira-psicossocial, aliás, este tema será abordado mais adiante.

2 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa discute ações no campo da Saúde Pública, pois surge como uma proposta de estudar novas maneiras de se promover cuidados em saúde tomando por base um dispositivo que promove uma reflexão sobre os modos como trabalhamos, na perspectiva de um atendimento que tenha por princípio a integralidade. Este dispositivo é defendido e denominado por Campos e Domitti (2007) como Apoio Matricial (AM), uma metodologia de trabalho para os serviços de saúde. Trata-se de uma tentativa de enfrentar a rigidez dos sistemas de saúde planejados de maneira hierarquizada (mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação). Esse conceito foi utilizado para a reforma das organizações e do trabalho em saúde.

Compreendemos que, na área da Saúde Mental, essa metodologia é estratégica e pode apoiar-se no Método da Roda:

O Método da Roda para análise e co-gestão de Instituições pretende ser uma entre outras estratégias para combater o predomínio da “racionalidade instrumental”, ainda quando se reconheça a impossibilidade de eliminá-la, opondo-lhe outras racionalidades que procurem construir outros sentidos e significados para o trabalho e para a vida em Coletivos. (CAMPOS, 2000, p. 123).

Nesse sentido, as rodas de conversa quando acontecem no espaço dos serviços de saúde (por exemplo, debatendo a Saúde Mental) promovem reflexões acerca do sofrimento psíquico, essa estratégia possibilita abertura de espaços de diálogos interdisciplinares, pode diminuir a fragmentação do cuidado e promover relações mais horizontais entre esses cuidadores.

Desta forma, é no território onde se encontram os profissionais de saúde juntamente com os sujeitos a quem prestam o cuidado em saúde. Mas que sujeitos? Como e quais histórias são conhecidas? Levando em consideração a proposta da Atenção Psicossocial, entendida como paradigma transformador da Reforma Psiquiátrica (YASUI, 2009) as ações de cuidado para com os usuários nesse contexto devem ultrapassar a dimensão técnica assistencial; o desafio é estimular os profissionais a encontrar meios de acessar as histórias das pessoas, de estar com elas e conhecê-las realmente, de construir, se necessário, uma nova maneira de se relacionar com a existência humana e suas necessidades singulares. Assim:

É no cotidiano que a Atenção Psicossocial inventa permanentemente as suas ações, que se produzem os encontros com o drama do existir, que se constroem estratégias de cuidado, que se organizam modos de habitar o mundo. Esta arte do cuidar, que se concretiza na produção constante, no fazer-acontecer, produz relações sociais norteadas pelos valores da solidariedade, da coletivização, criando resistência à conformação, à mesmice (YASUI, 2009, p.6).

No percurso desta pesquisa pudemos perceber que o sofrimento psíquico ocupa outros espaços e não somente o manicômio. Isso inclui todos os espaços comunitários e as Unidades de Saúde. No caso do município em questão, é visível que a cidade de porte pequeno agrega vários usuários crônicos e que sua relação com esta cidade é de pouca apropriação. Sendo assim, o empoderamento desses sujeitos, no sentido de fazer parte dos eventos, feiras, dias comemorativos e outros movimentos que acontecem na cidade é almejado por todos os profissionais, estagiários e aprimorandos que compõem o serviço – CAPS.

E, para que isso aconteça, destacamos a importância do tema empoderamento, não só direcionado aos usuários e familiares, mas também àqueles que prestam assistência. É preciso estar fortalecido para motivar o outro.

[...] a literatura anglo-saxônica denomina de empowerment, ou empoderamento, em português, como um conjunto de estratégias de fortalecimento do poder, da autonomia e da auto-organização dos usuários e familiares de serviços públicos nos planos pessoal, interpessoal, grupal, institucional, e na sociedade em geral. (VASCONCELOS; PASCE, 2007, p. 175).

Vasconcelos e Pasce (2007) atentam, contudo, para o lado polêmico deste tema, pois depende do interesse dos atores sociais que se apropriam dele. Dessa maneira, para conscientizar um sujeito a participar de sua própria vida e não apenas a assisti-la, é preciso primeiro empoderar-se interpessoalmente, institucionalmente e socialmente. Justamente nesse raciocínio é que o Apoio Matricial oferece às equipes da Atenção Básica o suporte para as questões institucionais e demandas do cuidado para com os sujeitos do território.

Diante disso, a prática em Saúde Mental, que vem sendo construída ao longo dos anos, abriga profundas transformações que constituem um “novo olhar para a loucura” (YASUI, 2006, p. 106), redefinindo e elaborando conceitos que norteiam a construção de uma nova estratégia de cuidado (MELO, 2008). Estratégia esta que se apoia no modelo da Atenção Psicossocial, a qual, por sua vez, propõe uma substituição ao modelo asilar, que foca a terapia medicamentosa e desconsidera ou anula a subjetividade dos sujeitos que sofrem

psiquicamente, como atores implicados em seus problemas e capazes de superá-los (AMARANTE, 1995).

Diante dessas transformações, queremos adentrar neste campo, nos distanciando do modelo psiquiátrico, nascido do modelo biomédico baseado na hospitalização e centrado na figura do médico como detentor do conhecimento, e caminhar rumo a novos modos de cuidado em saúde. Neste sentido, se faz necessário apostar no potencial terapêutico dos trabalhadores da Atenção Básica e promover junto a eles uma articulação com a rede social do território.

A motivação para este estudo inicia-se da experiência singular de um membro da equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que já fazia apoio e do incentivo do Supervisor Institucional do serviço de Saúde Mental. Houve um investimento no Apoio Matricial como uma ferramenta possível para interligar a rede de relações entre profissionais de saúde. O objetivo central foi ativar o poder dos trabalhadores em relação à gestão, à participação no controle social (conselhos, conferências, fóruns) e à instrumentalização dos profissionais na área da saúde e fora dela para com o cuidado em Saúde Mental. Aqui, abrimos um parêntese: os profissionais que buscam realizar a função Apoio se situam eticamente no paradigma psicossocial, e isso é um diferencial para o cuidado e também para o trabalho. Haja vista que:

Através do Apoio Matricial, se irão distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe local e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de uma atenção especializada da saúde mental, a ser oferecida na própria Unidade ou, de acordo com o risco e a gravidade, pelo CAPS da região de abrangência. (FIGUEIREDO, 2006, p. 31, grifo nosso).

A Equipe Local a que se refere Figueiredo (2006), é defendida por Campos e Domitti (2007) como Equipe de Referência, sendo composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde, no seu campo de conhecimento. Essa lógica permite que distintos especialistas e profissionais se responsabilizem pelo mesmo caso, de maneira a traçar objetivos comuns e dividindo tarefas na execução das ações.

Nessa perspectiva o apoio às equipes, possibilita que o profissional de Saúde Mental esteja junto com os profissionais das UBSs e ESFs, agregando conhecimentos técnicos da Saúde Mental e auxiliando, com isso, a capacidade destes em acolher o sofrimento psíquico. Esse encontro compõe a soma de saberes entre as diferentes especialidades, de modo a

compreender o sujeito de forma integral; também visa reverter a lógica do trabalho fragmentado por meio de encaminhamentos e propõe a construção de um Projeto Terapêutico Singular para cada sujeito. É um regulador do fluxo, na medida em que permite entender e diferenciar os casos que necessitam ser atendidos pela Saúde Mental, e aqueles que podem ser acompanhados ou acolhidos pelas Unidades Básicas de Saúde e Estratégias Saúde da Família (FIGUEIREDO, 2006). E como ponto primordial, é por meio do Apoio Matricial que “[...] procura-se desmistificar a doença mental – o medo e os rótulos que se criam em torno da loucura. A partir dele é possível que os profissionais passem a considerar o sujeito, que não se reduz à doença ou ao sofrimento” (FIGUEIREDO, 2006, p. 65).

Portanto, nesta pesquisa, o Apoio apostou não apenas no contato com a ESF como também na aproximação entre os profissionais da Saúde Mental e os profissionais que fazem parte da rede social, procurando, assim, ampliar as possibilidades de se construir vínculos capazes de difundir conhecimentos acerca do que é sofrimento psíquico, atendendo os sujeitos no cenário social. Ou seja, próximo ao Modo Psicossocial, que Costa-Rosa (2000) define como uma atenção à saúde que considera os fatores políticos, biológicos, sociais e culturais integrantes do processo determinante da existência e do sofrimento do sujeito. Complementa, ainda, acreditando em outros meios terapêuticos, além da medicação como psicoterapias e dos dispositivos de reintegração sociocultural. Este modelo de atenção reposiciona subjetivamente o sujeito tornando-o implicado frente aos conflitos pelos quais passa.

Assim, por meio do Apoio Matricial, propomos um trabalho conjunto entre trabalhadores da Atenção Básica e da Saúde Mental de modo a reorganizar as ações de cuidado em saúde e fortalecendo a rede intersetorial que permite conexões diversas entre pessoas, instituições, teorias, conceitos e práticas, culminando em novas formas de cuidado.

A rede que compõe o cenário desta pesquisa situa-se em um município do oeste do Estado de São Paulo, com uma população de 29.608 habitantes (BRASIL, 2009). Possui três distritos, o primeiro com 881 habitantes e onde encontra-se a ESF que participa deste trabalho, os outros dois distritos possuem, respectivamente, 1.029 e 2.072 habitantes e uma Unidade de Saúde da Família (USF).

O município conta, ainda, com três Unidades Básicas de Saúde; um Ambulatório de Especialidades; um Ambulatório de Saúde Mental, um Centro de Atenção Psicossocial, duas Unidades de Estratégia Saúde da Família, como dito anteriormente, e uma Unidade de Vigilância Sanitária e Epidemiológica. Esses são os Estabelecimentos de Saúde de que dispõe o município. O único hospital é a Santa Casa de Misericórdia (hospital filantrópico)

Também pertencem à rede social em que estamos inseridos e com os quais podemos contar e estabelecer parcerias, os seguintes órgãos: Secretarias Municipais (Educação e Cultura, Assistência Social), Fundo Social, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Conselho Tutelar, Fórum, Centro Educacional Paula Souza, Centro Vocacional, Empresas, Polícia Militar, entre outros.

É neste cenário que uma enfermeira que receava trabalhar na Saúde Mental, passa a fazer parte da equipe de um CAPS e arrisca-se a refletir sobre seu trabalho, considerando que a prática da enfermagem, neste contexto, não foi adquirida em sua graduação. E, também participa ativamente no processo de construção de um importante dispositivo para organização da assistência de Saúde Mental em rede – o Apoio Matricial, realizado conjuntamente com uma psicóloga que trabalha no mesmo CAPS.

3 OBJETIVOS DA PESQUISA

3.1 Objetivo Geral

- Refletir sobre a organização das ações de Saúde Mental na Atenção Básica por meio do Apoio Matricial.

3.2 Objetivos Específicos

- Investigar as possibilidades de se romper com a lógica dos encaminhamentos por meio do Apoio Matricial.
- Verificar se as discussões em roda promoveram uma mudança de olhar para o sujeito.
- Analisar os obstáculos encontrados durante a implementação do Apoio Matricial na Estratégia de Saúde da Família.

4 O TRABALHO DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL (ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA OU ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL?)

O nascimento da enfermagem moderna tem seu marco em julho de 1860, quando 15 candidatas realizam suas matrículas na Escola Nightingale, que fazia parte do Hospital St. Thomas, em Londres (SILVA FILHO, 1989). Essa primeira escola foi responsável por instituir o padrão curricular de formação da enfermagem profissional, ficando assim definidas duas categorias para a formação destas mulheres: as *lady-nurses* e as *nurses*. Evidenciando a estrutura social naquela época, as primeiras oriundas da burguesia, eram preparadas para o ensino e supervisão, e as *nurses*, geralmente procedentes da classe baixa, executavam o trabalho de cuidado direto aos doentes, moravam e trabalhavam no hospital durante o período de formação (MELO, 1986).

Ficam evidentes, nesse período, duas características do sistema capitalista: a reprodução da divisão do trabalho e a utilização de mulheres em atividades que determinavam pouca qualificação. O trabalho de enfermagem ou das “criadas de enfermagem” era equivalente ao trabalho doméstico e, conseqüentemente, sua remuneração não tinha um valor considerável (MELO, 1986).

A escola Nightingale, tomava um modelo educacional que tinha como objetivo a implementação de uma técnica disciplinar que permitisse a transformação do espaço hospitalar em local de cura, de disciplinamento dos trabalhadores e das tarefas, sob direção médica (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Com o passar do tempo a história da enfermagem se modificou, as diferentes maneiras de cuidar também, isso devido às relações sociais de cada momento histórico. Atualmente, o trabalho de enfermagem é integrante do trabalho coletivo em saúde, é especializado, dividido e hierarquizado entre os auxiliares, técnicos e enfermeiros de acordo com a complexidade de concepção e execução de suas tarefas. A enfermagem, embora detenha autonomia relativa em relação aos demais profissionais, subordina-se ao gerenciamento do ato assistencial em saúde executado pelos médicos (PIRES, 1998).

A primeira especialidade médica, segundo Machado et al. (1978), foi a psiquiatria, dela criou-se o hospício onde inseriram os “loucos” de maneira a discipliná-los, conforme as normas de higiene (SILVA, 1994). Neste período, no Brasil, houve uma reforma dos Estabelecimentos de Saúde como as enfermarias das Santas Casas e também os asilos, o objetivo foi transformar esses locais que causavam doença e morte em Estabelecimentos de Cura/Reeducação o chamado hospício moderno (MACHADO et al., 1978).

No Brasil, a primeira escola de enfermagem surge vinculada ao Hospital Nacional de Alienados, inspirada no modelo francês. O objetivo desta escola era preparar as mulheres para cuidar dos alienados, num espaço medicamente concebido (MACHADO et al., 1978; MIRANDA, 1994).

Diante desses fatos históricos é possível perceber que tanto a psiquiatria como a enfermagem psiquiátrica surgem no hospício, logo fica evidente também que as tarefas desenvolvidas por essas profissionais são auxiliares, executando a ordem disciplinar originada dos médicos (ALESSI; OLIVEIRA, 2003). Percebe-se que a formação das enfermeiras acompanha o processo de medicalização e os cursos eram ministrados por médicos, esquivando-se do modelo Nightingale (KIRSCHBAUM, 1994).

No Rio de Janeiro, em 1923, é fundada a primeira Escola de Enfermagem Anna Nery, que apesar de ser considerada a primeira escola de enfermagem “moderna”, não incluía em seu currículo, até 1949, nenhuma matéria relacionada às questões mentais (BELMONTE, 1998). A partir dessa época, a escola passa a ampliar seu currículo oferecendo estágio no Centro Psiquiátrico Nacional com o objetivo de formar profissionais para os hospitais psiquiátricos. A profissionalização era apenas para mulheres pobres, a fim de discipliná-las, já que essas mulheres eram tidas como excluídas e perigosas (mulheres e meninas pobres abandonadas), assim, garantindo a subordinação delas aos médicos (KIRSCHBAUM, 1994).

4.1 Desafios do Trabalho da Enfermagem em Saúde Mental

O trabalho da enfermagem no momento atual fica caracterizado pela transição de suas práticas de um cuidado hospitalar que visava à contenção do comportamento dos “doentes mentais” por meio medicamentoso ou força física, para a incorporação em outros dispositivos de cuidado, pouco conhecidos para esses profissionais, superando a perspectiva disciplinar de suas ações e buscando adaptar-se a uma prática transdisciplinar, já que essa proposta aponta para um pensamento mais complexo, subvertendo o eixo de sustentação dos campos epistêmicos. Nesta pedagogia as relações não ocorrem apenas a integração das diferentes disciplinas, mas sim vão muito além; não existindo fronteiras entre áreas do conhecimento e com essa interação se torna impossível distinguir onde começa e onde termina cada disciplina. Um desafio! (BRAGA CAMPOS; NASCIMENTO, 2003).

Pode-se observar que vários enfermeiros têm realizado estudos que buscam refletir sobre seu trabalho nos serviços de Saúde Mental e atenção psicossocial. Alguns autores concluem, ainda, que exista uma indefinição dos profissionais de enfermagem psiquiátrica sobre o seu papel nessa assistência, o que provoca, muitas vezes, uma “fuga” para o desenvolvimento de atividades burocráticas e administrativas (ROCHA, 1994; SAEKI, 1994; MELLO, 1998).

Outros estudos vêm apontando que em serviços extra-hospitalares de Saúde Mental, os enfermeiros, entre todos os profissionais da equipe, são aqueles que menos realizam atendimentos diretos à clientela e a sua prática caracteriza-se pelo gerenciamento intermediário que organiza e facilita o trabalho de toda a equipe (BERTONCELLO, 1997; MELLO, 1998). Isso porque a maioria dos enfermeiros não se sente preparada para atuar em Enfermagem Psiquiátrica ou Saúde Mental e os mesmos não se sentem adequadamente informados sobre as mudanças políticas que vêm ocorrendo na área (MARCOLAN, 1996; MELLO, 1998).

Outros artigos e relatos de experiências de enfermeiros têm como tema as dificuldades na definição de sua função como integrantes de uma equipe de Saúde Mental, fato que se deve, principalmente, pela ineficiência dos cursos de graduação, que não abordam a trajetória histórica da Reforma Psiquiátrica. A esse respeito, Tavares (2006), descreve que, até a década de 80, os profissionais designados para trabalhar na Saúde Mental eram funcionários-problema, geralmente transferidos de outro setor, então, isso estava associado a um “castigo”, não havendo escolha para este.

Ao contrário disso, hoje, “há um movimento, tanto dentro do hospital (humanização da assistência), quanto fora dele, no qual a enfermagem vem também desenvolvendo outras práticas, revendo conceitos” (BARROS; CAMPOS, 2000, p. 9).

Valendo-nos da experiência nesta área, acreditamos que o desafio de situar-se como enfermeira nos serviços substitutivos gera muitas incertezas, o que provoca o profissional a reinventar permanentemente sua colocação nesse lugar, cuja primeira impressão o faça parecer “bagunçado”. Assim, Campos (1998) acredita que esta é a ocasião de rever o objeto de trabalho – instituir o sujeito enquanto cidadão; empregar-se de novos instrumentos na prática a fim de ampliar as possibilidades de intervenção e, por fim, expandir a finalidade da assistência, que não deve se preocupar apenas em redimir os sintomas do sujeito.

Sendo assim, o resgate histórico e a discussão sobre a formação dos profissionais da enfermagem nos levam a refletir como é difícil operar na lógica em que o enfermeiro não está a serviço do médico, desenvolvendo ações para além do que foi ensinado como técnica. Abordaremos essas questões mais adiante.

4.2 Da Angústia à Potencialidade

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.

Eduardo Galeano

Consideramos que este estudo resgata um recorte das próprias angústias da pesquisadora, quando recém-formada, no início dos seus trabalhos no Centro de Atenção Psicossocial, sem saber ao certo o que dizer, fazer e até como me vestir. Nos primeiros meses, enfermeira tradicional, como havia sido graduada, vestia branco, unhas cortadas e pálidas. Com o passar do tempo sua vestimenta ganhou cor, adereços e tudo aquilo que era proibido. Deparou-se, então, com a incerteza, havia dias em que a roupa era tão branca que radiava como sol e outros tantos que parecia uma paisagem com detalhes, cores e relevos.

O ponto de partida nessa transformação foram as oficinas terapêuticas por meio das quais começa a delinear o seu potencial terapêutico nas relações com os usuários que participavam delas, o contato com o sujeito em um momento singular, sem prescrições de enfermagem ou psicológicas. A primeira oficina da qual participou foi a da culinária, um espaço de lazer, inclusão e convivência; com uma proposta de conhecer novos sabores, cores e modos de cozinhar, na verdade, se passavam por aventureiros que, uma vez por semana, tentavam, muitas vezes, manter a receita original e o que acontecia era um toque singular de cada um! Assim, com outros profissionais da saúde, participou de cursos de alimentos e culinária, foram a outro município cozinhar com pessoas diferentes, marcaram presença em festas do município e, como ainda não podiam vender os quitutes, eles mesmos degustavam! Do ponto de vista do usuário, percebe-se que, no começo, causou estranheza, afinal era a “moça da injeção” que estava ali, de avental cortando cebolas dentro de um CAPS! No começo, os comentários eram muitos. Um que chamou mais a atenção foi um dia que uma usuária disse, “Nossa... mas você lava louça?”. E os olhares muitas vezes falavam bem mais, como o primeiro dia em que se sentou com eles à mesma mesa para provar o primeiro prato que fizeram (pudim de leite condensado) a receita consta no seu caderno. Realmente foram essas experiências que colocaram em movimento, uma mudança em sua prática (até então tradicional), afinal era impossível ser a mesma depois de tantas vivências.

Nas primeiras reuniões de equipe a pesquisadora se sentia muito deslocada, nenhum assunto lhe parecia familiar e, apesar de querer fazer algumas colocações, não conseguia se manifestar. Com o passar do tempo observou o quanto era importante conhecer as histórias de vida das pessoas e não apenas seu prontuário. Eram histórias contadas em rodas, no decorrer do almoço ou mesmo de manhã, sentadas à beira da calçada para tomar um sol. Foram esses momentos que fortaleceram os vínculos entre a enfermeira e os usuários e, por meio dele, o cuidado se tornou mais integral.

O caminho percorrido inicialmente foi se estruturando e a tornou criticamente corresponsável por um trabalho coletivo na atenção psicossocial. Responsabilizando-se, também, por todos os atos desse trabalho, na busca da possibilidade de ruptura dos saberes e práticas hegemônicas, de modo a superar as práticas tutelares e burocráticas do trabalho de enfermagem em Saúde Mental.

E os desafios profissionais não acabam aqui, pois agora é necessário situar essa mesma enfermeira no desenvolvimento de um trabalho que surge antes da pesquisa e que se torna objeto de discussão acadêmica. Após três anos trabalhando no CAPS, era hora de sair do ninho, aquele que a princípio não lhe era familiar e que com o tempo se tornou seguro. Era preciso estar no território, ou seja, levar aquilo que aprendeu com sua experiência. Ofertar suporte à equipe da Atenção Básica não foi assumir mais uma função, ou seja, elencar mais uma tarefa na agenda de trabalho, mas sim ampliar as ações terapêuticas em um novo campo de saberes, a Atenção Psicossocial. Durante esse trabalho, a pesquisadora foi acompanhada por uma psicóloga, companheira com quem dividiu as angústias, incertezas e alegrias em compartilhar conhecimentos. Por ter passado por estes momentos de não saber o que falar em uma reunião, a fez compreender muito do que os profissionais da Atenção Básica estariam passando em seus encontros.

Oferecer ao sujeito-trabalhador um espaço no qual ele poderia repensar nas suas ações de saúde e fortalecer sua autonomia para o acompanhamento dos casos que antes eram “casos da Saúde Mental” ou “do Dr.” tornou-a mais autônoma no trabalho em rede potencializando-se como enfermeira da atenção psicossocial, abriu-se caminhos para novos encontros de vida com mais liberdade, afeto, histórias, sentimentos, com a possibilidade de reinventar as ações da enfermagem permitindo outra maneira de se relacionar com as pessoas (outros profissionais e os usuários – antes chamados de pacientes).

5 BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS QUE ENVOLVEM O APOIO

5.1 Os Centros de Atenção Psicossocial: cuidar sim, excluir não – dispositivo possível para articulação da rede de saúde

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1987, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação dos CAPS, inicialmente, ocorreu pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), esse movimento foi intenso e buscou a melhoria da assistência em Saúde Mental no Brasil, pois também denunciou as situações precárias dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais (AMARANTE, 1995).

Seguindo esse movimento, os serviços de Saúde Mental surgem em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente por meio da Portaria GM 224/92 e eram definidos como:

[...] unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional. (BRASIL, 2008a).

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS mas sempre em direção à comunidade (BRASIL, 2003, p. 2).

Assim, tanto os CAPS como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004c) e integra a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a

missão de fornecer um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Isso se coaduna com o fato de que, apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço da atenção em Saúde Mental e não deve ser o centralizador de ações em Saúde Mental. Portanto, a atenção em Saúde Mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados. Estão incluídos nesta rede: a Atenção Básica, as residências terapêuticas, os ambulatorios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros (BRASIL, 2003). Caso os CAPS operem em outra lógica, podem vir a se tornar local que também segrega o indivíduo, levando este a se tornar dependente do espaço e dos profissionais que ali trabalham, um difícil desafio se dá entre formar vínculos capazes de:

[...] transferir afetos para estas pessoas ou instituições. Afetos são sentimentos imaginários, apostas que fazemos apoiados na história pessoal de cada um e na imagem que o serviço e o profissional produzem. Estes afetos podem ser positivos ou negativos. Quando positivos eles nos servem de apoio para realizar alguma travessia complicada. Não importa muito se a potência de apoio que transferimos ao outro é real ou não, importa se este outro consegue nos ajudar a enfrentar algum problema, no caso da clínica buscar um diagnóstico – um certo esclarecimento para o sofrimento que nos aflige – e recursos terapêuticos – ações que nos ajudem a enfrentar o problema de saúde. Neste sentido, o papel do profissional de saúde é agir sobre o outro que se coloca sob nosso cuidado, mas é também o de ajudar os outros a se ajudarem. Estimular a capacidade das pessoas enfrentarem problemas a partir de suas condições concretas de vida. (CAMPOS, 2002, p. 130).

Desta maneira, o objetivo principal dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de Saúde Mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

Os CAPS visam, ainda:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários por meio de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de Saúde Mental de seu território;

- dar suporte e supervisionar a atenção à Saúde Mental na Rede Básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- regular a porta de entrada da rede de assistência em Saúde Mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a Saúde Mental (BRASIL, 2004c).

Podemos então perceber que, nos últimos anos, a expansão, a consolidação e a qualificação da rede de atenção à Saúde Mental, sobretudo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), foram objetivos principais das ações e normatizações do Ministério da Saúde. Este serviço acaba sendo estratégico para organização da rede de atenção à Saúde Mental no território, e a sua expansão é fundamental para mudar o cenário da atenção à Saúde Mental no Brasil.

Nessa perspectiva, Delfine et al. (2009, p. 1485) argumentam que:

O CAPS é responsável pela saúde mental de toda a área territorial de sua referência e um de seus desafios consiste em conseguir sair da instituição e tornar-se um lugar que não só atenda bem as pessoas, mas que promova uma articulação social e intersetorial. Suas ações e espaços precisam sempre ser ampliados e estruturados de forma a ocupar outros territórios.

Com base na afirmação acima, fica evidente a preocupação, em relação aos processos de trabalho desenvolvidos nos CAPS, de que estes serviços não se tornem uma instituição, onde se produza relações de tutela e dependência dos usuários que fazem parte deste dispositivo. Podemos, então, apontar que a legislação que define os CAPS como organizadores da rede (não centralizador) segue nessa ideia de que estes serviços deveriam buscar o estreitamento de laços entre o campo da Saúde Mental e a comunidade. De acordo com a Portaria nº 336 de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos CAPS, é função deste serviço oferecer suporte em Saúde Mental à Atenção Básica, bem como responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados, supervisionar e capacitar as equipes de Atenção Básica.

Considerando que o cuidado de saúde, quando realizado no local onde a pessoa está (onde ela habita), pode promover ações mais humanizadas, já que conta com o entorno (amigos, vizinhos, parentes, afetos, lugares conhecidos etc) com os quais esta já tem

familiaridade, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 154 de 2008 (BRASIL, 2008a), apostou na criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de aumentar as ações e a eficácia da Atenção Básica por meio do trabalho compartilhado do PSF na rede de serviços e na comunidade na qual está inserido.

Existem duas modalidades de NASF: o NASF 1 que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família e o NASF 2 que deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família, fica vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal. (BRASIL, 2011, p. 1).

Assim, a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família têm como objetivo criar espaços que promovam discussões conjuntas acerca da gestão do cuidado em saúde. “Como, por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo processo de aprendizado coletivo. Desta maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários [...]” (BRASIL, 2011, p. 1).

Esse apoio às equipes de Saúde da Família tem como eixo primordial a responsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado. Nessa conjuntura, cabe fazermos uma comparação com o Apoio Matricial, já que este é o arranjo que faz parte desta pesquisa. Se estivermos falando em apoio, seja ele de Saúde Mental à EFS ou do NASF para a mesma, ambos incidem na necessidade de estabelecer espaços rotineiros de reunião de planejamentos, o que inclui “[...] discussão de casos, estabelecimentos de contratos, definição de objetivos, critérios de prioridade, critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos, critérios de avaliação, resolução de conflitos etc.” (BRASIL, 2011, p. 1).

Desta maneira, a ideia de apoio apenas reforça a importância da busca por um atendimento mais integral nas ações de saúde, a responsabilização conjunta entre Atenção Básica e serviços “especializados” como, por exemplo, o CAPS – no cuidado das pessoas que sofrem psiquicamente. A ESF que faz parte desta pesquisa não inclui ações do NASF, porém, se fez necessária mencionar este dispositivo pois, existem outras unidades (não nesse

município em questão) que podem ser apoiadas por este recurso de atendimento compartilhado.

5.2 Organização das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica: diretrizes e possibilidades

Considerando que “A Atenção Primária de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Pan-americana de Saúde, referendada pelos Estados Membros para a consecução da meta Saúde para Todos no Ano 2000”, a Declaração de Caracas, de 14 de novembro de 1990, expressa:

1. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada a Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidado e tratamento devem:
 Salvar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
 Estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
 Propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário.
 (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990, p. 1-2).

Os cuidados primários de saúde referentes à Atenção Primária são:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade [...]. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (DECLARAÇÃO..., 1978, p. 1).

Devido à importância da Atenção Primária no primeiro contato das pessoas com os profissionais e à relevância em difundir conhecimentos a respeito da Saúde Mental, o Ministério da Saúde, nos últimos anos, estimulou ativamente a inclusão, nas políticas de expansão e avaliação da Atenção Básica, de diretrizes que remetessem à dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais graves de Saúde Mental. Tais diretrizes têm ressaltado o

desenvolvimento das equipes da Atenção Básica quando matriciadas por profissionais de Saúde Mental (BRASIL, 2007b).

Nessa perspectiva, no Dia Mundial da Saúde Mental, a Federação Mundial para a Saúde Mental traz como tema: “Saúde Mental na Atenção Primária: Melhorando os tratamentos e promovendo a Saúde Mental”. Realizada no ano de 2009, a campanha mundial de conscientização do Dia Mundial da Saúde Mental teve como objetivo expor a necessidade crítica de elevar a atenção da Saúde Mental a um maior nível de importância. A meta desta problematização é garantir um sistema efetivo de cuidado para a população, que promova uma saúde apropriada, segura e acessível que reúna todos os elementos necessários para promover um cuidado integral e um bem-estar a todos. E ainda se conclui “*no puede haber salud sin salud mental*” (FEDERACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD MENTAL, 2009, p. 2).

Esses movimentos refletem na importância dos trabalhos de articulação entre profissionais de Saúde Mental e Atenção Básica que têm ganhado força, visto que trabalhos acadêmicos nessa área são constantemente publicados. Mas, o que talvez esses trabalhadores ainda desconheçam é que:

A partir de 2005, os indicadores de saúde mental passaram a fazer parte do elenco de indicadores da atenção básica, embora a mudança no Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab) ainda não tenha entrado em vigor. Em 2006, foram incluídos parâmetros para ações de saúde mental na atenção básica (entre outros) nas diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI), publicados na Portaria MS/GM n.º 1.097, de 22 de maio de 2006, e intensificou-se o esforço de garantir o acesso da população, em especial nos pequenos municípios brasileiros, à atenção em saúde mental. (BRASIL, 2007b, p. 20).

Mesmo com essas iniciativas para um trabalho voltado para novos dispositivos que produzam uma relação entre profissionais mais próxima e, assim, delineando um cuidado diferenciado, ainda é expressivo, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b), o número de municípios onde existem profissionais de Saúde Mental lotados em Centros e Postos de Saúde, realizando consultas, atendimento individual, atendimento em grupo e desestimulados por não terem aquilo que as pessoas pedem. Realidade que observamos em Campos (2003):

Sempre haverá recursos insuficientes em saúde, a demanda tende a ser infinita, a maioria não quer morrer ou sequer sofrer, e a medicina e o SUS prometem cuidado e atenção, nossa oferta estimula as pessoas a nos procurarem. A saúde transformou-se em um direito, algo deste direito é possível de ser precisado, outra parte é ambígua e o direito à saúde é traduzido, na prática, pelo acesso a um exame complementar ou a um

medicamento e nunca teremos tudo que as pessoas demandam ou que os profissionais consideram necessário. Por outro lado, sempre poderemos construir um projeto de intervenção que tenha algum efeito terapêutico. Entre o que nós imaginamos como sendo ideal – nem sempre o mais adequado – e nada, há uma infinidade de intervenção prática. Em nome do ideal, muitas vezes ficamos com nada, o que é um absurdo (CAMPOS, 2003, p. 2).

Com a expansão das Unidades de Estratégia Saúde da Família na maior parte do país, a Atenção Básica torna-se referência para o acolhimento daqueles usuários que pertencem ao seu território e, neste sentido, as intervenções em Saúde Mental são agregadas como parte da rotina. Podemos destacar algumas experiências singulares de articulação entre a atenção em Saúde Mental e as equipes de Saúde da Família que se organizam a partir dos CAPS: em Pernambuco e Vale do Jequitinhonha (MG) são criados serviços próprios de onde as equipes de Saúde Mental acompanham as equipes de Saúde da Família; em Campinas (SP), as equipes de Saúde Mental que existiam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram inseridas na equipe de Saúde da Família com o papel de referência à especialidade e apoio à atenção integral da equipe generalista. Com base em diretrizes gerais, a atenção em Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde passa a desenvolver diferentes modelagens de norte a sul, acompanhando as mudanças (BRASIL, 2007b).

Um levantamento de dados recente do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b) aponta que nos municípios onde existem CAPS o acompanhamento às equipes da Atenção Básica tem sido organizado e realizado com base nesses serviços. Daí a importância da organização de planos municipais de Saúde Mental que, partindo da realidade local, planejam e implantam uma rede de Saúde Mental, por meio da organização de CAPS por território, obedecendo aos parâmetros de cobertura, com equipes ampliadas, para que esses serviços possam dar conta do trabalho de matriciamento às equipes da Atenção Básica, além dos demais dispositivos necessários a essa rede.

Tais dados revelam que, em muitos Estados, existem ações de Saúde Mental sendo desenvolvidas na Atenção Básica. Em alguns municípios existem ações sistemáticas, com apoio de profissionais de Saúde Mental. Porém, em grande parte dos municípios as ações apresentam menor regularidade e não contam com o apoio de profissionais de Saúde Mental.

É importante destacarmos, também, que nos municípios de menor porte que não possuem CAPS, mas contam com ambulatorios de Saúde Mental, o modelo ambulatorial não comporta a articulação com a Atenção Básica (lógica contrária ao que se pretende com o modelo psicossocial).

Nossa pesquisa apresenta algumas notas do processo tímido e lento no qual se deu a articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica em um pequeno município, a partir de um psicólogo do CAPS que inicia as atividades singulares de apoio junto a uma equipe de Estratégia de Saúde da Família e, posteriormente, outros profissionais se encorajam nessa tarefa. O Ministério da Saúde, em suas considerações, apresenta que as experiências das equipes matriciais de Saúde Mental e os processos de formação estão ainda em construção e complementa:

Não há dúvida de que a implantação, expansão e qualificação do apoio matricial é um dos principais desafios para a gestão da Política de Saúde Mental do país nos quatro próximos anos e para a garantia de acessibilidade à atenção, um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde. Do mesmo modo, o fortalecimento de uma política efetiva de formação continuada, que envolva tanto as equipes de saúde mental como as da atenção básica, deverá ser uma das principais prioridades se queremos dar conta de fato da integralidade do sujeito. (BRASIL, 2007b, p. 22).

Percebe-se que discutir a inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica, passa por discutir o Apoio Matricial. Nesse contexto, cabe considerarmos que, atualmente no Brasil, não há como se falar de Atenção Básica em saúde sem reportar-se à importante dimensão que assumiu a Estratégia de Saúde da Família. Sendo assim, o Ministério da Saúde define como princípios gerais da Atenção Básica:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006, p. 1).

Com base nesses princípios, os profissionais de saúde da Atenção Básica são permanentemente convocados na prática cotidiana a buscar integralidade, intersetorialidade, equidade, universalidade, respeito às leis Constitucionais.

Trabalhar com uma perspectiva ampliada do processo de saúde é condição imprescindível no planejamento e na execução das ações no campo sanitário, desenvolvidas por gestores e profissionais da Atenção Básica. Sinalizamos que, nesta gama de demandas de saúde que chegam às unidades da Atenção Básica, apresentam-se também, e com igual importância, problemas que concernem à Saúde Mental dos sujeitos. Este fato coloca em discussão a problemática dessas equipes de como atender, como acolher e como cuidar destas necessidades de saúde num espaço em que impera a racionalidade médica tradicional

Visto as dificuldades que as equipes têm em desempenhar estes princípios, dados do Ministério da Saúde apontam que a realidade das equipes de Atenção Básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “Saúde Mental”: 56% das equipes de Saúde da Família informam realizar “alguma ação de Saúde Mental” (BRASIL, 2003, p. 3).

Nessa compreensão, partimos da ideia de que a ESF enquanto formulação de um novo modo de cuidado comunitário, procura no momento atual posicionar-se muito mais como estratégia organizadora dos sistemas municipais de saúde do que como programa verticalizado de ações a serem cumpridas. Com isso, ressalta-se a maior possibilidade em se ampliar outras ações não restritas à composição da equipe mínima prevista pelo Ministério da Saúde.

Diante desses impasses e apostando em um atendimento que valorize a subjetividade do usuário, a Política Nacional de Humanização (PNH) conceitua clínica ampliada como uma das diretrizes do SUS que pode reorientar as práticas da Atenção Básica e conclui,

1) compromisso com o sujeito e não só com a doença; 2) reconhecimento dos limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos propostos; 3) afirmação do encontro clínico entre dois sujeitos (trabalhador de saúde e usuário) que se co-produzem na relação que estabelecem; 4) busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde; 5) aposta nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares; 6) fomento da co-responsabilidade entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (trabalhadores de saúde, usuários e rede social); 7) defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2008b, p. 55-56).

Já Campos e Amaral (2007) argumentam que “clínica ampliada considera fundamental ampliar o “objeto de trabalho” da clínica. Em geral, o objeto de trabalho indica o encargo, aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza”. Defendem ainda “Clínica do sujeito”

considerando “essencial a ampliação também do objetivo ou da finalidade do trabalho clínico: além de buscar a produção de saúde, por distintos meios – curativos, preventivos, de reabilitação ou com cuidados paliativos –, a clínica poderá também contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários”.

Contudo, nem sempre a Atenção Básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Às vezes, a escassez de recursos de pessoal, a falta de qualificação e ações de Educação Permanente acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com problemas de Saúde Mental é de fato uma tarefa complexa.

Nessa compreensão, podemos entender a importância de que as políticas da Atenção Básica concretizem de fato estratégias como Apoio Matricial, Educação Permanente, NASF, entre outras, que foquem, também, o cuidado em Saúde Mental. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização e uma busca a fim de garantir a eficácia das práticas que promovam um cuidado com base na integralidade e na cidadania.

Assim, essa problematização vai ao encontro do dispositivo Apoio Matricial que, além de ser defendido como uma diretriz do Ministério da Saúde, é parte integrante deste trabalho realizado em uma Unidade de Saúde da Família.

Por isso, acreditamos que seja necessário difundir esse debate de maneira mais aprofundada, levando essas reflexões aos profissionais e gestores (que ainda desconhecem esse trabalho), entendendo que qualquer processo de mudança institucional necessita do caminhar conjunto, sem imposições, mas sim construções conjuntas. Os sujeitos envolvidos na produção de cuidados devem também protagonizar essas ações de cuidado!

5.3 A Estratégia de Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), antes denominada como Programa Saúde da Família (PSF) veio a se caracterizar assim devido ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, pelo Ministério da Saúde. Foi uma das primeiras estratégias para se começar a mudar o modelo de assistência à saúde, ou seja, a forma como os serviços de saúde estão organizados e como a população tem acesso a esses serviços. Durante o cadastramento das famílias, os agentes percorrem as casas identificando os problemas de saúde, o trabalho dos primeiros agentes contribuiu para que os serviços de saúde pudessem

oferecer uma assistência mais voltada para a família, de acordo com a realidade e os problemas da comunidade (BRASIL, 2000).

A ESF é, considerada uma das formas de atenção primária em saúde, que tem como foco a família e objetiva reverter o modelo assistencial predominantemente biomédico, centrado na doença e no tratamento. É em decorrência deste objetivo o “programa” foi substituído por “estratégia”. (AMARANTE, 2007, p. 93).

O modelo biomédico a que se refere o contexto anterior caracteriza-se por um sistema centrado no hospital, de forma que a medicina moderna também se reproduziu nesse cenário. Amarante (2007, p. 93) faz uma pertinente afirmação quando discute a formação dos profissionais da saúde, “somos formados no hospital, fazemos ‘residência’ (isto é, moramos nos hospital)”. Este modelo de ensino nos instruiu “a lidar tão-somente com doentes, ou melhor, com as doenças dos doentes” (AMARANTE, 2007, p. 94). Realmente, nessa reflexão, fica claro que não aprendemos a lidar com pessoas, famílias e comunidades. Visto que:

Este modelo centrado na doença ocasionou uma outra característica: o “hiperespecialismo”. Cada especialista trata de um tipo apenas de doença; em geral, cada um lida com um só órgão do corpo humano. Em suma, a medicina levou ao extremo a ideia de que é a arte de curar as doenças, minimizando a ideia de que é, também, a arte de prevenir as doenças e de lidar com a saúde. (AMARANTE, 2007, p. 94).

Na concepção do mesmo autor, a ESF concebe o começo da possibilidade de reverter esta situação, investindo na promoção da saúde e garantindo a defesa da vida, estando junto à comunidade local de maneira a promover práticas de saúde conjuntas.

Para compreender a importância desse modelo de atenção para a saúde, cabe destacarmos o envolvimento da equipe de saúde com o dia a dia da comunidade local. A equipe tem o compromisso de organizar o serviço de saúde, de uma maneira que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenhe um papel fundamental na orientação das famílias e na atuação em situações que sinta segurança e capacidade de intervir. Assim, o ACS é o “elemento da equipe que realiza a vigilância à saúde, melhor dizendo, é a ponte entre as famílias, a comunidade e a unidade de saúde” (BRASIL, 2000, p. 32).

Com o objetivo de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, centrado no hospital, a partir de 1998, observa-se a expansão das áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família, nos municípios, estados e regiões do país,

consolidando-se, assim, como estratégia prioritária para a reorganização da rede de Atenção Básica (CANESQUI; OLIVEIRA, 2002).

Notamos que a ESF tem como papel estratégico a reordenação da porta de entrada na saúde. Desta forma, verificamos que a articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica apresenta-se como imprescindível e inadiável, implicando em transformações profundas nas práticas de saúde, afinal, os sofrimentos também adentram esse serviço.

O PSF, por sua vez, serviria como importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, centrar o cuidado na família, e não no indivíduo doente, trabalhar com os conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco, desenvolver atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental e, politizando as ações de saúde de modo a lidar com os determinantes sociais do adoecimento, realizar práticas intersetoriais e desenvolver o exercício da cidadania e os mecanismos de *empowerment*. (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007, p. 2377).

Franco e Merhy (2008) defendem o conceito de “substitutividade” como uma inovadora forma de intervenção do trabalho em equipe de saúde, aposta na utilização de novas tecnologias de cuidado fundadas no vínculo e das práticas profissionais domiciliares. O que nos remete à prática de apoio, dispositivo de atenção que supera a institucionalização profissional e agrega estratégias que potencializam a capacidade reflexiva dos profissionais, gestores e usuários do SUS, substituindo o modelo de gestão atual.

Já em relação à organização do fluxo, este não se resume apenas no agendamento de exames e de consultas; além de orientar, também as pessoas que necessitam de um suporte mais especializado, é função da ESF garantir o acesso a esse suporte e acompanhar as medidas que seguem, ou seja, a pessoa que faz um tratamento especializado em um determinado estabelecimento de saúde continua tendo como referência de cuidados e assistência à saúde aquela unidade. A equipe da Unidade Básica em que funciona a ESF é a Equipe de Referência das pessoas adscritas ao seu território de ação (MELO, 2008). Para entender melhor Equipe de Referência, dissertaremos mais sobre ela no próximo tópico.

5.4 Apoio Matricial – Equipe de Referência e Apoiadores: pactuando um cuidado ampliado

Com base na ideia do texto anterior, o Ministério da Saúde argumenta sobre a importância de organizar as ações de Saúde Mental na Atenção Básica, mas antes é preciso situar a *equipe* ou o *profissional de referência*, ou seja, aqueles que têm a responsabilidade em conduzir um caso individual, familiar ou comunitário. Essa metodologia de trabalho baseia-se no vínculo entre profissionais e usuários (CAMPOS, 1998).

A equipe de referência é um rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar. Procura fazer coincidir a unidade de gestão que compõe as organizações de saúde com a unidade de produção interdisciplinar. No caso, a menor unidade organizacional passaria a ser a equipe de referência. A equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento. Dentro dessa lógica, a equipe de referência é composta por distintos especialistas e profissionais encarregados de intervir sobre um mesmo objeto – problema de saúde – buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que operando com diversos modos de intervenção. (MELO, 2008, p. 19).

Desta forma,

Equipe de Referência é aquela que responde pela condução do projeto terapêutico, seja ele individual ou coletivo, de algumas famílias do território, uma vez que quando não se tem Equipe de Referência, a tendência é de os usuários e/ou famílias serem responsáveis de todos e, contudo, sem responsabilidade de ninguém, pois, o que ocorre são intervenções isoladas e pontuais. (NASCIMENTO, 2007, p. 28).

Já para Figueiredo (2006, p. 28), “[...] são as Equipes de Referência as responsáveis por ampliar a clínica, realizar os Projetos Terapêuticos ao médio e longo prazo, promovendo assim o vínculo e a responsabilização, para desviar a lógica de encaminhamentos desnecessários”. A esse respeito, Melo (2008, p. 60-61) acrescenta:

O Apoio Matricial trabalha junto a uma Equipe de Referência; o apoiador detém um conhecimento específico que é demandado pela ou oferecido para a ER. Por meio de determinadas estratégias, ele procura construir e ativar espaços de comunicação e compartilhamento de conhecimentos, agregando saberes específicos ao conhecimento da ER e colaborando na resolução de problemas de saúde. Dentre essas estratégias, apontam-se duas:

- 1- reuniões e encontros periódicos entre Equipe de Referência e apoiador(es), com o objetivo de discutir problemas levantados por essa equipe, além de elaborar Projetos Terapêuticos e ações de intervenção;

- 2- intervenção direta do apoiador em casos mais difíceis, que normalmente envolvem risco das pessoas envolvidas e componentes do Projeto Terapêutico Singular; essa intervenção é acionada por meios diretos de comunicação como, por exemplo, o telefone.

Podemos entender que o elo de trabalho entre as equipes de Atenção Básica, profissionais da Saúde Mental e outros profissionais da rede intersetorial (assistência, educação, cultura, etc) possibilita uma extensão da resolutividade à assistência em saúde, já que reconhece os riscos e a vulnerabilidade de cada caso singular, e se alicerça em um conjunto de elementos terapêuticos variáveis, conforme o sujeito (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Neste sentido, o AM permite a troca de experiências e de saberes entre distintos profissionais, sejam eles da saúde ou não, pois quando discutido um caso perante diversos segmentos da comunidade a responsabilização passa a ser compartilhada.

A construção de vínculo entre a equipe de referência e os profissionais da Saúde Mental é um recurso terapêutico e potente para condução das tensões existentes no campo da saúde coletiva. Assim,

Vínculo é um vocábulo de origem latina, é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A constituição de vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Do lado do paciente, somente constituir-se-á vínculo quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir, de algum modo, para a defesa de sua saúde. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por ela procurados. O vínculo começa quando estes dois movimentos se encontram: uns demandando ajuda, outros se encarregando destes pedidos de socorro. (CAMPOS, 2002, p. 1).

Para Franco e Merhy (2008, p. 1515):

O vínculo, enquanto diretriz do modelo assistencial, é indicador de positividade nas relações de cuidado, pois através do vínculo, se consegue um processo de trabalho mais dialógico, interativo, com pactuação do projeto terapêutico e, sobretudo facilita a relação entre todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidado.

Notamos, então, que os processos de trabalho nos CAPS apostam no vínculo como ferramenta que fortalece a relação com o usuário e torna essa relação ainda mais terapêutica. Desta forma, cabe aos profissionais que trabalham no CAPS e desenvolvem o Apoio Matricial

potencializar e ativar espaços nas UBSs e ESFs para que se possa discutir como ocorrem as relações entre profissionais e usuários.

O Apoio Matricial se sustenta na ideia de articulação do serviço de Saúde Mental com as unidades da Atenção Básica, permitindo e/ou facilitando o direcionamento dos fluxos da rede de saúde, isso significa dizer que os casos discutidos nas reuniões de matriciamento perdem a característica do encaminhamento, já que o caso passa a fazer parte da rede de saúde.

É um dispositivo capaz de articular um conjunto de estratégias fundamentais no processo de construção e de transformação da assistência em Saúde Mental. Recentemente, este arranjo institucional vem sendo discutido e incorporado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) como estratégia de gestão para a construção de uma rede ampla de cuidados em Saúde Mental, desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização. Apoiado nessa lógica, o Ministério da Saúde define que:

Onde houver CAPS, Oficinas e/ou outros equipamentos da Saúde Mental: os diversos membros dessas equipes de saúde mental farão o apoio matricial às diferentes equipes da atenção básica, programando sua carga horária para os encontros semanais, e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências. (BRASIL, 2003, p. 4).

O Apoio Matricial deve situar-se no campo da Atenção Psicossocial, no qual a rede social aparece como condição essencial para um atendimento integral, e mais ousadamente, como um modelo de atenção ao sofrimento que permita substituir o modelo médico centrado (MELO, 2008). A formação desta rede tem no CAPS seu articulador e pressupõe a influência mútua entre os diversos saberes disciplinados por suas especialidades e conceitos. Construir estratégias de cuidado diferentes daquelas que aprisionam os sujeitos depende da negociação entre diferentes membros de uma equipe junto às pessoas que usam o sistema. Depende, pois da horizontalização do poder entre esses saberes (interdisciplinaridade) sabendo que, por meio dela, os saberes podem se mesclar e agregar entre si a responsabilidade em relação à Saúde Mental.

Em linhas gerais, podem ser identificados, nas descrições acima, os princípios da integralidade da atenção e da participação social, além das propostas de ampliação do conceito de saúde-doença, da interdisciplinaridade no cuidado e da territorialização das ações, orientadores simultaneamente das ações do Modo Psicossocial de Cuidado e do PSF. (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007, p. 2376).

Desta forma, Moraes (1997) defende que a interdisciplinaridade se apresenta como alternativa para substituição de um jeito de produzir e transmitir conhecimento. Trata-se de uma possibilidade de se ampliar a visão de mundo, de nós mesmos e da realidade, no propósito de superar a visão disciplinar, sendo caracterizada como a possibilidade de um trabalho conjunto respeitando-se as bases disciplinares específicas.

A produção de cuidado não é propriedade de um segmento de atores particular, mas encontra-se referida às inúmeras combinações possíveis entre modelos de conhecimento, perspectivas e a capacidade de superar relações de hierarquia de conhecimento, que podem vir a traduzir as diferenças em desigualdade. (MOREIRA, 2009, p. 301).

Ou seja, “O trabalho interdisciplinar depende também de certa predisposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para tomada de decisão de modo compartilhado” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 404).

Dessa maneira, a Saúde Mental e a Rede Básica de Saúde têm um papel fundamental: colaborar com seus saberes para enriquecer a capacidade resolutiva das ações de cuidado. Nesse sentido, o Apoio Matricial pretende superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho, incluindo os processos de trabalho dentro da própria área. Além disso, pode ser um regulador de fluxo, que permite entender e diferenciar os casos que realmente precisam ser atendidos pela Saúde Mental e os casos que podem ser acompanhados pela UBS ou PSF, ou pelo menos ser acolhidos momentaneamente por esses profissionais, até que se entre em contato com os profissionais “matriciadores”. Para se compreender melhor a função do Apoio Matricial, o Ministério da Saúde define:

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe. A ampliação da clínica significa o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica e a dos sintomas, na análise singular de cada caso. (BRASIL, 2003, p. 4).

O “matriciamento” consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizado por uma equipe de Saúde Mental para equipes ou profissionais da Atenção Básica. Esse contato entre equipes permite relações horizontais entre os profissionais envolvidos com o cuidado ao usuário, como já citamos. Campos (1999) define, nesse contexto, a Equipe de Referência (ER) e o Apoio Matricial como sendo dois arranjos para a gestão do trabalho em saúde.

Esse modo de organização da atenção e do cuidado em saúde pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho, potencializando a integração interdisciplinar de conhecimentos e de experiências. Procura operar, também, com a perspectiva da construção da autonomia para os usuários. Sua utilização como instrumento concreto e cotidiano pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde. Isso indica a existência de dificuldades e obstáculos para a reorganização do trabalho em saúde a partir dessas diretrizes (DOMITTI, 2006).

Com o objetivo de garantir uma atenção integral para o usuário, a Equipe de Referência e de Apoiadores viabilizam juntos a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), defendido por Yasui (2006)¹ como aquele que se refere a uma subjetividade específica, mas não é um projeto solitário, isolado, pois se articula na multiplicidade de suas ações a outros projetos, com outras subjetividades, com propostas de produção de encontros em espaços variados e com diversos cuidadores. Só o diverso e o múltiplo para “dar conta” da complexidade do singular que se apresenta na demanda daqueles que buscam os serviços de Saúde Mental.

Nessa perspectiva, Yasui acrescenta, ainda, que o PTS é uma proposta de um conjunto de ações pactuadas (cabe aqui dizer uma negociação/nova rotina) entre diferentes atores: o usuário, seu familiar, integrantes da equipe e profissionais de outros serviços ativados a partir da necessidade do usuário. Uma vez estabelecido o PTS, um profissional incumbe-se da tarefa de ser a referência, de responsabilizar-se pela efetivação, ou seja, responsabiliza-se a articular as diferentes ações dos profissionais, por acompanhar, verificar e avaliar os efeitos das ações no usuário (YASUI, 2006).

Ou seja, por meio do Apoio Matricial ocorre efetivamente o “[...] encontro entre distintas perspectivas, obrigando os profissionais a comporem projetos terapêuticos com

¹ Na tese *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira* o termo original para essa citação é PTI e não PTS como foi referido, cabe informar que o autor concorda com essa alteração, pois é o termo mais correto.

outras racionalidades e visões de mundo” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 405). Esse movimento também é permeado por inúmeros conflitos, já que discutir um caso com diferentes profissionais significa compor diferentes visões sobre o mesmo contexto. Nas palavras de Campos e Domitti (2007, p. 405):

Trata-se de uma discussão prospectiva de caso, em que, depois de uma avaliação de risco e de vulnerabilidade compartilhada, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe. Ainda que seja possível uma descrição singela desse tipo de trabalho em grupo, não é simples, no cotidiano, estabelecer-se esse tipo de diálogo, com decisões e tarefas definidas de modo compartilhado.

Para Domitti (2006), o projeto terapêutico vem se estruturando de maneira favorável para verificar o tipo de relação entre os profissionais e usuários, uma vez que, nessa relação, se busca o tecimento de uma rede de cuidado que preza a autonomia das pessoas.

Carvalho e Cunha (2007) também discutem o Projeto Terapêutico Singular e consideram-no uma estratégia para propiciar uma atuação integrada de uma equipe e de facilitar um arranjo interdisciplinar. Os autores o definem como “[...] uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito doente e sua relação com a doença, para definição de propostas de ações” (CARVALHO; CUNHA, 2007, p. 847). O termo “Singular”, da expressão, aponta a peculiaridade de cada caso, ou seja, as diferenças que há entre todos os casos discutidos.

Podemos interpretar, neste trabalho, que a interdisciplinaridade advém pela intensidade das trocas entre os profissionais de saúde e pela condição de integração das profissões, no interior de uma ideação comum, assumindo uma corresponsabilidade perante as situações.

Assim, a fim de que essas ações possam de fato acontecer no cotidiano das equipes de saúde, é preciso que os profissionais estejam implicados com esse novo modelo de trabalho e, para que isso de fato seja possível, os apoiadores fornecem suporte às equipes que estão mais próximas do usuário, ou seja, à Equipe de Referência.

5.5 A Potência do Território na Atenção Psicossocial

Estamos discutindo, até então, as ações de Saúde Mental que refletem do campo da Atenção Psicossocial – entendida por uma multiplicidade criadora de práticas de cuidado com

dimensões político-ideológicas e teórico-técnicas que propõem um modelo de atenção à saúde alternativo ao modelo asilar ou hospitalocêntrico (COSTA-ROSA, 2000). Sendo assim, se faz necessário repensar no tema território, não como uma área delimitada que possui uma organização e uma delimitação com diferentes conceitos (geografia, biologia, política, etc) mas sim como local onde estão inseridos os Estabelecimentos de Saúde e os usuários – onde ocorrem as relações entre as pessoas e delas para com os profissionais da saúde.

Yasui (2010, p. 1) defende que o cuidado em saúde acontece “[...] para além das fronteiras do serviço e se articula em rede; para tal, é necessário e imprescindível olhar para o que está no território que o serviço habita; e, por fim, um alerta para a finitude de nosso trabalho como cuidadores”.

É no território onde se constrói os processos de cuidado para com as pessoas que este processo tem se tornado cada vez mais dinâmico, já que se transforma permanentemente em virtude das novas situações a serem enfrentadas cotidianamente. Uma visita domiciliar, por exemplo, mesmo que ela aconteça todos os dias para a mesma pessoa e na mesma casa, jamais será sempre da mesma forma, pois essa pessoa habita um cenário que por si só se transforma, trazendo para o sujeito significados singulares; então, o profissional também é afetado diariamente no ambiente em que trabalha. Deparamo-nos, diariamente, com vários atores sociais que compõem o cenário onde estamos, com interesses, ideologias, visões de mundo, religiões, éticas, étnicas e classes sociais diferentes. E aí está o desafio!

Novamente, nos reportamos a Yasui (2010), que em seu texto “A produção do cuidado no território: ‘há tanta vida lá fora’”, apresenta a seguinte reflexão crítica: “[...] é no território que se exerce o controle das subjetividades”, onde o poder disciplinar interfere na rotina cotidiana, modificando-a conforme a necessidade do mercado capitalista (corpo sarado, um jeito de se vestir, um remédio para ser feliz, etc.). Assim, todos aqueles modos característicos de cada região/território ficam comprometidos – “subjetividades capturadas e ansiosas pelo consumo” (YASUI, 2010, p. 3).

E que levante a mão o profissional que nunca se deparou em um acolhimento, na Unidade de Saúde, ou mesmo em uma visita domiciliar com uma mãe, cansada, tentando explicar ao filho que o brinquedo da TV é caro demais, que pode comprometer as contas da casa. Ou mesmo a menina que chora, pedindo a sandália do momento para o pai que, angustiado, conta os centavos que tem no bolso. Certa vez, esta pesquisadora/enfermeira estava acompanhando um usuário em uma clínica para realizar um exame e, após o término, pediu para que a secretária anotasse para ela a data em que o resultado ficaria pronto, esta anotação veio em um papel de bloco oferecido gratuitamente por um laboratório –

propaganda! Na impressão dizia: “A felicidade a seu alcance” essa era a frase que orientava a apresentação de um remédio com indicações para depressão. Certamente, quando alguém estiver mal, triste ou passando por um momento de intenso sofrimento, provavelmente se lembrará desta frase e do que vem junto a ela, e não se lembrará de um amigo ou um lugar que lhe traga conforto.

Em meio a essa alienação, modos alternativos de vida surgem – linhas de fuga –, definidos por Yasui (2010) como pessoas que estampam o seu estilo independente do que o comércio vende pela TV, revistas, outdoors, etc. Ainda existem subjetividades pulsantes que afirmam sua singularidade, como é visto pelos movimentos de hip-hop, grafiteiros, parada do orgulho gay e outros.

Desta forma, hoje, os espaços por onde circulam as pessoas não permitem que sua singularidade seja respeitada, com isso, a inclusão social não acontece, percebemos grupos de pessoas isoladas em suas alienações. Trazendo esse assunto para este estudo, o compromisso, então, em atuar como cuidador e potencializar ações que afirmem as singularidades das pessoas e as incluam socialmente é um desafio. Apostar no território significa adentrá-lo e enfrentar as tensões que este nos oferecerá. Ocupar esses espaços, lutar por aquilo que se acredita! A cidadania. Potencializar os usuários de Saúde Mental na apropriação do território da cidade na qual estão inseridos é um desafio!

Os profissionais do CAPS proporcionam encontros na cidade, aproveitando feiras, comemorações locais e eventos fora da cidade. O que percebemos é que a maioria das pessoas não consegue se posicionar nesse novo espaço. Isso se deve à cultura local? Ou seria um preconceito do próprio usuário, medo da discriminação? Como vencer o desafio de criar espaços de convivência nas cidades, negociar e articular alianças capazes de superar essa sofrida solidão? Como resgatar a cultura local e proporcionar encontros de pessoas loucas ou não?

Essas respostas estariam no mesmo caminho pelo qual percorre o novo modelo de atenção? Seguindo essa discussão, Costa-Rosa (2000) defende o modo de atenção psicossocial como uma construção de um novo olhar clínico, que vê além do sintoma. Envolve novas formas de intervenção, de relações humanas e de saberes sobre a loucura. Constituindo uma via transdisciplinar de atuação que ocorre no campo sociocultural. Assim, esse novo paradigma se consolidou como referência das estratégias em Saúde Mental, efetivando-se como um modo substitutivo ao modelo manicomial. Ou seja, é preciso ocupar os espaços sociais para que as pessoas percebam que o sofrimento psíquico não impede ninguém de assistir a uma cena de teatro ou a uma sessão de cinema.

No Brasil, as primeiras experiências em atenção psicossocial foram os Núcleos de Atenção Psicossocial de Santos e o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, estratégias inovadoras e singulares de cuidado em saúde, como citamos anteriormente. Os serviços alternativos ao modelo asilar têm como missão fazer parcerias com seu entorno, a fim de garantir que as pessoas consigam desenvolver laços sociais que permitam sua autonomia.

Os CAPS, segundo a Portaria nº 336 (BRASIL, 2002) em seu artigo 2º, deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território; e ainda no artigo 3º desta mesma Portaria, estes Centros deverão estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. A atuação territorial destes serviços surge para favorecer as mais variadas e informais formas de acesso, eliminando qualquer intenção seletiva de encaminhamento. A atuação territorial tornou-se imprescindível para a construção do modo substitutivo de Saúde Mental e uma poderosa estratégia de transformação social, trazendo uma referência mais humana para as práticas biomédicas e psiquiátricas. O Centro de Atenção Psicossocial é um serviço privilegiado para se entrar em contato com a realidade de um território e perceber a complexa rede de relações que constituem os conflitos, os sofrimentos, as crises, a experiência da loucura, e por que não, tudo o que a população local produz para potencializar a vida (RIBEIRO, 1996).

Nesse contexto, a atenção à crise representa – para os profissionais, familiares e pessoas que fazem parte do convívio – um dos aspectos mais difíceis em relação à loucura. No modelo Modo Asilar, a ação terapêutica é baseada no medicamento; além disso, por meio dessa prática, pouco ou nada se considera acerca da existência dos sujeitos como atores implicados em seus problemas, tanto na formação desses problemas quanto na possibilidade de superá-los. Como consequência desta concepção, o “cuidado” é fundamentado na contenção, a qualquer custo, de medicamentos intravenosos de ação no sistema nervoso central para dopar a pessoa e outros meios (COSTA-ROSA, 2000).

Ao contrário disto, no contexto da Saúde Mental e Atenção Psicossocial, a crise é entendida como o resultado de uma série de fatores que são respaldados com o envolvimento dos familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos. Um cuidado que pode acontecer no território e ser mais terapêutico, já que é o local onde aquela pessoa vive. O Modo Psicossocial considera os fatores políticos, biológicos, sociais e culturais como relacionalmente determinantes da existência-sofrimento, usando, além da medicação, outros meios terapêuticos como psicoterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural. No

Modo Psicossocial, a prática em Saúde Mental investe no sujeito no sentido de seu reposicionamento em relação aos conflitos pelos quais o mesmo passa (COSTA-ROSA, 2000).

Trabalhar na lógica Psicossocial não significa apenas suprimir sintomas ou ir contra a medicalização, significa a possibilidade de criação de espaços de interlocução onde ocorram encontros de subjetividades e relações horizontais entre elas, que esse movimento ocorra no território e que inclua os trabalhadores de saúde na busca de um cuidado integral.

Trabalhar na lógica Psicossocial é, portanto, estar disposto a percorrer, as casas dos usuários a quem prestamos um cuidado e de conhecer quem faz parte da vida deles, é trocar ideias com seus vizinhos, parentes e até com aqueles que em um momento de crise aparecem do nada e conseguem ajudar. É reconhecer que os vínculos também estão nesses lugares, porém, não se dar por satisfeitos apenas com estes, pois a cada momento podem ser construídos novos laços de afeto. É mapear este cenário para fortalecer as pessoas de que elas têm outros lugares com os quais também podem contar, invertendo, assim, a atenção de tutela para a autonomia.

Lembramos de uma visita, juntamente com uma psicóloga, na casa de uma usuária que estava no CAPS há exatamente um mês. A pesquisadora estava voltando de uma licença e ainda não a conhecera, mas foi acompanhar a colega com quem o vínculo era bom. Referimo-nos a esse momento para valorizar as ações de cuidado domiciliar. Quando entraram na casa, a pesquisadora percebeu que sua presença incomodou a usuária, então, visto que não haveria problema em deixar a outra profissional lá, saiu. Ficou na frente da casa e, então, chegou a sogra, a irmã da igreja e o vizinho, começaram a falar sem parar. A sogra e a irmã dizendo que ela estava com o “capeta no corpo”, já o vizinho, que era macumbeiro, jogava praga nelas e nas profissionais que ali estavam (psicóloga e enfermeira). Muitas das questões psíquicas desta mulher se davam por conta desta situação, que nem ela e nem a família colocava nos atendimentos.

Por isso, é necessário que existam serviços de Atenção Psicossocial que possibilitem o acolhimento das pessoas em crise, e que todas as pessoas envolvidas possam ser ouvidas, expressando suas dificuldades, temores e expectativas, além de ser valorizado o cenário onde esta se encontra. É importante que sejam estabelecidos vínculos afetivos entre os profissionais e estas pessoas, a fim de que elas se sintam realmente ouvidas e cuidadas, que sintam que os profissionais que as estão escutando, estão efetivamente voltados para seus problemas, dispostos e compromissados a ajudá-las.

Portanto, a importância destes serviços estratégicos é assim definida por Yasui (2010, p. 4):

Entendo o CAPS como uma estratégia de produção de cuidados. Ou seja, como um arranjo institucional que se faz, desfaz e refaz na tessitura de uma rede de ações de cuidado, em uma diversidade de estratégias executadas para além das fronteiras do serviço, integradas e em associação a outras instituições e serviços. Isto pressupõe um olhar para além da “doença”. Um olhar sobre as necessidades das pessoas que acorrem e demandam ao serviço. Entender a saúde como uma produção social e agir sobre estes determinantes significa romper limites assistenciais, ousar e ir além. Mas, ao mesmo tempo, atentar para um tênue limite além do qual corremos o risco de criar uma estratégia que pode ter a pretensão de totalizar e controlar a vida do indivíduo. O sonho de uma psiquiatria preventiva era o de se infiltrar na trama cotidiana da sociedade e localizar a doença e o doente antes mesmo de sua emergência. O justo limite é aquele que escorrega no fino gelo entre produzir autonomia ou dependência, cuidar ou tutelar. Entre produção da liberdade ou da servidão.

Assim, esse tema vai ao encontro da oferta de Apoio Matricial às equipes da Atenção Básica, pois, os acordos que são firmados com as famílias do usuário e a Equipe de Referência para um momento de crise, por exemplo, acontecem, em sua maioria, no território e tem força maior quando é acionada a rede social. Pensar nessas estratégias faz parte dos encontros de Apoio, que têm potencialidades e precariedades a serem trabalhadas ao longo da construção deste espaço, já que este é também um novo espaço para os profissionais que se responsabilizam nessa estratégia de cuidado ampliado.

Em seguida, adentraremos no território desta pesquisa, onde ocorrem os encontros entre profissionais, usuários, familiares e comunidade local.

6 CONHECENDO O CENÁRIO DA PESQUISA

6.1 O Campo da Pesquisa

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS está localizado em um município de pequeno porte do Oeste do Estado de São Paulo, distante 428 km da capital do Estado. Esse serviço iniciou seus trabalhos em 2005, com o intuito de ampliar as ações territoriais de Saúde Mental, garantindo o acompanhamento dos usuários com intenso sofrimento psíquico, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Este dispositivo é decorrente do movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, a qual propõe a construção de modelos de assistência aos usuários da Saúde Mental que compreenda: a inserção social dos usuários; a estimulação da participação dos usuários nas decisões referentes ao seu tratamento e na organização do cotidiano do serviço; o desenvolvimento de ações que culminem no aumento da autonomia dos usuários; o desenvolvimento de uma abordagem clínica e interdisciplinar dos casos, para integrar diferentes saberes na compreensão integral dos sujeitos; a construção de referência para os serviços de saúde do município e o cumprimento do disposto pela Portaria n°336/02.

Atualmente, a equipe do CAPS, é composta por três psicólogos, uma assistente social, uma médica psiquiatra, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um escrivão, uma auxiliar de serviços gerais, uma terapeuta ocupacional, dois aprimorandos e estagiários do curso de Psicologia. Esta equipe desenvolve várias atividades, tais como: oficinas terapêuticas; psicoterapia individual; grupos terapêuticos e de familiares; visitas domiciliares; consultas psiquiátricas; acompanhamento de medicação e serviço social; além da construção conjunta e revisão dos Projetos Terapêuticos Singulares.

O Departamento de Saúde Mental é composto, além do CAPS, pelo Ambulatório de Saúde Mental que está localizado no mesmo prédio onde estão a Secretaria da Saúde, uma Unidade Básica e o Ambulatório de Especialidades. A equipe é composta por uma médica psiquiatra, cinco psicólogos, uma assistente social, uma escrivã e a articuladora de Saúde Mental, também Psicóloga. O Ambulatório de Saúde Mental faz parte de uma especialidade, mas possui uma singularidade, se comparado às outras especialidades. As pessoas que chegam até o serviço possuem diversos encaminhamentos, seja do clínico, da Santa Casa, dos Distritos, de outras especialidades, e ainda existe a demanda espontânea. Esses

encaminhamentos evidenciaram que o fluxo do serviço de saúde necessitava ser reorganizado. As ações conjuntas entre CAPS e o Ambulatório de Saúde Mental se resumiam a uma reunião conjunta quinzenal e a organização de festas e de eventos. Por meio das discussões em Supervisão Institucional e na direção de uma só equipe, passamos a realizar reuniões conjuntas semanais, nas quais os casos são discutidos na presença de toda a equipe, de maneira a pensar junto e se corresponsabilizar pelas ações territoriais. Este processo será descrito detalhadamente mais adiante.

Para uma compreensão do Apoio Matricial é necessário falar da Equipe de Saúde da Família que foi a Equipe de Referência para este trabalho. A ESF localiza-se em um Distrito, distante 13 km da sede do município e se liga a este por uma rodovia. Localizado às margens da rodovia Raposo Tavares, caracteriza-se como um importante ponto de parada para viajantes, fato este responsável pela movimentação do comércio e geração de emprego à população local. O distrito é povoado por 881 pessoas, sendo 300 famílias na sede e zona rural.

O distrito possui todas as ruas pavimentadas e serviço de água potável. Conta com um restaurante frequentado pelos moradores das cidades vizinhas, um Centro Comunitário (onde se realizam velórios e festas), um Posto Policial, Posto dos Correios, Serviço Telefônico, um Hotel, uma Igreja católica, cinco Igrejas Evangélicas. Apesar de pouca criminalidade, há um ponto de drogas e prostituição, a qual está muito associada à parada de caminhoneiros – pela localização do distrito.

A equipe da Estratégia Saúde da Família é composta por: um Cirurgião Dentista, uma Enfermeira, um Médico Generalista, dois Auxiliares de Enfermagem, um Auxiliar de Saúde Bucal, quatro Agentes Comunitários de Saúde, um Motorista e um Auxiliar de Serviços Gerais.

A equipe atende as 300 famílias por meio das atividades de visitas domiciliares, consultas (médica, de enfermagem e odontológica), assistência de enfermagem na unidade e no domicílio, administração de insulina no domicílio (incluindo os finais de semana e feriados), grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes, aplicação semanal de flúor nas crianças da creche e escola, supervisão da escovação, caminhada com os usuários e transporte dos usuários para outras Unidades de Saúde.

6.2 Descobrimos o que é Apoio – O início da reestruturação da rede intersetorial em saúde

O município onde acontece esta pesquisa possui como porta de entrada para o sistema de saúde as UBSs no município e ESFs nos distritos (Atenção Básica). A partir dessa entrada, o usuário é encaminhado para as especialidades, se necessário, sendo a referência o Centro de Especialidades do município. Para ações de atenção mais complexa, os encaminhamentos são realizados pela Santa Casa municipal por meio de convênio ou para a referência regional (Hospital Regional de Assis). Podemos dizer que as ações de saúde são realizadas, então, por meio de diferentes níveis de atenção. Porém, o que percebemos são ações descontínuas, ou seja, cada serviço “trata” sua especialidade a fim de solucionar os problemas de saúde referentes ao nível de atenção correspondente, sem comunicação com demais serviços comprometendo, desta forma, a continuidade no tratamento.

No que se refere às ações de Saúde Mental o cuidado oferecido era centralizado apenas no Ambulatório de Saúde Mental por meio do Pronto Atendimento, a lógica de trabalho desenvolvida neste momento se baseava em escuta e encaminhamento do usuário. Com propósito de garantir aos usuários deste serviço uma atenção diferente daquela até então oferecida, já que as ações estavam fragmentadas e não ofereciam o cuidado necessário àqueles que faziam parte do serviço ambulatorial, dois profissionais, apoiados pelos gestores Municipais e Estaduais, pleitearam a implantação de um novo modelo de atenção para a Saúde Mental e, no ano de 2005, foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Com a criação do CAPS, houve um distanciamento entre os profissionais, uma vez que os mesmos ficam alocados em prédios distintos, outro desafio surge nesse momento – a lógica de trabalho. As práticas evidenciam duas equipes que atendem demandas diferentes: a primeira, do Ambulatório, responsabiliza-se pela chegada do usuário, seja por demanda espontânea seja por encaminhamentos diversos (médicos clínicos e especialistas, Santa Casa e escolas). Já a equipe do CAPS atua como “uma especialidade da Saúde Mental”.

Sendo assim, tornou-se evidente o distanciamento entre esses trabalhadores, então, para reorganizar as ações de Saúde Mental no município – de modo a responsabilizar toda equipe de Saúde Mental desde a chegada do usuário no serviço (acolhimento) até a definição de seu Projeto Terapêutico Singular –, foi necessário interromper o fluxo de trabalho e discutir propostas de ações conjuntas, focando outros equipamentos de saúde ou não, que também poderiam compor uma rede de cuidado mais ampla.

A gestão, frente a esse momento, proporcionou um encontro para repensar o processo de trabalho, que ocorreu em abril de 2008 e contou com a participação dos gestores, representantes da Secretaria de Saúde, profissionais da Saúde Mental e docentes da Universidade Estadual Paulista (Unesp), para se discutir e refletir sobre a reestruturação das ações de Saúde Mental. Essa discussão coletiva teve como base a experiência da supervisão institucional que contemplou a Equipe Multiprofissional do CAPS no ano de 2006.

Naquela reunião, ficou definida a necessidade de se dar continuidade à supervisão institucional, com financiamento da Secretaria da Saúde e participação de todos os profissionais da Saúde Mental (CAPS e Ambulatório de Saúde Mental). A supervisão pautou-se, inicialmente, nos temas da porta de entrada do serviço e da agenda dos profissionais, pois a fila de espera para atendimento naquela ocasião era de mais de 500 pessoas.

Por outro lado, contávamos com uma experiência singular de um psicólogo do CAPS que estava realizando Apoio Matricial a uma Unidade de Saúde da Família de um distrito próximo desde 2006². Este trabalho contou com a parceria da psicóloga Diretora do Departamento de Saúde Mental e se caracterizou por encontros semanais, partindo de uma demanda de discussão de casos, tanto pelo serviço de Saúde Mental quanto pela equipe da Estratégia de Saúde da Família.

Esta experiência e as discussões realizadas na supervisão institucional aumentaram a percepção da equipe sobre a necessidade de se construir espaços de discussões em outras Unidades de Saúde, focando a Atenção Básica. O objetivo era promover, junto às equipes de saúde, momentos para que estas refletissem sobre a forma como estavam produzindo saúde, sobre as necessidades dos usuários e da equipe, de modo a levar novos sentidos para a intervenção em saúde, propondo uma troca de conhecimentos entre profissionais e usuários, que produzisse novos modos de cuidar, rompendo com a lógica dos encaminhamentos e as filas de espera para a especialidade.

A partir desse momento, contamos com uma possibilidade de um trabalho diferente da lógica até então trabalhada e o apoio do psicólogo, que compartilhava com a equipe sua trajetória.

O reflexo dessas discussões foi a organização de duplas de apoiadores para iniciar e apresentar a proposta de apoio a duas UBSs e a uma ESF. Apenas o Centro de Saúde não foi escolhido em função dos vários serviços que ocupam o mesmo espaço físico (Atenção Básica,

² Este trabalho resultou na dissertação de mestrado *Uma Experiência Baseada no Apoio Matricial em Saúde Mental: estratégia para um atendimento integral* (MELO, 2008), defendida na Unesp de Assis.

diversas especialidades médicas e a sede da Secretaria Municipal de Saúde), descaracterizando-o como uma Unidade Básica de Saúde.

Começamos, então, a nos questionar sobre quais recursos teórico-conceituais e qual sustentação política tínhamos, para estar com os profissionais da Atenção Básica; pois além de discutir os casos, o espaço no cotidiano das equipes deveria ser negociado junto a eles. A experiência do psicólogo que já estava engajado nesta atividade foi muito importante e, com o suporte dele, decidimos nos encontrar quinzenalmente para estudar sobre o tema Apoio Matricial e selecionamos textos que relatavam esta experiência junto a diferentes equipes.

Apesar da nossa inexperiência frente a essa nova tecnologia para o trabalho, estávamos dispostos a trabalhar de outra maneira e garantir o acesso ao serviço, reduzindo a lista de espera.

Para iniciar a estratégia de reorganização do fluxo de atendimento da Saúde Mental, trabalhamos no desenvolvimento do fluxograma analisador dos serviços e, com base neste, observamos as necessidades de mudanças do que era até então oferecido à população.

Durante os encontros, foi ficando visível a forma como o usuário ficava indo de agendamento a agendamento, até entrar em uma fila de espera. A partir deste momento, fizemos a leitura da real importância em descentralizar as ações no território, apostando no acolhimento para aumentar a acessibilidade do serviço.

6.3 Os Recursos do Território

Foram levantados pelos profissionais os recursos disponíveis no município, a fim de se efetivar possíveis parcerias, bem como fortalecer aquelas já estabelecidas, evitando os encaminhamentos e facilitando o acesso ao serviço de Saúde Mental. Desta maneira, olhamos para a rede social em que estamos inseridos e para os segmentos com os quais podemos contar (SARACENO, 1999). Descobrimos, nesse caminho, que não estamos sozinhos e que já contávamos com a presença de outros serviços, mas era necessário aprimorar e fortalecer essas relações. Os profissionais se dividiram e realizaram contatos com as Secretarias Municipais (Educação e Cultura, Assistência Social), Fundo Social, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Conselho Tutelar, Fórum, Centro Educacional Paula Souza, Centro Vocacional Frei Paulino, Empresas, Polícia Militar, Santa Casa e representantes das UBSs e ESFs. Esses contatos nos permitiram repensar com quem contávamos e perceber

melhor aquilo que oferecíamos. Estávamos tão habituados a trabalhar de maneira repetitiva, que somente com estes contatos foi possível perceber que vários grupos trabalhavam com a mesma finalidade, porém, em locais diferentes, em uma clara duplicidade de ações.

A partir desse momento, dois profissionais da equipe de Saúde Mental iniciaram um trabalho conjunto com o Fórum. Esse movimento iniciou-se em virtude da necessidade em discutir e organizar ações acerca de uma usuária que estava desprovida de suporte familiar.

Por meio da participação em reuniões semanais no Fórum, foi se fortalecendo uma rede que, posteriormente, foi formalmente definida como Rede Intersetorial de Discussões de Casos que conta com vários segmentos (Assistência Social, CRAS, Conselho Tutelar, Casa Abrigo, Polícia Militar, Santa Casa e representantes das UBSs e ESFs). Esses encontros definem ações conjuntas e divisão de tarefas para os casos discutidos e, posteriormente, esses casos são levados às reuniões de equipe de cada serviço, agregando diversos saberes e descentralizando, ainda, algumas tarefas para esse cuidado.

A aproximação com outros serviços levou os profissionais a refletirem sobre a chegada do usuário no serviço e como este era recebido, percebendo com mais veemência a urgente necessidade da desconstrução da ideia de porta de entrada, que acontecia somente no ambulatório, por meio do Pronto Atendimento.

6.4 Articulando Território, Apoio e Acolhimento

Definimos, então, uma delimitação territorial para o acolhimento, baseada no atendimento já estabelecido à população pelas UBSs e ESFs. O que estava definido então é que as pessoas que fazem parte do território da Unidade Básica de Saúde que está próxima do CAPS e procurassem esse serviço seriam acolhidas por uma dupla, desta forma propondo-se a desconstruir a ideia de porta de entrada única e ampliando ações de cuidado no território.

Este movimento da equipe de Saúde Mental só faz afirmar aquilo que já está estabelecido na Portaria nº 336/02 (BRASIL, 2002), que os “CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”.

Yasui (2006) entende “lógica do território” como um conceito central, norteador das ações a serem construídas pelo serviço. O autor afirma a existência do CAPS como estratégia organizadora da rede de cuidados, porém, é preciso estar atento, pois o território também pode possuir outras lógicas levando à sujeição e dominação, contrárias àquelas que desejamos implementar.

Para o geógrafo Milton Santos (1999, p. 46),

O território leva em conta todos os objetos existentes numa extensão contínua, todos sem exceção, supondo a existência dos objetos como sistemas e não apenas como coleções: a utilidade atual dos objetos, passada ou futura, vem exatamente do seu uso combinado pelos grupos humanos que os criaram ou que os herdaram das gerações anteriores.

Sendo assim,

Ele nega uma visão tradicional da geografia que considera o território como um objeto estático, mas defende o conceito de objeto dinâmico, vivo de inter-relações. Critica a visão descritiva da geografia, propondo uma revisão de seus fundamentos e métodos para detalhar as influências recíprocas do território com a sociedade, seu papel essencial sobre a vida do indivíduo e do corpo social. (YASUI, 2006, p. 117).

Um caminho para essa discussão é apresentado por Santos (1999), que considera importante compreender o conteúdo geográfico do cotidiano de maneira a desvendar a (re)produção da vida social além de revelar vulnerabilidades em saúde.

À vista do acima exposto, podemos trilhar na perspectiva de um entendimento do território que supera a noção de uma delimitação geográfica sobre a qual um determinado serviço se torna responsável pelo atendimento das pessoas adscritas naquele local (YASUI, 2006).

As ações cotidianas da equipe de Saúde Mental (CAPS e Ambulatório de Saúde Mental) inicialmente predominaram-se no espaço do serviço por meio do acolhimento que também incluía os profissionais da enfermagem, já os contatos com as Unidades de Saúde aconteciam, ainda que de maneira muito discreta. Mas já se difundia a necessidade em se potencializar os trabalhadores da Atenção Básica pela escuta do sujeito. Pois,

Acolher e responsabilizar-se são importantes conceitos não apenas para a produção de cuidado e na organização dos serviços substitutivos de saúde mental, mas são centrais como instrumentos conceituais para uma proposta de mudança de modelo assistencial na saúde. (YASUI, 2006, p. 133).

Pensar em acolhimento fez a equipe repensar no desafio de nortear ações de cuidado com base nos princípios do SUS. Priorizar um atendimento com qualidade e participação ativa de gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS. Procuramos nos distanciar do trabalho voltado apenas para os sintomas que a pessoa apresenta e encaminhá-lo

para o especialista que irá avaliar a melhor conduta. Para pensar como estamos recebendo esse usuário, já que a grande maioria busca apenas uma escuta. “Desdobra-se daí a questão do acesso aos serviços que, de modo geral, é organizado burocraticamente a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento” (BRASIL, 2004a, p. 7).

Com uma fila de espera de mais de 500 pessoas e um Pronto Atendimento que funcionava quatro dias pela semana e oferecia apenas seis vagas por ordem de chegada, a grande maioria das pessoas ficava desassistida e, com isso, procurava o CAPS. Em vista da necessidade de reorganizar esse fluxo, recorremos aos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e aos fundamentos no acolhimento para promover um trabalho que fortaleça os vínculos com os usuários e que, por meio deles, se possa corresponsabilizar tanto o profissional quanto o usuário, no cuidado com a saúde. A PNH define acolhimento como:

[...] uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde. Nesse sentido o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. (BRASIL, 2004a, p. 5 grifo nosso).

Para Luzio (2003, p. 50-51),

É importante construir novas utopias cotidianas para a transformação dos serviços de saúde mental, as quais possibilitem uma organização, um funcionamento das ações assistenciais de saúde e um acolhimento ao usuário, garantindo de fato os direitos, os desejos e as necessidades dos atores envolvidos nas referidas ações.

Com base nesse contexto, os profissionais do CAPS problematizaram a respeito desse encaminhamento, promovendo intensas reflexões acerca desse fluxo. O que passamos, então, a fazer era não mais encaminhar ao ambulatório as pessoas que chegavam ao serviço solicitando atendimento (seja ele psicológico seja psiquiátrico). Decidimos conjuntamente, em reunião, sentar em duplas com a pessoa e escutar suas queixas. Nesse momento, deixávamos que as vivências que trouxeram aquela pessoa até ali pudessem ser ditas, desse momento poderiam surgir outras ações, como retorno de acolhimento ou discussão de caso em reunião conjunta.

A mudança do processo de trabalho e do cuidado se fez, inicialmente, por meio do acolhimento nos dois espaços (CAPS e Ambulatório) e, logo em seguida, por meio do Apoio Matricial nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família. Isso teve como efeito imediato a diminuição dos encaminhamentos e a garantia do acesso ao serviço de Saúde Mental.

6.5 Reuniões de Educação Permanente

Queremos aqui destacar a importância destas reuniões, já que por meio delas se deu a aproximação entre pesquisadora e coordenadora da Estratégia de Saúde da Família que faz parte deste trabalho. Foram esses encontros que permitiram que o tema Apoio Matricial se tornasse familiar para esta equipe, pois a representante da ESF levava para as reuniões de equipe o que havia sido discutido nos encontros de Educação Permanente.

No município deste trabalho o Plano Regional de Educação Permanente (PAREPS) teve a participação ativa de dois profissionais do CAPS (definidos posteriormente como facilitadores deste processo em nível municipal) e buscou, por meio da Política Nacional de EP, instituir uma nova estratégia pedagógica a fim de superar as capacitações tradicionais (distantes da realidade dos profissionais). O foco desta ação pautou-se nos processos de trabalho (formação, atenção, gestão e controle social), o alvo foram as equipes e o locus de ação os coletivos, problematizando os incômodos (problemas e necessidades na realização das ações em saúde).

Os encontros entre os municípios da região que abrange a Direção Regional de Saúde de Marília aconteceram em Assis por meio de oficinas. Nesse contexto, foi ressaltada a necessidade de descentralizar as ações de EP para os municípios, focando aqueles que estão na linha de frente com os problemas. Desse modo, os facilitadores deste trabalho articularam os contatos com gestores, profissionais da Atenção Básica e profissionais da Saúde Mental, organizando encontros que aconteceram no CAPS.

Em uma das reuniões estavam presentes quatro representantes da Atenção Básica, dois da ESF, um representante da Secretaria da Saúde (coordenadora das ESFs) e cinco profissionais do CAPS. Os representantes das Unidades de Saúde criticaram a centralização da gestão, relatando que, mesmo as ações que faziam parte de sua competência técnica, deveriam ser comunicadas à gestão. O simples fato de estar ali para discutir sobre o Projeto de

Educação Permanente já gerava um desconforto, pois a Unidade está “descoberta”, e apontaram para a necessidade de “respaldo para esses encontros”. A coordenadora das ESFs questionou a necessidade de saber o tipo de gestão, isso porque estávamos em um período de mudança de gestor. Ela fez referência à gestão participativa e completou afirmando que “depende de nós também”.

Foi relatado pelos profissionais o desgaste que o processo de trabalho agregava em cada um. Afirmações como “está bagunçado” e “não existe territorialidade para com as ações em saúde”, tendo como exemplo usuários que passam em várias UBSs, conforme o médico que ele deseja “sobrecarregando algumas UBSs e fazendo com que o cuidado fique pela metade”. Apontaram, também, para o fluxo de atendimento, que é “interrompido” por outro profissional, “pula-se etapas de atendimento em consideração a parentesco”, desconsiderando o que preconiza o SUS. Outra situação que preocupava os trabalhadores se refere a mudanças constantes nas rotinas, sem que os trabalhadores tivessem participação.

Em relação à Saúde Mental, uma das coordenadoras de uma UBS argumentou com a seguinte frase para exemplificar a dificuldade em atender o usuário: “Não podemos atender casos da Saúde Mental, não temos tempo para ouvir”.

Esse momento abriu caminhos para apresentarmos aos profissionais as ideias sobre o Espaço de Apoio Matricial e enfatizar a possibilidade do trabalho conjunto mesmo que em serviços diferentes. Fizemos referência ao trabalho que já acontecia em uma unidade de ESF e contamos com relatos positivos da coordenadora desta unidade que estava presente. Ela apontou que os encontros fortaleceram a equipe, mesmo sem apoio da gestão – “Não discutimos só casos da Saúde Mental” –, salientou a coordenadora e comentou, ainda, que o fluxo dos usuários também ficou melhor definido, fato que ocorreu devido às discussões coletivas na unidade.

O recorte desta reunião evidencia a dificuldade cotidiana que as equipes de saúde têm para dialogar e problematizar como trabalham (PENA, 2009). Desta forma, torna-se importante repensar a respeito de um suporte para essas equipes do município citado nesta pesquisa, visto que as falas dos profissionais revelam desamparo. Cabe lembrarmos que a Saúde Mental é contemplada com a Supervisão Institucional, que são encontros que fornecem apoio às angústias dos profissionais, facilitando, assim, as ações, na medida em que colocam os profissionais para repensarem o seu processo de trabalho e as discussões de caso.

As reuniões de Educação Permanente foram a base para fortalecer o processo de reestruturação do serviço de Saúde Mental, uma vez que proporcionaram encontros entre os profissionais da Atenção Básica e a equipe da Saúde Mental. Além disso, explicitaram a

fragilidade dos profissionais em ocupar novos espaços até então desconhecidos. Sendo assim, a proposta de Educação Permanente colocou em debate a formação de recursos humanos na área da saúde. Nesse sentido, Ribeiro e Motta (1996) defendem que a socialização profissional é um processo de longo alcance que implica na incorporação explícita e implícita de formas de pensamento, valorização e atuação em diferentes âmbitos sociais (sobretudo na etapa universitária) e se completa e afirma no campo da prática, nas instituições de saúde, que são também instituições culturais e educativas, onde se modelam práticas profissionais e estratégias de inserção e competência do trabalho.

Nessa perspectiva, almejamos permitir conexões diversas entre pessoas, instituições, teorias, conceitos e práticas (novas formas de cuidado). A prática interdisciplinar na Atenção Psicossocial facilita um entendimento integral do sofrimento na vida das pessoas permitindo, assim, a construção de um atendimento integral como preconizado pelo SUS (MELO, 2008).

Nas palavras de Figueiredo (2006, p. 18),

[...] uma atenção integral, como a pretendida pelo SUS, só poderá ser alcançada através da troca de saberes e práticas e de profundas alterações nas estruturas de poder estabelecidas, instituindo uma lógica do trabalho interdisciplinar, por meio de uma rede interligada de serviços de saúde.

Campos (2000) defende que, para que o atendimento seja realmente baseado na integralidade, não deverá se inquietar apenas com os aspectos sociais ou somente com os aspectos referentes à constituição subjetiva. A integralidade aplica-se para considerar os fatores sociais, subjetivos e biológicos, para reconhecer as necessidades e as possibilidades e para agir junto a elas.

Sendo assim, é necessário apostar em estratégias que aproximem os serviços e os profissionais da área da saúde, fortalecendo-os para participarem ativamente na gestão dos serviços no qual trabalham e olharem aqueles que adentram os serviços de saúde – isso requer parar a rotina desgastante e repetitiva para olhar e escutar aqueles que sofrem e trazem nesse sofrimento uma história intensa, muitas vezes não “tratada” com medicações, procedimentos de alta complexidade e encaminhamentos diversos para as especialidades.

Desse modo, a *escuta* ofertada pelo técnicos e profissionais de saúde aos usuários, no cotidiano da atenção básica, assume em diversas situações a função privilegiada de concretizar em ato o ideário da integralidade, presente no “*corpus*” do SUS, mas que representa um verdadeiro desafio a ser garantido nas ações cotidianas de atenção à saúde, em todos os níveis de complexidade do sistema. (SILVEIRA, 2003, p. 59).

Há que se lembrar, também, que o termo integralidade aparece na Constituição Federal:

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

Pelo fato desse conceito trazer consigo ações de cuidado preventivas, defendidas por aqueles que executam as ações de saúde, cabe nessa discussão envolver a importância da escuta, que ocorre nesse encontro entre profissional/usuário. Assim, a integralidade pode caracterizar a organização das ações em saúde, pois inclui em seus princípios não só o adoecimento, mas também todo o contexto deste.

Os encontros de Educação Permanente entre os profissionais demandaram a iniciativa dos facilitadores, ocorreram independentemente da articulação e do interesse dos gestores, configurando-se, pois, como um analisador de que é possível trabalhar em lógicas diferentes, evidenciando a militância daqueles que estão frente aos problemas e não se contentam com os velhos protocolos.

É preciso restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso – todos os cidadãos devem poder ter acesso aos serviços de saúde – e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos indivíduos. Isto deve ser implementado com a conseqüente constituição de vínculos entre os profissionais e a população, empenhando-se na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, onde a defesa e afirmação de uma vida digna de ser vivida seja adotada como lema. (BRASIL, 2004a, p. 6).

Considerando estes aspectos teóricos conceituais que norteiam o trabalho até aqui desenvolvido, apresentaremos, a seguir, considerações sobre o método de pesquisa utilizado.

7 CAMINHOS METODOLÓGICOS E RESULTADOS DAS RODAS

A construção do conhecimento nas investigações em Saúde Pública está imersa em uma rede de determinantes sociológicos, políticos e ideológicos, que torna complexa a tarefa do pesquisador e o impulsiona a buscar novos caminhos para abordar o fenômeno estudado, metodologias que permitam coordenar as concepções teóricas da pesquisa e o conjunto de técnicas necessárias à apreensão de uma dada realidade, bem como a consciência crítica das limitações inerentes aos recursos técnicos utilizados, além da criatividade necessária para construir e conferir significação às informações encontradas em campo (SILVEIRA, 2003).

A escolha pela pesquisa qualitativa é defendida nas palavras de Minayo (1999, p. 21-22, grifo nosso), “Se falamos de Saúde ou Doença essas categorias trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico”.

Sendo assim, a pesquisa qualitativa se justifica pelo fato de que esse tipo de abordagem possibilita o reconhecimento de situações particulares ao tema estudado, que agregam fatores de ordem simbólica e discursiva. A pesquisa qualitativa se propõe a trabalhar com significados, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 1999).

E, ainda, conforme Minayo (1999, p. 21-22):

A rigor qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo. Isto implica considerar sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação.

A esse respeito, Melo (2008, p. 70) defende que:

A metodologia qualitativa possibilita ao pesquisador olhar para os diversos pontos que compõem a complexa relação entre as práticas em saúde mental e a criação de novas formas de cuidado alternativas às do Modo Asilar. Esse tipo de pesquisa permite, também, distinguir, no processo de construção dos cuidados via rede de saúde, as tensões entre os modelos de atenção à saúde, o que servirá de base para estabelecer um parâmetro de aproximação-distanciamento entre a integralidade e a Atenção Psicossocial.

Para o mesmo autor, a trajetória de cuidados em Saúde Mental depende e é atravessada por uma gama imensa de enunciados acerca da ideia de loucura e da ideia de saúde, o que faz acontecer ações específicas para esse campo, como as baseadas no Apoio Matricial (MELO, 2008).

Sendo assim, os procedimentos seguidos para se obter dados, na pesquisa qualitativa, se diferencia da ideia de “coleta de dados”, pois ocorre neste processo a participação ativa do pesquisador em todos os momentos da pesquisa (frutos do processo de trabalho de campo) permitindo que situações ocorridas informalmente e que são imprevistas façam parte dos dados da pesquisa (REY, 2002).

O trabalho de campo, neste estudo, nasceu das ações profissionais desenvolvidas pela pesquisadora que também é enfermeira do CAPS. Dessa maneira torna-se difícil separar as funções de pesquisador e de profissional. Sendo assim, como ficaria a “neutralidade científica”? Para Rockwell (apud SATO; SOUZA, 2001, p. 5), no que se refere à suposta neutralidade do investigador perante o fenômeno estudado e ao grau de implicação com os atores em campo, não existe entrada neutra no cenário da pesquisa: “O fato de não utilizarmos instrumentos visíveis de investigação e de estarmos ali, com eles, passando horas e horas observando, conversando, andando, muitas vezes como qualquer outro visitante o faria, é também motivo de curiosidade e, talvez, de apreensão” (ROCKWELL apud SATO; SOUZA, 2001, p. 5).

Assim, também para Cruz Neto (1998, p. 51), ao se tomar como referencial de investigação o método qualitativo, a compreensão do que vem a ser trabalho de campo passa pela ideia da “[...] possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo”.

Com argumentos a favor da adequação da pesquisa qualitativa ao seu objeto de estudo, Sraiber (1993, p. 73, grifo nosso) coloca em relevância suas características amplas que “[...] permitem explorar a subjetividade como objeto de conhecimento, promovendo resgates das dimensões subjetivas dos processos sociais, respeitando o todo complexo de sua constituição”

Neste sentido, optou-se aqui por apresentar o recurso metodológico utilizado conjuntamente com os resultados obtidos e sua discussão.

7.1 O Método Paideia – as rodas de conversa

No decorrer do processo de construção do espaço de apoio na unidade da ESF, utilizamos um método auxiliar de valorosa importância, o Método Paideia, defendido por Campos (2003) como um método que prioriza a construção e manutenção da cogestão nos Estabelecimentos de Saúde além de ter como objetivo estimular a capacidade crítica de análise dos atores envolvidos nos processos de cuidado.

Este método utiliza-se da articulação entre os saberes de cada profissional sem que o mesmo perca sua identidade ético-profissional, valoriza as profissões e suas especialidades e articula seus saberes de modo a promover a interdisciplinaridade. Ainda ressalta o caráter fundamental na criação de vínculos entre profissionais e usuários e, por meio deste, ocorre a circulação de afetos entre as pessoas, fazendo frutificar um Projeto Terapêutico Singular que valorize a autonomia das pessoas e as torne capazes de superar as frustrações cotidianas (CAMPOS, 2003).

Assim, o Método Paideia, também denominado Método da Roda, tem como definição:

- Um método que orienta o planejamento, a coordenação, a supervisão e avaliação dos processos de trabalho de uma equipe;
- Um arranjo que propicia a horizontalização das relações entre os trabalhadores;
- Valorização dos diferentes saberes e articulação destes para que os mesmos exerçam a gestão de seus serviços (CAMPOS, 2000).

Desta forma, as rodas potencializam as relações entre os sujeitos, promovem uma reflexão conjunta acerca das situações vivenciadas nos serviços de saúde e estimula que as decisões para estas situações sejam coletivas. Isso significa que as relações de poder são circulares possibilitando que todos possam opinar em determinada discussão, o afeto também circula nesse espaço e aproxima tanto os profissionais como os usuários dos serviços.

Campos (2003) assinala que formar rodas é criar espaços coletivos de reflexão e decisão de PTS, os círculos que se desenham pelas rodas é o lugar onde se circulam afetos e vínculos que, em determinado momento, são estabelecidos e rompidos em um processo dinâmico, durante todo tempo. Por intermédio desse espaço que o autor denomina “roda”, é possível mediar discussões sobre temas importantes que permeiam as Unidades de Saúde e envolvem as pessoas. O trabalho em roda pode elencar temas demandados pelo grupo (por

usuários ou profissionais) ou pelos apoiadores, assim, surgem vários temas que podem ser determinados por prioridade.

Para o mesmo autor, essas prioridades podem ser definidas segundo:

- temas que, de alguma maneira, interfiram na saúde do indivíduo;
- possibilidade coletiva em definir maneiras de enfrentar os problemas; e
- temas que mobilizam as pessoas (CAMPOS, 2003).

O Método da Roda foi valioso na condução desta pesquisa, no sentido de reafirmar a potência dos trabalhadores da ESF e do CAPS – e também dos usuários que frequentam esses equipamentos de saúde, instigou questionamentos frente aos problemas que surgem de suas vivências. A seguir, descrevemos outro recurso que nos auxiliou na análise deste trabalho.

7.2 Grupo Focal – Recurso Metodológico para Análise de Dados

O Grupo Focal (GF) foi elencado nesta pesquisa como mais um recurso metodológico, com base na necessidade de um maior aprofundamento de análise dos dados. Os GFs são grupos de discussão que dialogam sobre um tema particular, isso acontece, pois os mesmos recebem estímulos para que esse debate aconteça, favorecendo trocas e descobertas já que os participantes podem responder a questões em grupo (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

Ao pesquisador, o GF permite não só examinar as diferentes análises das pessoas em relação ao tema, mas também proporciona explorar como os fatos são articulados, censurados, confrontados e ressignificados por meio da interação grupal. Sendo assim, o GF se torna uma ferramenta importante para estágios exploratórios de uma pesquisa, quando se pretende ampliar a compreensão e a avaliação a respeito de um projeto, programa ou serviço, podendo ser utilizado junto a outras técnicas de coleta de dados (LERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Para organização do GF foi necessário eleger os sujeitos da pesquisa, que neste caso são os trabalhadores da ESF:

- Um Cirurgião Dentista;
- Uma Enfermeira;
- Um Médico Generalista;

- Duas Auxiliares de Enfermagem;
- Uma Auxiliar de Saúde Bucal;
- Quatro Agentes Comunitárias de Saúde;
- Um Motorista
- Um Auxiliar de Serviços Gerais

A formação deste grupo foi intencional, como é defendido por Dall’Agnol e Trench (1999), pois existe uma semelhança entre estes participantes. Optamos, nesta pesquisa, para a composição deste grupo, pelo critério dos profissionais trabalharem no mesmo serviço que recebe o Apoio Matricial, isso favoreceu a sincronia dos relatos de experiências e as necessidades dos trabalhadores. O número de participantes que compõem o grupo seguiu as orientações dos estudos sobre GF, neste caso, refere-se a 12 pessoas, considerado recomendável segundo Debus (1997).

Os encontros foram marcados nos dias em que as apoiadoras estavam na Unidade de Saúde da Família (USF), com o objetivo de seguir corretamente o que Dall’Agnol e Trench (1999) recomendam. Atentamo-nos para que o local fosse amplo, dotado de iluminação e ventilação adequadas. A sala escolhida foi locada na própria USF, pois, por se tratar de um ambiente já conhecido, favoreceria um clima agradável, confortável e acolhedor. Foram realizados dois encontros de GF, cada sessão durou em média duas horas, e os relatos foram gravados em MP3 e transcritos em um diário, na íntegra.

Durante os dois encontros, os participantes do grupo sentaram-se em roda, permitindo um bom contato visual entre todos os presentes. Utilizamos questões norteadoras para que os debates pudessem acontecer:

1. O que o Apoio Matricial promoveu de mudanças nas práticas individuais e/ou coletivas realizadas pela equipe?
2. Quais são os problemas mais frequentes que a equipe solicita o auxílio dos apoiadores?
3. No decorrer da construção do espaço de apoio foram encontrados obstáculos e/ou dificuldades?

Todos os grupos foram coordenados pela pesquisadora, que atuou como moderadora da discussão, facilitando que cada participante pudesse expressar suas opiniões e pareceres a respeito das perguntas norteadoras. Construímos, com base nas respostas, algumas categorias

sintéticas de análise que correlacionaremos com as falas dos sujeitos do Grupo Focal e situações vivenciadas durante os encontros.

A seguir, apresentaremos as categorias que surgiram a partir das falas dos trabalhadores, na discussão estimulada pela questão: O que o Apoio Matricial promoveu de mudanças nas práticas individuais e/ou coletivas realizadas pela equipe?

Acesso ao serviço de Saúde Mental

Antes quando alguém chegava aqui no serviço com algumas questões emocionais, era um sufoco passar com o psicólogo, nós não sabíamos o que fazer com a pessoa.

É muito importante quando temos os encontros semanais de apoio matricial [...] no começo demorou para se organizar e com o tempo aprendemos a nos reunir e até fazer pautas pra discutir.

Teve um tempo em que após uma consulta eu já encaminhava o paciente para o Pronto Atendimento de Saúde Mental, agora eu penso junto com meus colegas.

Os recortes de falas acima sinalizam que a aproximação dos profissionais do CAPS e da ESF facilitou o acesso das pessoas que realmente precisam de um cuidado em Saúde Mental mais específico. E facilitar significa também evitar os encaminhamentos, já que os encontros promovem um repensar sobre os processos de trabalho – uma lógica de trabalho inversa que promove uma continuidade na assistência a saúde.

Para os profissionais, a relação entre os serviços (Saúde Mental e a Atenção Básica) se traduzia em desamparo, já que a comunicação entre os mesmos era pouca ou nenhuma:

Melhorou a forma de atender as pessoas, hoje eu sei que se não conseguir atender aquela pessoa sozinha eu posso ligar para as psicólogas e pedir ajuda. Me sinto segura.

Os encontros semanais proporcionaram abertura para o diálogo entre profissionais e esse processo consolidou a construção não só do espaço de AM, como também na ampliação da rede de cuidados de saúde, pois se passou, então, a compor uma extensa linha de cuidado, que até então se resumia no espaço CAPS, e agora se estendia para a ESF, escolas, casa dos usuários, creches, espaços públicos do distrito. Neste sentido, o sujeito é acompanhado conforme sua necessidade pelos diversos profissionais da rede, profissionais que verbalizavam a dificuldade em lidar com as questões de Saúde Mental e que, depois de certo tempo, sentiam-se amparados e seguros.

As reuniões de Apoio à ESF promoveram uma contínua articulação entre os serviços de Saúde Mental e a AB, essa proximidade resgatou antigos projetos que a ESF já havia refletido no ano anterior. A equipe, em seu planejamento anual para o ano de 2009, elencou como meta ações de Saúde Mental para serem realizadas no território (grupo João e Maria):

O grupo João e Maria seria um espaço para as pessoas falarem de qualquer coisa, não queremos temas elencados por nós e sim pelas pessoas, também não precisa de coordenador.

O desejo da equipe em realizar ações de promoção em Saúde Mental já era evidente – nessa fala e no projeto de atividades anual. Porém, foi necessário refletir acerca dessa ação para fortalecer na equipe a realização deste grupo e sinalizar outras ações que já aconteciam desde que a equipe iniciou suas atividades e que não eram caracterizadas como ações de promoção em Saúde Mental, tais como: o almoço de domingo, realizado anualmente em dezembro com a participação dos profissionais e de toda comunidade na organização e preparo dos pratos a serem servidos; os passeios realizados fora da cidade com as crianças e os idosos; a festa junina que acontece anualmente com a participação dos moradores do distrito e profissionais – festa que recebe as pessoas da região e que são convidadas a trazer um prato de salgado ou doce.

Corresponsabilização

A lógica de trabalho dos serviços de saúde funciona por meio de encaminhamentos, cada setor ou profissional realiza os atendimentos de sua especialidade. Essa forma de trabalhar impossibilita uma ampliação da clínica – do olhar para aquele que procura alívio para suas dores, físicas ou psíquicas, entendido na frase: *“Pra mim é mais fácil ir lá e fazer a injeção e entregar os remédios, acho ruim ficar vendo ela chorar”*.

As ações de cuidado até então realizadas não valorizavam o sujeito, o olhar focava apenas o sintoma relatado, isso faz parte da lógica de trabalho dos serviços de saúde.

“A gente acaba tendo uma visão de que todos os pacientes eram poliqueixosos, isso era mais um diagnóstico”. Percebemos, nessa fala, uma crítica clara em relação à visão que os trabalhadores tinham a respeito dos sujeitos que atendiam. Assim, uma dor de cabeça constante e intensa, geralmente é diagnosticada como enxaqueca, não se avaliando as condições em que essa pessoa vive, como são as relações que ela estabelece com as outras pessoas, etc. É preciso repensar esta lógica de trabalho.

Depois que o apoio começou e as reuniões se tornaram periódicas eu gostei de discutir os casos de nossos pacientes. Nunca pensei que escutar as dificuldades deles poderia fazer tanto sentido no jeito de cuidar.

E também refletir sobre como os sujeitos, em determinados momentos, requerem auxílio clínico, em outros, psíquicos, odontológicos etc. Para a ampliação desta clínica, é necessário um diálogo entre esses profissionais que compõem as diferentes áreas do conhecimento. É preciso haver espaços de trocas entre profissionais, pois a responsabilidade pela saúde dos sujeitos deve ser compartilhada, na garantia da integralidade da assistência.

As reuniões periódicas começaram a fazer sentido para os profissionais no momento em que estes começaram a entrar em contato com o sofrimento dos sujeitos a quem prestavam algum tipo de cuidado.

“Tinha algumas visitas que eu não entendia por que a paciente chorava tanto, depois que discuti, eu entendi e acho que pude ajudar ela”. Situações como essa trouxeram angústias e incertezas, como por exemplo, como lidar com o choro. Então, alguns profissionais preferiam mudar de assunto ou tentar fazer a pessoa rir, como visto nessa fala:

Quando comecei a fazer visitas para ela era um chororô só! Eu tentava mudar de assunto, fazer ela rir, aí cansava e ia embora. Agora eu pergunto o que está acontecendo e escuto, sabe que deu certo parece que ela ficou mais forte, ah [...] eu dou algumas orientações porque também sou mãe.

Esse momento do Apoio evidenciou que nem todos os usuários eram poliqueixosos e que atrás do choro havia uma história de vida que precisava ser ouvida. Essa escuta do sujeito pode acontecer na unidade ou fora dela. Percebemos que este momento demonstra a fragilidade da profissional em lidar com esse momento, diante disto, as visitas começaram a ser realizadas em dupla, a escuta também fica mais rica para posterior discussão.

Durante a realização dos encontros profissionais da Equipe de Referência, explicitaram uma solicitação em ter um retorno de casos que, após discussão no Apoio, eram levados para as reuniões da Rede Intersetorial. Esta solicitação revela que a aproximação entre os serviços estimulou a corresponsabilização pelos casos. Os trabalhadores, valendo-se das discussões do Apoio, também entram em contato com sua referência no serviço de SM (as apoiadoras), quando se sentem inseguros: *“Eu sei agora que o caso não é só nosso, podemos contar com outros profissionais, parece que agora eu me sinto mais forte”.*

A participação dos Agentes Comunitários como acompanhantes em consultas psiquiátricas, grupos e oficinas no CAPS, agora acontece com frequência, além de ser fato

determinante para o contato com o sofrimento psíquico desmistificando os “chiliques” relatados no GF: *“Quando eu fui acompanhar ela na consulta pude ver que não era chique”*. Assim, o Apoio, estimulou o vínculo destes profissionais com os usuários de sua área de cuidado.

Possibilidade de agregar conhecimentos

Para as apoiadoras, essa nova maneira de trabalhar em Saúde Mental também era novidade. Foi proposto aos trabalhadores leitura de textos (experiências de Apoio em outros lugares, que entre erros e acertos foi se consolidando um trabalho diferenciado), com o objetivo de garantir uma compreensão deste novo arranjo para o trabalho. Além dos textos-estratégia, discutiram-se casos e sinalizaram-se conceitos-chave que eram realizados nas ações de saúde. As informações trazidas para os encontros eram fragmentadas, mas foi por meio desse conteúdo que foi possível pensar na história dessas pessoas que chegavam até os profissionais com mais sofrimentos emocionais que dores físicas. Entendemos que existe, por parte da equipe, uma noção de que o especialista sozinho não consegue oferecer um cuidado integral, mas quando agrega seu conhecimento aos demais trabalhadores, pode ampliar esse cuidado como é relatado: *“Todo caso que me preocupa e eu não sei o que fazer discuto com a equipe e juntos é que decidimos, às vezes chamamos a pessoa na unidade para orientar”*.

A necessidade deste espaço de diálogo entre profissionais da ESF aparece na seguinte fala: *“Acho muito diferente falar nas reuniões e o que falei ser levado em consideração para um paciente, com essas reuniões de Apoio isso começou acontecer”*. Aqui percebemos a angústia de uma trabalhadora que em algum momento gostaria de contribuir com seu saber para determinado caso, mas não se sentia ouvida pelos demais colegas. Essas falas que seguem em nosso texto, confirmam que os encontros de AM foram estratégicos para uma mudança do processo de trabalho que limitava e fragmentava o cuidado, comprometendo o princípio da integralidade. O usuário era encaminhado para o serviço especializado portando uma guia de referência que continha poucos dados a respeito de sua vida, porém repleto de diagnósticos e sintomas (ansioso, se irrita facilmente, não consegue dormir, etc).

A valorização das diferentes profissões pode acontecer a partir das discussões de casos, pois todos que fazem parte da roda são convidados a contribuir. A possível horizontalização do poder pode ser alcançada quando os trabalhadores se colocam lado a lado com um objetivo comum, chegar a um consenso sobre o que é um cuidado integral para determinado sujeito. Na fala da trabalhadora atenta-se para o fato de que foi por meio de um

apoiador (alguém de fora da equipe) que ela passou a fazer parte das reuniões e foi ouvida e valorizada, mesmo não tendo uma posição articulada na equipe conseguiu se colocar.

Observamos que a visita domiciliar conjunta entre profissionais da ESF e apoiadores foi um dispositivo importante para uma maior aproximação e posterior construção de vínculos entre trabalhadores e usuários. E, com base neste vínculo, se ampliou um olhar diferente daquele que antes preocupava-se apenas com as regiões do corpo que adoecia.

Em uma das reuniões, uma profissional relata a seguinte preocupação: ela tem a impressão de que o número de casos de SM estava aumentando. Então, refletimos junto à equipe essa importante situação: Os casos de SM estão aumentando ou mudou o olhar para essas pessoas? Agora, quando uma mãe chora muito porque perdeu seu marido e ficou com uma criança para cuidar sozinha na roça, não é passado remédio nem encaminhado para a SM de imediato e sim são realizadas visitas, ouve-se o que ela tem a dizer, suas angústias, seus medos e expectativas ou, às vezes, simplesmente, fica-se ao seu lado. Casos como este são discutidos na reunião da equipe e levados para o matriciamento para fortalecer as ações.

Nota-se, em alguns fragmentos das falas, o esboço de Projeto Terapêutico Singular (PTS). A equipe começou a perceber a singularidade que existe entre os sujeitos a quem prestam um cuidado e a delinear juntos ações de cuidado diferenciadas para cada pessoa, considerando a importância do local onde essas pessoas moram, como vivem e como já viveram.

Cabe destacar que, durante os encontros de Apoio Matricial, ao nos sentarmos em roda e ficarmos frente a frente, nos aproximamos da realidade desses profissionais; vivenciamos suas angústias, seus medos e desconfortos em lidar com as pessoas que sofrem psiquicamente; conhecemos as normas e as rotinas que regem o funcionamento desse coletivo. E também pudemos nos colocar como trabalhadores, não detentores de um saber específico e superior, mas como alguém que estava ali também para aprender e construir conjuntamente um espaço de trocas, com as angústias, medos e desconfortos, já que não existe um protocolo para ser apoiador.

A seguir, apresentaremos as categorias suscitadas a partir das falas dos trabalhadores, na discussão estimulada pela questão: Quais são os problemas mais frequentes que a equipe solicita o auxílio dos apoiadores?

Dificuldades com outra instituição

Não sabemos o que acontece, por que todo aluno desta professora é encaminhado para o psicólogo?

Onde já se viu, a professora mandar uma mãe levar o filho dela para a psicóloga porque ele bagunça!

Percebe-se a apreensão dos trabalhadores da ESF, com um fluxo de encaminhamentos de crianças para a Saúde Mental. O que foi discutido no GF se refere à frequência de crianças encaminhadas por uma professora a Unidade de Saúde portando um encaminhamento para o psicólogo. Essa discussão teve escuta nas reuniões de Apoio Matricial de forma que definiu-se que: *“Precisamos mesmo falar com a professora e com a diretora da escola, vamos definir quem vai?”*. Essa fala é de extrema importância, pois o espaço das reuniões, além de garantir troca de conhecimentos entre os trabalhadores, está definindo que essas dificuldades devem ser trabalhadas conjuntamente. Assim, é necessário expandir discussões focando a exigência de condutas normativas que não educam e sim aprisionam a subjetividade dos alunos.

Angústia em lidar com o sofrimento psíquico

“A assistência naqueles casos que a pessoa chora demais e não sabemos se é choro ou a depressão”. Neste momento, o grupo se questiona sobre essa fala de um dos trabalhadores, dificuldade em saber diferenciar o tipo de cuidado que está mais evidente é de não saber diferenciar o choro persistente da depressão, isso chama a atenção pelo fato de existir uma necessidade de um diagnóstico, a ideia de Apoio não desconsidera o diagnóstico, até podemos discutir. Porém, outra fala nos chama a atenção, já que considera o sujeito e não o diagnóstico:

Lembra quando ela não saía de casa pra nada, só chorava e não aceitava o remédio, o marido queria internar porque da outra vez resolveu, nós demos o remédio todos os dias e acompanhamos ela.

O carinho e o acompanhamento do tratamento criou um vínculo.

Percebemos uma divergência nas falas dos trabalhadores, o que é natural, pois cada trabalhador tem seu tempo para assimilar essa nova maneira de cuidar das pessoas. Acreditamos que isso seja esperado, já que cada caso possui, também, uma singularidade e notamos que quanto mais um caso é discutido, mais interesse surge a seu respeito, como por exemplo estudar o prontuário do sujeito, proposto por um membro da equipe, a fim de cruzar informações colhidas em visitas e aquelas de anos atrás contidas neste documento.

Outro momento sinalizado pela equipe que trouxe muitas reflexões foi o suicídio de um cuidador: *“Nunca pensamos que ele poderia se matar porque toda vida ele que cuidou do*

irmão que é parapléxico, agora o que não pensamos é que o cuidador também precisa de cuidado”.

O clima durante o grupo se torna bem tenso e algumas pessoas se emocionam, é notado o amadurecimento dos trabalhadores também, que por si só questionam sobre suas ações e repensam em suas ações de cuidado: *“Agora tem que ser um exercício, realizar as visitas e envolver toda família nesse acolhimento”.*

A parceria entre os serviços de modo a compor uma rede de cuidados ampliada fica evidente em: *“Eu me lembro quando ela tomou todo remédio e depois teve que fazer lavagem, foi uma correria e depois disso eu tinha que desabafar porque parecia que a gente era culpado, agora tem que pegar toda semana no CAPS”.*

Apoio da gestão

No município da pesquisa, o cargo de coordenadora da ESF é ocupado por indicação (cargo de comissionado), a rotatividade dos profissionais nesses cargos prejudica a articulação entre a Unidade de Saúde e a gestão. Por se tratar de um município de pequeno porte, a população ainda cultiva a lógica assistencialista, a ESF trabalha em outro movimento tentando promover um cuidado que aposta na autonomia das pessoas. Desta forma, o apoio da figura de coordenação é primordial para reafirmar posições junto à comunidade e gestão. Os trabalhadores demonstram o desamparo frente a essa questão.

A seguir, apresentaremos as categorias que surgiram a partir das falas dos trabalhadores, na discussão estimulada pela questão: No decorrer da construção do espaço de apoio foram encontrados obstáculos e/ou dificuldades?

Organização

Inicialmente, os encontros de Apoio acordados ocorriam às 11 horas, o mesmo horário do almoço da equipe, e provocavam questionamentos como: *“Quantas vezes o horário foi revisto e nada, quando não era a gente que atrasava eram elas”.* Demoramos um pouco para perceber que este horário era inconveniente. Após perceber essa dificuldade nos organizamos em um horário em que a maior parte da equipe estivesse, então, nos deparamos com outra dificuldade: a construção desse espaço e a formação de vínculos. *“O começo foi bem estranho, quando a psicóloga e a enfermeira chegaram aqui ficou um clima estranho, parece que travamos”.*

Foi necessário, ainda, rever com certa flexibilidade uma estratégia para os momentos de crise no CAPS e as campanhas realizadas na unidade de maneira que não impossibilitassem a realização dos encontros, pois com a rotina acelerada das equipes, por vezes se priorizam outras atividades, conforme observado na fala de um dos trabalhadores: *“Eu é que busco as meninas do CAPS e quando tem crise lá elas atrasam ou desmarcam, mas a gente também deu umas mancadas, já esquecemos elas umas vezes”*.

Neste sentido, destacamos que os trabalhadores preocuparam-se com esses encontros, pois começaram a fazer parte do trabalho e, com isso, identificaram a necessidade de organizar suas agendas de maneira a priorizar o espaço de discussão.

Confiança e vínculo

As apoiadoras e os trabalhadores da ESF não tinham nenhum contato antes do Apoio, salvo a enfermeira que participou dos encontros de Educação Permanente (discutido anteriormente) e que proporcionou uma familiaridade com o tema. Sendo assim, foi necessário exatamente oito meses para se iniciar a construção de um vínculo com esses profissionais. Os discursos evidenciam que a comunicação interna entre a equipe ficou truncada: *“Nós recebemos outro profissional de saúde mental aqui e não foi muito bom, parecia que se queria avaliar a gente”*.

Essa experiência pode também ter influenciado no contato com a equipe, porém trabalhamos junto a eles nos primeiros meses que a construção desse espaço seria conjunta, tentamos sempre deixar um clima agradável de modo a receber sugestões, críticas e a trabalhar na perspectiva de compor saberes.

Podemos refletir mais sobre a construção do vínculo que estava sendo estabelecido com a equipe quando aconteceu a primeira crise no território, como podemos constatar no relato: *“Pode parecer que não, mas na primeira crise faltou apoio! O que eu esperava é que alguém corresse aqui pra ficar com a gente, foi muito assustador”*.

Em uma de suas visitas a agente comunitária soube que o usuário estava há dois anos fazendo uso de uma mesma medicação sem ser reavaliado pelo psiquiatra, isso chamou a atenção dela que levou o caso para ser discutido em reunião de Apoio. Pensamos juntos em fazer outra visita a essa pessoa, já que nossa intenção era conhecer os moradores do distrito. Em visita, encontramos um senhor de 60 anos calado, sem expressão facial, tremulo e que não saía de casa. Conversamos com ele sobre ser reavaliado pelo psiquiatra e este aceitou, em sua primeira consulta a agente o acompanhou e logo após discutimos seu caso no Apoio. Todos ficamos surpresos, pois no processo de se refazer receitas ao longo de dois anos foi

duplicada a dose da medicação. Algumas semanas depois, em visita, o percebemos falante, mais crítico sobre sua situação de vida, já que ele morava com seus pais e sua mãe não gostava que ele saísse nem no portão de casa. Com essa crítica frente a esses anos ele tentou buscar aquilo que lhe trouxesse prazer, como sair, e isso gerou conflitos familiares, o que fez surgir a primeira crise, ele ficou persecutório com seus familiares e começou a fazer ameaças, pegava a faca e ficava amolando na frente de seus pais, foi quando a equipe da ESF solicitou a internação. Realizamos visitas conjuntas na casa, orientamos os familiares e tentamos, por meio do Apoio, dar suporte aos trabalhadores, porém o clima era tenso, todos demonstravam medo. Passado alguns dias ele agrediu a cunhada com uma faca, isso tornou a relação ainda mais pesada. Para nós, interessa a reflexão do quanto é complexo o momento de crise, que mesmo que apoiados, a sensação é outra, de abandono e solidão, insistimos no cuidado familiar, dividindo tarefas e deixando aqueles profissionais mais desgastados se fortalecerem para depois estar próximos da equipe, conseguimos juntos definir um Projeto Terapêutico, e hoje esta pessoa que é aposentada mora sozinha, aprendeu com as agentes a cozinhar e a cuidar de uma casa, além de ser acompanhada diariamente pela auxiliar de enfermagem nos cuidados com sua medicação.

Dividindo tarefas

O grupo também argumenta sobre a dificuldade de alguns profissionais em se apropriar e responsabilizar-se na tarefa do cuidado domiciliar (visitas conjuntas): *“Tinha dias que apenas eu ia para as visitas, queria saber por que os outros colegas não vão, afinal somos Saúde da Família não é?”*.

Percebemos que a resistência as visitas não são focadas para os usuários que fazem parte do serviço de Saúde Mental. Trabalhamos com a equipe o potencial terapêutico de cada um, que unindo ao dos colegas promove ações mais integrais, mas isso não promoveu ainda um maior deslocamento dos profissionais para o território, os acolhimentos conjuntos também ainda são um desafio, já que a coordenadora acaba recebendo a maior parte desse fluxo o que ainda gera tensões nas reuniões.

Outra fala discorre sobre a escolha profissional para lidar ou não com o sofrimento psíquico: *“Eu não fiz psicologia, então, no começo achei que a Saúde Mental queria passar o pepino pra gente”*. Fica claro que, na visão da equipe, no início do Apoio, somente os psicólogos eram os responsáveis por esse cuidado. Parecia que a Saúde Mental estava

construindo um meio para aliviar as filas de espera “desafogar” o serviço. Os trabalhadores mencionam a incerteza em realizar intervenções que não seguem protocolos, é importante perceber a angústia que esses profissionais trazem em relação a esse novo processo de trabalho. Não sendo uma tarefa fácil lidar com o sofrimento psíquico

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do espaço do Apoio Matricial junto às atividades de trabalho da ESF iniciou no dia 12 de março de 2009. Inúmeras mudanças no sentido da organização do serviço aconteceram nessa trajetória. Verificamos que a implantação do Apoio Matricial produziu avanços na atenção em Saúde Mental na Rede Básica, porém, encontra algumas dificuldades ainda não superadas. A seguir, apresentaremos alguns efeitos produzidos pelo Apoio.

Uma das intenções do Apoio Matricial era levar os profissionais da Saúde Mental a sair do isolamento dos serviços alocados no município e, com isso, adentrassem em outros cenários, podendo transitar junto a diferentes profissionais, nesse sentido, podemos considerar que houve uma modificação na lógica do trabalho, uma vez que os encontros de Apoio são semanais.

Esses contatos frequentes de Apoio foram importantes, segundo relatos do Grupo Focal realizado com os trabalhadores da Equipe Saúde da Família, para que houvesse uma mudança na organização das reuniões de equipe, evidenciando uma implicação dos trabalhadores nas discussões de casos. Como efeito, a sensação de abandono expressada inicialmente, modificou-se e a Equipe de Referência passou a incluir a Saúde Mental nas discussões, produzindo um olhar e uma escuta menos compartimentalizada.

Observamos que os trabalhadores vêm exercitando a troca de conhecimentos tornando possível a interdisciplinaridade – apesar de aparecerem ainda algumas fronteiras entre os diferentes campos de saber e mesmo que isso aconteça, por vezes, em climas tensos.

Uma evidência disso é uma tensão nos discursos, pois contrapor-se à lógica dos encaminhamentos significa que o sofrimento psíquico deixa de ser responsabilidade exclusiva da Saúde Mental. Essa mudança de modelo foi a que mais levantou questões para a equipe da unidade: paciente que chora não é mais encaminhado para o serviço de Saúde Mental. A equipe fica responsável, nesse momento, pela escuta no território do paciente, ou seja, agora essa ação de cuidado faz parte da rotina de trabalho da unidade.

Assim, o grupo relata que a rotina do Apoio, na unidade, mesmo com as dificuldades e os obstáculos, proporcionou a construção de uma nova forma de se trabalhar, possibilitando a ampliação da clínica, incluindo o acolhimento da dimensão subjetiva dos casos e diversificando as ofertas terapêuticas (grupo João e Maria).

Relembramos aqui a fala de uma profissional: “[...] *era um chororo só! Eu tentava mudar de assunto, fazer ela rir, aí cansava e ia embora [...]*”. Deparar-se com uma mulher

chorando e tentar fazê-la rir, evidencia a insegurança do profissional em lidar com o sofrimento do outro. É mais fácil aplicar a insulina, ignorando e evitando o contato com o sofrimento psíquico. As justificativas dadas – falta de formação em Saúde Mental e facilidade em intervir no campo mais objetivo dos procedimentos – remetem às primeiras vivências da equipe antes do Apoio. Ao incorporar a dimensão subjetiva no processo de trabalho, evidencia-se o quanto se avançou com o Apoio.

Outro aspecto de mudança na organização do trabalho, apontado pela equipe, foi que as reuniões contribuíram para que ocorressem pactuações entre os profissionais, que tiveram como consequência: uma aposta maior nas visitas domiciliares para a construção e o fortalecimento do vínculo com suas referências; maior reflexão e discussões sobre os casos, com a divisão de tarefas; e a construção dos Projetos Terapêuticos Singulares.

A Equipe de Referência admite que o aumento da resolutividade no cuidado é uma consequência da ampliação do cuidado para além dos aspectos considerados como biológicos. No entanto, considera que a formação do profissional é inadequada para compreender e lidar com a subjetividade e o sofrimento psíquico, gerando angústia e justificando os encaminhamentos.

Neste sentido, o grupo aponta para a necessidade de qualificação profissional para o trabalho. O Apoio Matricial está encarregado em promover espaços que dialoguem sobre essas necessidades e estimula a busca pelo conhecimento acerca de um cuidado mais humanizado e integral. O espaço de apoio valorizou as discussões valendo-se de ofertas para trocas de conhecimentos, estimulando a reflexão e a transformação da prática, fazendo surgir alternativas diferentes para lidar com as pessoas.

Outro aspecto apontado pelo grupo, que cabe destacar, é a importância que o papel do gestor local tem para esse serviço. A equipe refere-se à falta que este profissional faz na mediação com a gestão, já que alguns projetos e propostas necessitam ser encaminhados para a gestão central. Este fato merece uma reflexão: a coordenação quando desempenha um papel de apoio para a sua equipe, pode fortalecer o trabalho facilitando a articulação com a gestão das necessidades da equipe e da comunidade, além de oferecer escuta e suporte para as questões trazidas pelos profissionais, tentando continuamente negociar contratos e compromissos para instituir a nova lógica de trabalho. Contudo, embora esse cargo tenha sua importância, devemos reconhecer que é possível realizar essas atividades sem esse profissional.

Em meio a conquistas e dificuldades na implantação do Apoio Matricial, percebemos que a lógica de trabalho ainda não foi completamente transformada, pois não é fácil de ser assumida pela equipe e também não ocorre automaticamente como os sistemas de protocolos. Porém, devemos reconhecer que houve uma mudança de olhar, a equipe está mais afetuosa, unida e não tem medo de verbalizar aquilo que enfada. O necessário agora é garantir que os espaços destinados a reflexão e análise crítica sobre o processo de trabalho se mantenham.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1989.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- _____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AUGUSTO, L. G.; BELTRÃO, A. B. *Atenção primária à saúde: ambiente, território e integralidade*. Recife: Ed. da UFPE, 2008.
- BARROS, S.; CAMPOS, C. M. S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 271-276, set. 2000.
- BELMONTE, P. R. *Temas de saúde mental – textos básicos do curso básico de acompanhamento domiciliar*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1998.
- BERTONCELO, N. M. F. *O processo de trabalho em ambulatório de saúde mental: a prática da enfermeira*. 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- BRAGA CAMPOS, F. C.; NASCIMENTO, S. P. *O Apoio Matricial: reciclando a saúde mental na Atenção Básica*. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde, 2003. (Mimeografado).
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. Atenção Básica e Saúde da Família. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF*. Brasília, DF: DAB/MS. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/nasf.php>>. Acesso em: 23 maio 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006. In: _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. p. 9-53. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º. 154/GM*, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jan. 2008. Disponível em: <http://www.cref7.org.br/Topicos/Leis/portaria_154.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n.º. 336/GM*, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção / Ministério da Saúde*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Humaniza SUS: equipes de referência e apoio matricial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Contagem Populacional*. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/d...>>. Acesso em: 21 jan. 2009.

_____. *Portaria n.º. 224/MS*, de 29 de janeiro de 1992.

CAMPOS, G. W. S. Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

_____. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referências teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, Campinas, v.12, n.4, p.849-859, 2007.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Campinas, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, W. S. A construção de vínculo, o responsabilizar-se pela saúde da população de uma micro-região, e o encarregar-se de casos singulares. In: MALTA, D.C. et al. *Acolhimento: Um relato da experiência de Belo Horizonte*, 2002. p. 129-134. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.org/projetos/outros_projetos/acolhimento/apoio_projeto_cd.pdf#page=130>. Acesso em: 12 jul. 2010.

CANESQUI, A. M.; OLIVEIRA, A. M. F de. Saúde da Família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Orgs.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. de. (Org.). *Pesquisa social: Teoria método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 51-66.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na Enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, jan. 1999.

DEBUS, M. *Manual para excelência em La investigación mediante grupos focales*. Washington (USA): Academy for Educational Development, 1997.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata, URSS. *Declaração...*, Alma-Ata, URSS: OMS, 6-12 set. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2008.

DECLARAÇÃO DE CARARAS. Adotada pela Organização Mundial de Saúde em Caracas. Venezuela, 1990.

DELFINI, P. S. de S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p. 1483-1492, 2009.

DOMITTI, A. C. P. *Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde*. 2006. Dissertação (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FEDERACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD MENTAL. Salud mental em la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. Escrito no Dia Mundial da Saúde Mental, 2009. Disponível em: <www.wfmh.org>. Acesso em: 12 abr. 2011.

FIGUEIREDO, M. D. *Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1511-1520, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/16.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2011.

KIRCHBAUM, D.I.R. *Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50*. 1994. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade de Campinas, Campinas, 1994.

LANCETTI, A. Notas sobre humanização e biopoder. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v.13, Supl. 1, p. 797-799, 2009.

_____. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: JATENE, A. D.; LANCETTI, A.; MATTOS, S. A. F. *Saúde Loucura: saúde mental e saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 11-52.

LERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, jun. 2001.

LUZIO, C. A. *A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

MACHADO, R. et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARCOLAN, J. F. *Opinião dos enfermeiros que atuam em enfermagem psiquiátrica e em saúde mental no município de São Paulo sobre suas ações*. 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

- MELLO, R. A questão da interdisciplinaridade no dia-a-dia da enfermagem que atua em centros de atenção diária de saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 51, n. 1, p. 19-34, jan./mar. 1998.
- MELO, C. M. M. *Divisão social do trabalho e enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1986.
- MELO, V. M. *Uma experiência baseada no apoio matricial em saúde mental: estratégia para um atendimento integral*. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2008.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro. Abrasco, 1999.
- MIRANDA, C. L. *O parentesco imaginário: história e representação da loucura na relações do espaço asilar*. São Paulo: Cortez, 1994.
- MORAES, M. C. *O paradigma educacional emergente*. 6. ed. Campinas: Papirus; 1997.
- MOREIRA, M. C. N. Dádiva e rede na saúde: circuitos de troca e construção de estratégias de cuidado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2009.
- NASCIMENTO, C. C. *Apoio matricial em saúde mental: possibilidades e limites no contexto da reforma psiquiátrica*. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007.
- OLIVEIRA, A. G. B. de.; ALESSI, N. P. O trabalho da enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 333-340, jun. 2003.
- OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular. In: Cosser. A. et al. *Manual de práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 283-297.
- ONOCKO, C. R. A. Gestão: espaço de intervenção, análise e especialidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 112-149.
- PENA, R. S. *Saúde mental atravessada: “construindo espaços de interlocução entre a queixa invisível e outras dores já instituídas”*. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Campinas, Campinas, 2009.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998.

REY, F. L. G. *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. Tradução de Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

RIBEIRO, E. C. de O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 39-44, jul. 1996.

RIBEIRO, P. R. M. *Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação*. São Paulo: EPU, 1996.

ROCHA, R. M. *Enfermagem psiquiátrica: que papel é esse?* Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Tecora, 1994.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. AMAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 10-38.

SAEKI, T. *Análise da prática do enfermeiro em um hospital psiquiátrico*. 1994. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. *Cadernos IPPUR*, Rio de Janeiro, ano XIII, n. 2, p. 15-25, 1999.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 15-18.

SATO, L.; SOUZA, M. P. R. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa Etnográfica em Psicologia. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 29-47, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642001000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 jun. 2010.

SCRAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho*. Limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SILVA FILHO, G. B. *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1989.

SILVA, J. F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1994.

SILVEIRA, D. P. *Sofrimento psíquico e serviços de saúde: cartografia da população do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde*. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

TAVARES, C. M. de M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 dez. 2011.

VASCONCELOS, C. M.; PASCE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. W. S et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

YASUI, S. A produção do cuidado no território: “há tanta vida lá fora”. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 4., 2010, Brasília. *Anais eletrônicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34591&janela=1>. Acesso em: 05 out. 2010.

_____. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v.1, n.1, jan-abr, 2009.

_____. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006.