

A Interlocação da Saúde Mental com Atenção Básica no Município de Vitória/ES¹

The Interlocution of Mental Health with Primary Care in the City of Vitória - ES

Euzilene da Silva Rodrigues

Psicóloga. Especialista em Saúde Coletiva.

Endereço: Av. Marechal Campos, 1.468, Maruípe, CEP 29040-090, Vitória, ES, Brasil.

E-mail: euzilenerodrigues@yahoo.com.br

Maria Inês Badaró Moreira

Doutora em Psicologia. Professora do Departamento de Saúde, Educação e Sociedade da Universidade Federal de São Paulo.

Endereço: Alv. Alm. Saldanha da Gama, 89, Ponta da Praia, CEP 11030-400, Santos, SP, Brasil.

E-mail: maria.ines@unifesp.br

¹ Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, 2010.

Resumo

Para contribuição ao avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma das estratégias que vêm sendo direcionadas pelas políticas públicas é a proposição da articulação entre os serviços de atenção básica e os de saúde mental. Atualmente, a aproximação desses serviços no município de Vitória, no Espírito Santo, tem ocorrido principalmente por meio do apoio matricial. Este artigo apresenta os resultados de uma pesquisa que teve como objetivo analisar essa interlocação em curso neste município. Partiu-se do pressuposto de que as conquistas dessa aproximação podem inferir positivamente na vida da comunidade e trazer benefícios tanto para a prática dos profissionais quanto para os usuários. Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, realizado a partir de entrevistas semiestruturadas com 14 profissionais de diversas categorias da área de saúde inseridos em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e em uma Unidade de Saúde da Família (USF). Os resultados mostraram que a referida interlocação ocorre de forma diferente no território, com aproximações importantes, mas com grandes desafios. Entretanto, as ricas possibilidades já podem ser percebidas com indicações de que é preciso investir e acreditar na potencialidade da constituição de uma rede substitutiva entre os CAPS e a atenção básica, como forma de garantir a integralidade aos usuários com transtorno mental. Essa articulação começou a se delinear no município de Vitória-ES, com a sistematização do apoio matricial. A aposta nessa aproximação tem significado desinstitucionalizar e, assim, transformar a produção do cuidado no território.

Palavras-chave: Atenção Básica; Saúde Mental; Cuidado; Integralidade.

Abstract

Abstract: So as to contribute to the advancement of the Psychiatric Reform in Brazil, one of the strategies that have been directed by public policies is the proposition of the articulation between primary care services and mental health services. The dialog between these services in the city of Vitoria (Southeastern Brazil) has currently been enabled mainly by Matrix Support. This paper presents the results of a research endeavor aimed at analyzing this ongoing interlocution in the aforementioned city. It was assumed in the study that the achievements of this dialog can positively impact community life and benefit both the professionals' practice and users. This is a qualitative study and data were collected through semi-structured interviews carried out with fourteen health professionals of various categories who worked at a *Centro de Atenção Psicossocial* (CAPS - Psychosocial Care Center) and at a Family Health Unit. Results show that the so-called interlocution takes different forms in the territory, with important dialogs but also great challenges. However, rich possibilities can be envisioned and perceived as indications that we must believe and make investments in the potentiality of the constitution of a substitutive net between the CAPS and primary care services as a way of guaranteeing integrality to users with mental disorders. This articulation was first outlined in Vitoria with the systematization of Matrix Support. The belief in this dialog has brought with it de-institutionalization and the transformation of the production of care in the territory.

Keywords: Primary Care; Mental Health; Care; Integrality.

Introdução

No Brasil são consideráveis os movimentos no sentido de construir e consolidar um sistema de saúde que se mostre universal, equânime e integral de fato. Desses movimentos nasceu, nos anos 1980, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da Constituição de 1988. De lá pra cá são muitos os desafios, mas o SUS vem se expandindo notavelmente ao longo dos anos (Lyra, 2007).

Os avanços desse trajeto resultaram na adoção da Estratégia de Saúde da Família (ESF), surgida em 1994, como base estruturante do SUS, possibilitando maior acesso da população aos cuidados de saúde, a composição da rede assistencial de atenção básica, a reafirmação dos princípios e a consolidação destes (Lyra, 2007; Dalla Vecchia e Martins, 2009).

A ESF é considerada um modelo de atenção básica que, por meio de ações preventivas, de promoção e de reabilitação, operacionaliza o cuidado, por meio de equipes, com o conhecimento abrangente da realidade do território onde está inserida. Com o foco na unidade familiar, o compromisso é com a integralidade da assistência, agindo ainda em uma perspectiva de superação do modelo tecnicista, hospitalocêntrico e medicalocêntrico, bem como de rompimento com a produção de saúde centrada na doença (Andrade e col., 2006).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, contextualizada com trajetórias internacionais e no questionamento dos modelos manicomial e excludentes de tratamento, incitou a transformação da assistência em saúde mental. A ocorrência desse processo foi complexa e requereu a interação de múltiplos atores e instituições, com um amplo esforço de movimentos sociais (Brasil, 2005).

As conquistas resultaram em leis que afirmam os direitos das pessoas com transtorno mental e a substituição gradual de leitos psiquiátricos por uma rede de serviços substitutivos, com direcionamentos para intervenções comunitárias. De forma progressiva foi se delineando a Política Nacional de Saúde Mental e, assim, começaram a vigorar as primeiras normas federais para a composição da rede de serviços (Brasil, 2005).

A reforma caminha em dois rumos importantes: a ampliação da rede substitutiva e a fiscalização e

redução dos leitos psiquiátricos existentes (Brasil, 2005). Em publicação recente, o Ministério da Saúde informou os dados atuais da saúde mental: o acesso já atinge a cobertura de 63% no país, com a participação de vários setores, entre os quais a atenção básica e a assistência social. Esse documento mostra que os objetivos do movimento se concretizam a cada ano; entretanto, constata-se que há muito por fazer (Brasil, 2010).

Na expansão desse movimento, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são vistos como estratégicos para reformulação do modelo da assistência e a organização da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Está entre seus papéis a reinserção social e o suporte em saúde mental na atenção básica. Com a ampliação do número de CAPS, passando de 292 em 2001 para 1467 em 2009, o poder de resolutividade aumenta (Brasil, 2010).

É sabido que a efetiva desinstitucionalização da loucura requer um processo contínuo de questionamentos das práticas de cuidados. Isso pressupõe transformações no cotidiano, não se restringindo a instituições, mas às posturas, aos saberes e aos pensamentos, em uma crítica a todas as formas de intervenções de cunho manicomial.

Desse modo, uma das estratégias direcionadas pelas políticas públicas é a proposição da articulação entre os serviços de atenção básica e os de saúde mental, com o intuito de territorializar as ações de cuidado, considerando que é produtiva essa articulação, pois nesses dois espaços convergem princípios como o atendimento multiprofissional, a integralidade, o vínculo e a possibilidade de construção de redes, em uma atuação interinstitucional (Dalla Vecchia e Martins, 2009; Brasil, 2005). Além disso, há a premissa de que parte dos problemas de saúde mental não precisa ser direcionada a serviços especializados, podendo ser resolvida no nível primário pelas equipes da ESF (Nunes e col., 2007).

Nesse sentido, os CAPS vêm se aproximando cada vez mais do território e trabalhando em conjunto com os seus recursos. A atuação nesse eixo se desenvolve no cotidiano no qual as pessoas estão e se relacionam. A noção de território aqui tratada não se restringe a espaço geográfico, região administrativa, mas onde acontecem as relações da vida diária de uma dada sociedade (Amarante e Lancetti, 2006).

A aproximação da ESF de cada usuário torna visíveis os diversos problemas de saúde enfrentados por essas pessoas, além de favorecer intervenções de forma contínua e contextualizadas. Pela característica multidisciplinar de equipe e pelos múltiplos recursos existentes no território as intervenções podem ser direcionadas conforme uma visão integral do sujeito. No entanto, muitas vezes os profissionais da ESF não se sentem capacitados para a atuação na área de saúde mental e, por isso, é importante que sejam acolhidos em seus anseios, capacitados e apoiados por profissionais que lidam especificamente com esta área.

Nesse contexto, se insere o arranjo organizacional para o trabalho em saúde denominado por Campos (1999) de equipes de referência e apoio especializado matricial como forma de produzir uma cultura que estimule compromisso das equipes nos processos de trabalho, e que hoje é adotado em diversos programas do Ministério da Saúde (Campos e Domitti, 2007). Na área da saúde mental esse trabalho tem o intuito de potencializar a atuação das equipes de saúde inseridas na atenção básica, permitindo trocas de saberes entre os profissionais e maior articulação da rede de serviços, tendo em vista o cuidado ampliado para as necessidades dos usuários. As equipes de referência acompanham de forma contínua o usuário, responsabilizando-se pela condução dos casos e apoiadas pelas equipes matriciais nas suas práticas, desenvolvendo um diálogo conjunto sobre as intervenções necessárias. Oliveira (2008) aponta diversas condições para a operacionalização do apoio matricial, como: quantidade e qualificação dos profissionais envolvidos; cultura organizacional dos gestores e profissionais envolvidos; serviços disponíveis e organização do processo de trabalho nos serviços. Ou seja, para que o apoio funcione e seja resolutivo, além da necessidade de diversos atores envolvidos, seu papel deve ser esclarecido e disseminado nas instituições.

A proposta do apoio matricial é a contribuição de conhecimentos e a prática conjunta das ações, com o envolvimento de diversas categorias para a discussão e construção de projetos terapêuticos para casos considerados complexos. Entretanto, o apoio é agenciador e não se configura como solução pronta para os serviços (Campos e Nascimento,

2007). Não pretende se constituir em uma relação hierarquizada, mas em troca se saberes em que todos saem ganhando.

No município de Vitória, capital do Espírito Santo, a política municipal de saúde mental, com base na Reforma Psiquiátrica, vem, desde 2004, se atentando à inserção dos CAPS nos territórios, pois até então não havia nesses serviços qualquer vinculação com os locais que os seus próprios usuários moravam. Os CAPS acabavam pactuando com a reduzida movimentação dos usuários pelo território e não conseguiam construir uma articulação com a rede. Como o município não tem a gestão sobre as emergências psiquiátricas, sobre a central de vagas e sobre a rede hospitalar foi feita uma aposta na constituição de uma rede substitutiva entre os CAPS e a atenção básica, como forma de garantir uma atenção integral aos usuários com transtorno mental (Victal e Bastos e Romanholi, 2010).

A rede de saúde de Vitória está subdivida em seis regiões, composta por 28 unidades básicas de saúde (das quais 19 funcionam com Estratégia de Saúde da Família), 1 policlínica, 1 Centro Municipal de Especialidades, 1 Centro de Referência em DST/AIDS, 1 Centro de Controle de Zoonoses, 1 Centro de Referência de Atenção ao Idoso, 2 prontos atendimentos, 1 CAPS II, 1 CAPS AD e 1 CAPS infantil (Vitória, 2010). As UBS têm equipes constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes sociais, e, para assegurar uma articulação da saúde mental com a atenção básica, o município incluiu o psicólogo na equipe de ESF.

O trabalho de articulação, segundo Victal e Bastos e Romanholi (2010), foi iniciado com a implementação de reuniões regionais, realizadas mensalmente, com a coordenação de saúde mental e os profissionais inseridos nas unidades de saúde na região de Vitória, como forma de compartilhar a atuação, os desafios e propiciar a discussão de textos. Essa prática revelou pouca intimidade dos trabalhadores da atenção básica com esse campo. Com base nessa experiência, diversas ações foram realizadas em conjunto para favorecer a mudança, como capacitação para os profissionais dos CAPS e a abertura destes para a aproximação dos profissionais da atenção básica, pois à medida que estes foram acolhendo os usuários com algum transtorno psiquiátrico sentiam

dificuldades e buscavam o apoio dos CAPS.

De acordo com as mesmas autoras, posteriormente, com o intuito de sistematizar e potencializar essa articulação, foram estabelecidas em cada CAPS duplas de profissionais de referência para cada uma das seis regiões de saúde. Com a constituição das duplas, esses profissionais efetivamente se inseriram no território, a fim de construir intervenções conjuntas para as dificuldades encontradas no cotidiano dos serviços. A partir daí, o apoio matricial em saúde mental se configura no município de Vitória através dos CAPSII, CAPS i e CAPS ad, abrangendo todas as unidades de saúde.

Dessa forma, por meio dessa interlocução, os princípios de desinstitucionalização e de atuação territorial podem ser implantados. Aos CAPS não compete apenas a atuação no circuito da instituição, mas um trabalho conjunto com outros recursos. Se a saúde mental não era um campo para as unidades de saúde, agora isso está colocado. A atenção básica é a aposta para tecer a rede, contudo, os espaços nos quais as pessoas estão inseridas são constituídos de multiplicidades que ainda precisam ser melhor exploradas.

Essa interlocução é apontada como frutífera para concretizar os direitos já obtidos no campo da saúde mental e, principalmente, ampliar o cuidado conforme uma visão integral do sujeito. No entanto, convivemos com um modelo biomédico predominante de produção de saúde que pode comprometer as ações em favor da vida. Assim, nas relações de trabalho, aspectos mencionados por Dalla Vecchia e Martins (2009), como procedimentos centrados nos especialismos e na medicalização, fragmentam o cuidado. Isso gera uma disparidade em relação ao que é apregoado e o que ocorre na realidade dos serviços.

Por se tratar de um percurso recente da nossa história, não há dados que permitam refletir a completude desse processo em andamento. É necessário compreender como funciona a dinâmica dessa aproximação com o território, as conquistas, as dificuldades vivenciadas pelos profissionais. Nesse contexto, com o intuito de contribuir para o avanço da análise sobre essa prática, objetivou-se analisar o processo de interlocução da saúde mental com a atenção básica, em curso no município de Vitória-ES.

Para isso, foi escolhida uma UBS com Estratégia em Saúde da Família e um Centro de Atenção Psicossocial na modalidade II.

Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa, metodologia que, segundo Minayo (2000), se constitui por um aprofundamento maior da realidade, em que aspectos além dos objetivos são considerados, como os sentimentos, os significados e os valores presentes nos discursos. Assim, pelos objetivos dessa pesquisa, buscou-se compreender, nos encontros com cada sujeito participante, as concepções construídas no cotidiano dos serviços acerca da interlocução da saúde mental com a atenção básica.

A pesquisa teve como cenário dois campos de investigação: o CAPS da Ilha de Santa Maria e a Unidade de Saúde da Família de Santo André, da Região de Saúde de São Pedro, ambos localizados no município de Vitória-ES. O CAPS está enquadrado na modalidade II e é concebido como um serviço aberto de atenção psicossocial, voltado para usuários adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Conta com equipe multiprofissional, que desempenha funções de atendimento individual e grupal, oficinas, visitas domiciliares, atendimento à família e, juntamente aos outros dois CAPS do município, supervisiona e capacita as equipes da atenção básica por meio do apoio matricial, seguindo os princípios da política de saúde mental. A USF está localizada na periferia de Vitória, área afetada pela violência e pelo tráfico de drogas. Esse serviço comporta uma equipe multidisciplinar constituída por três equipes de Saúde da Família, além de outros profissionais, como fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e educador físico. A escolha desses locais foi devida à circulação anterior por esses serviços nos anos de 2007 e 2008, para fins de pesquisa cujo enfoque era a territorialização das ações, na perspectiva dos usuários.

Os profissionais que compuseram este estudo foram incluídos na pesquisa por meio de abordagem direta, logo após esclarecimentos e apresentação da proposta de estudo. Não foi estabelecido, em princípio, o número de participantes e sim o critério de saturação das informações no decorrer da investigação. Assim, 14 entrevistas foram consideradas su-

ficientes para atingir os objetivos da pesquisa. Pelo fato dos locais pesquisados contarem com equipes multiprofissionais, sucedeu dos participantes serem de categorias diversas. Tanto os nomes quanto as categorias não serão revelados, para preservação do sigilo e anonimato dos profissionais.

Os dados foram coletados individualmente por entrevistas semiestruturadas gravadas, com autorização dos participantes. Posteriormente, estas passaram por uma transcrição fidedigna. Das 14 entrevistas efetuadas, 6 ocorreram com profissionais da Unidade de Saúde da Família de Santo André e 8 com profissionais de referência de diferentes regiões de saúde do CAPS da Ilha de Santa Maria, o que permitiu uma análise abrangente da história atual da interlocução da saúde mental com a atenção básica no município de Vitória.

As questões das entrevistas visavam conhecer a concepção dos profissionais inseridos nestes serviços acerca da mencionada interlocução; como vem ocorrendo esse processo no cotidiano dos serviços; qual a importância dessa articulação para o cuidado dos usuários; as dificuldades encontradas; as conquistas dessa articulação para o campo da saúde mental e as possibilidades para a ampliação da articulação. As mesmas perguntas foram direcionadas aos profissionais dos dois locais estudados.

A análise de conteúdo se deu de acordo com os preceitos de Bardin (1977), que a descreve como uma técnica que envolve leitura flutuante com a atenção ao todo, seguida de uma leitura mais completa, dirigida, observando-se os temas que se repetem com mais frequência. Em seguida foi realizada uma categorização do conteúdo, que consiste em um processo de classificação dos elementos que compõem um conjunto, segundo suas características, posteriormente reagrupados com base nos critérios previamente definidos.

Essa pesquisa ocorreu com a devida autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Aqueles que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, depois de elucidadas as questões centrais do estudo, de acordo com a Resolução 196 Conselho Nacional de Saúde (2010).

Resultados e Discussão

Saúde Mental na Atenção Básica

Em Vitória a Reforma Psiquiátrica caminha no sentido de transformar a atenção básica em um lugar de acolhimento para os pacientes com transtornos mentais, tornando-a parceira da mudança na relação da comunidade com a loucura. Entretanto, as carências de cuidado acumuladas há alguns anos ainda demandam muita atenção.

O diálogo sobre a saúde mental na atenção básica é ainda incipiente e manifestado por uma desapropriação dos profissionais quanto ao que é apregoado pela Reforma Psiquiátrica e ao que é praticado dentro da unidade no que tange aos usuários com transtorno mental.

Eu não sei se vou saber falar sobre isso.

Eu acredito que os casos sejam comentados pelos corredores, mas não uma coisa mesmo de acompanhamento, eu não consigo observar. Eu estou falando como leiga.

Eu não tenho muito informação sobre isso/Eu nunca participei de nenhuma reunião, só escuto falar em reuniões, às vezes, de equipe, o grupo todo aqui da unidade, quando tem reunião.

Vinculado a esse distanciamento, os profissionais consideram que o usuário, ao procurar por um serviço com uma questão de saúde mental, ou precisa ser ouvido pelo psicólogo ou atendido pelo psiquiatra para prescrição de medicamentos. Assim, o sujeito e o seu sofrimento são esquadrihados a partir de um campo de saber fundamentado em uma forma de produzir saúde, na qual, de modo geral, não há responsabilização pela demanda e o encaminhamento domina as ações (Camuri e Dimenstein, 2010).

Eu não tenho tantas condutas como o médico, por exemplo, como a psicóloga que faz o acompanhamento, pode tá fazendo um acompanhamento individual com esse paciente.

Mas não necessariamente, eu tenho uma abordagem específica para ele enquanto saúde mental, isso quem faz mais é o psicólogo.

Por que, na verdade, a saúde mental tem um lugar na atenção básica que é da psicologia.

A inserção dos psicólogos nos serviços públicos teve início no final dos anos 1970 e muitas transformações ocorreram em torno dessa prática nos últimos anos. Entretanto, a expectativa da sociedade em geral com relação à prática psicológica, se baseia ainda em um modelo clínico de atendimento individual e de longo acompanhamento. Isso, segundo Dimenstein (1998), pode ter ocorrido porque, ao ocupar espaço nos serviços públicos, os psicólogos fizeram a transposição do modelo hegemônico da prática centrada na psicoterapia, sem contextualizarem o trabalho com o local e com os usuários desses serviços. A transformação dessa visão de modelo único de atuação do psicólogo requer uma nova compreensão do papel e do fazer deste profissional na saúde pública. Para tanto, é preciso uma atuação comprometida com o cuidado e a promoção da saúde da população.

A psicologia, com seu modelo tradicional de atuação e sua própria história de constituição como profissão, acabou tomando para si o campo psíquico. Assim, não é por acaso que hoje, na atenção básica, a saúde mental ainda seja delegada a essa categoria. Apesar disso, a forma legitimada de tratamento indicada por alguns participantes é a medicamentosa, com ênfase no biológico. Assim, não há a preocupação de ter um plano de cuidados a partir de uma visão integral e que de fato responda às necessidades que esse sujeito traz ao serviço.

A atenção básica deve ser considerada como um espaço privilegiado para as ações de saúde mental, pois, pela proximidade com a comunidade, pode atuar não somente segundo o que chega às unidades de saúde, mas em uma interação com o que envolve a comunidade, a família. Por isso, os direcionamentos da inserção da saúde mental na atenção básica devem ter em perspectiva a integralidade, num olhar ampliado sobre o sujeito. Entretanto, muitos profissionais que estão atuando neste nível de intervenção não se sentem capacitados para atender os casos da “saúde mental” e se restringem a se preocupar com a medicação que aquele usuário utiliza ou necessita.

Atualmente, em Vitória, o fluxo de medicação psiquiátrica funciona através da atenção básica. Essa forma de dispensar o psicotrópico abre a possibilidade da circulação de maior número de usuários

com demanda em saúde mental pelas unidades de saúde. Então, mesmo que não se desenvolva ações para o acolhimento desse usuário, ele precisa ser acompanhado na sua medicação. Isso acaba forçando cada unidade de saúde a desenvolver técnicas para acompanhar esse fluxo (Victal e Bastos e Romanholi, 2010).

Ao mesmo tempo em que a atenção básica se mostra um ponto estratégico para a ampliação do olhar sobre o sujeito, o contexto é de prevalência da utilização de medicamentos e acompanhamento do mesmo, sem o desenvolvimento de outras intervenções necessárias. O acolhimento ao sofrimento é visto como o acesso ao psiquiatra e, conseqüentemente, à medicação. Com isso, o problema e a doença do sujeito é que são colocados em evidência. Essa lógica, de acordo com Camuri e Dimenstein (2010), produz cronicidade nas ações desses trabalhadores, pois segue o modelo hospitalocêntrico e o especialismo, dificultando o estabelecimento de vínculo e a responsabilização das pessoas.

Consideramos que um usuário que procura um serviço possui um contexto de vida múltiplo e pode ter diferentes necessidades de saúde, diferentes demandas. Assim, não é concebível separar a doença da existência global de um sujeito. Rotelli (1990) afirma que desinstitucionalizar implica o abandono do modelo biomédico e, por isso, o foco deve ser a pessoa e sua existência e não o seu sintoma. No entanto, ainda é um desafio a concretização e a ampliação do cuidado em saúde mental. Em vários ângulos a produção de saúde se afasta da almejada integralidade.

Essa fragmentação nas intervenções não é exclusiva do campo da saúde mental; essa é a forma predominante de produzir saúde na nossa sociedade. Para Cecílio (2001) essa produção é realizada através de uma demanda de quem procura o serviço, sem a preocupação com a questão da integralidade do sujeito. Entretanto, o autor considera que, ao procurar por um serviço, o usuário possui uma cesta de necessidade e o trabalhador que o atende precisa de sensibilidade para entendê-la e, só a partir dela, intervir. A integralidade da atenção se dá por meio

do entendimento pela equipe do que cada sujeito traz de informação sobre o que o aflige.

Porém, o que se vê atualmente é uma produção de cuidado pouco comprometida com a vida das pessoas e a com a constituição de sujeitos ativos, porque simplesmente se dá por meio de “procedimentos-centradas” ao invés de “usuários-centradas”, em que vigora a utilização de tecnologias duras baseadas em um modelo médico neoliberal (Merhy, 2002).

Essa forma de produzir saúde praticada hoje foi construída historicamente por processos centrados em tecnologias duras e leve-duras, com predomínio de utilização de equipamentos e conhecimentos especializados. Nesse processo, a indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos foi determinante. Essa lógica é dirigida com o intuito de aumentar o lucro e, para isso, é regida por normas previamente definidas. As decisões são tomadas através de protocolos descontextualizados com a realidade do usuário e o resultado é um trabalho sem acolhimento, transcendente ao que realmente importa a este usuário, que se torna apenas um objeto nessa relação. As relações empobrecidas que se dão no encontro entre o profissional de saúde e usuário constituem sujeitos cada vez mais dependentes de serviços e de ordens médicas. Para ser eficaz, o trabalho em saúde precisa ser complexo, pois as necessidades estão inscritas em inúmeras dimensões da vida².

Merhy (2002) avalia que a compressão das necessidades que um sujeito traz será maior de acordo com a caixa de ferramentas utilizada e a dinâmica na utilização de tecnologias. Conforme as necessidades do sujeito poderão entrar em cena as tecnologias duras, no campo das máquinas e instrumentos; as leve-duras, relacionadas ao modo como o trabalhador aplica o conhecimento técnico; ou as leves, no favorecimento das relações entre o profissional e o usuário. Logo, as tecnologias no trabalho em saúde terão seu valor de acordo com a necessidade de cada pessoa. As relações frias, burocráticas, sem contato, não permitem essa percepção. Para este autor, um trabalho operado por tecnologias leves, apoiadas no diálogo e no contato, enriquece as relações no

2 FRANCO, T. B. O processo de trabalho em saúde (texto didático do Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005.

processo de trabalho.

Na composição de práticas que permitem que a integralidade no trabalho em saúde seja alcançada, Cecílio (2001) propõe duas dimensões: a) a integralidade requer a interação dos vários saberes e esforços de uma equipe multiprofissional; e b) precisa da interlocução entre os serviços do território. Ou seja, para melhorar a vida das pessoas, uma composição de várias tecnologias difundidas em uma rede ampla de serviços diversos. A integralidade depende dessa articulação, pois não pode se consolidar em apenas um serviço.

Atenção Básica e Saúde Mental: a aproximação necessária

É um consenso da parte dos profissionais do CAPS onde foi realizada a pesquisa de que essa articulação com o território é importante para o campo da saúde mental e que pensar o cuidado de forma isolada é inconcebível. É o trabalho realizado com diferentes olhares que resulta em andamento positivo para o sujeito, diferente do trabalho isolado dentro do CAPS. Para os serviços substitutivos, essa forma de atuação é a possibilidade de ter uma maior interação com a realidade dos seus usuários e poder, a partir disso, direcionar seus projetos de intervenção.

Pensar saúde mental sem pensar nessa articulação, ou só CAPS ou só... não existe, para mim.

A gente pensa no CAPS, a proposta do CAPS, para que serve isso daqui? É justamente isso, é pensar lá fora, pensar no cotidiano, a pessoa reinserida, dando conta das atividades dela lá.

Essa aproximação tem se mostrado enriquecedora e ampliado as formas de atuação, pois no trabalho conjunto é possível compreender o sofrimento do sujeito, sua realidade, o que o faz feliz. Para os profissionais do referido CAPS há o entendimento de que um dos papéis deste serviço é o envolvimento com o que o cerca. Então, essa articulação é considerada estratégica, potencializadora das práticas, um eixo para não fragmentar o cuidado.

Hoje, esta interlocução se configura principalmente como apoio matricial para as unidades de saúde, mas de forma geral há a abertura para a co-

munidade e um movimento contextualizado com a realidade de cada usuário. Nesse sentido, são apontadas atividades realizadas muitas vezes dentro das unidades de saúde, inserção em ações culturais e esportivas e comunicação com a rede de serviços.

Franco e Magalhães Junior (2004) apontam que a proposta de pensar os desafios da atenção integral à saúde precisa começar pela reorganização das práticas da atenção básica, e a partir daí somarem-se ações dos outros níveis assistenciais. Caminhando com a aposta de constituição de uma rede substitutiva entre os CAPS e a atenção básica, como forma de garantir a integralidade aos usuários com transtorno mental, o município de Vitória vem efetuando transformações na produção do cuidado (Victal e Bastos e Romanholi, 2010). Tendo isso em vista, uma efetiva rede de cuidado no território pode ser constituída.

O Apoio Matricial e o Desafio da Aproximação com a Atenção Básica

Ao fazer a aproximação, os CAPS têm tentado a constituição de vínculos entre as equipes da atenção básica com apontamentos que mostram a importância dessa articulação para o cuidado dos usuários inseridos nos territórios das unidades de saúde. Esse processo vem ocorrendo de forma diferente e contextualizada em cada região apoiada.

Cada região tem um movimento. E não dá também para padronizar apoio matricial, porque cada unidade tem um movimento, tem uma história, tem profissionais e profissionais. Então, tem profissionais que são mais receptivos, tem profissionais que são mais abertos, disponíveis.

O consenso existe sobre as conquistas nos locais de atuação, como os vínculos constituídos que permitem confiança entre as equipes e co-responsabilidade nos casos compartilhados. Nesse processo, há unidades de saúde desenvolvendo oficinas terapêuticas e discussão de casos. Nesses locais, os profissionais do CAPS são chamados para dialogar e decidir juntos as estratégias para cada usuário. Em outras o apoio matricial é realizado mensalmente, e há também os que o realizam de forma esporádica, somente quando há a necessidade dos serviços.

Há regiões em que as reuniões com os profissionais do apoio matricial ocorrem com a participação de diversos profissionais. Mas há aquelas com a participação apenas da psicologia, que, em meio ao cansaço e à frustração, continua tentando porque acredita, insistindo em discutir os casos, em apontar para a equipe as responsabilidades com os usuários inseridos na sua área de atuação. No entanto, esse processo de convencimento tem causado desgaste para alguns trabalhadores. Por isso, alguns profissionais demonstram desânimo e frustração diante da sua realidade, referindo-se ao trabalho em equipe como um eterno começo, sem conseguir identificar os ganhos dessa nova configuração:

Tem hora que parece que a gente está começando.

O caminho percorrido é permeado de avanços, retrocessos e frustrações. Muitas reuniões são esvaziadas, contando apenas com a presença do psicólogo(a), havendo muita rejeição por não contar com a presença do psiquiatra na equipe de apoio matricial e, às vezes, confrontos entre os profissionais. Há relato de que em casos mais graves a equipe sequer foi recebida. No entanto, nessa trajetória a certeza é de que é possível fazer. E há muito por fazer.

Segundo Campos e Nascimento (2007), o apoio matricial é a possibilidade de um encontro desmistificador, em uma integração de múltiplas faces na produção de saúde. A proposta de trabalho integrado implica um fazer totalmente diverso do trabalho fragmentado da assistência em saúde, presente nos serviços atualmente, pois envolve co-responsabilização, discussão de casos e construção de projetos terapêuticos contextualizados com a vida do sujeito. Assim, é possível vislumbrar o rompimento com formas de cuidado que têm princípios como a idéia de encaminhamento, de hierarquia de saber e de medicalização da saúde.

Confirmando essa aposta, nesse percurso vários casos de encarceramento e formas desumanas de viver foram descobertos. Por meio desse encontro entre instituições, território e usuários o pensamento que estigmatiza a diferença foi sendo abalado e novas formas de lidar com o sofrimento psíquico grave começaram a ser ventiladas na família e na comunidade.

E é muito positivo, assim, porque muito casos de pessoas que estavam encarceradas há 20 anos, sei lá quanto, pessoas que a unidade não conhecia, a gente não conhecia.

Tem muitas coisas que você descobre que não acredita, não é possível que alguém vivia nessas condições, muito. Nossa! É um que vivia dentro de um buraco pelado, que a mãe entregava comida, descia a enxada com comida, comida na enxada. Coisas assim, absurdas.

A mudança na forma de tratamento para aqueles com transtorno mental grave no território precisa ser almejada no cotidiano dos serviços. Se antes alguns se encontravam aprisionados dentro de suas casas, hoje eles já circulam (em alguns casos apenas para pegar a medicação, mas circulam). A partir daí despertam diversas reações que podem impulsionar a equipe a trabalhar e perceber o sentido das ações de saúde mental na atenção básica.

A medida que eles vieram pra cá vimos a necessidade deles de “ta” vindo no posto e a necessidade que temos com eles. A gente tem necessidade de ver como eles são. A pessoa tem um problema mental, aí a pessoa fala “é doido”, não é doido, é porque não conhece a forma que as pessoas são.

Além das vivências que afirmam a aposta da territorialização das práticas para potencializar a saúde mental, dados do Datasus sobre as internações psiquiátricas dos moradores de Vitória indicam bons resultados após a aproximação com a atenção básica, favorecida pela implementação do apoio matricial. Na comparação da média do período de 1998 e 2007 com o ano de 2008, a redução do total dessas internações foi de 46%. De 2007 para 2008 a redução foi de 33% e de 2008 para 2009, atingiu 16% (Victal e Bastos e Romanholi, 2010).

A aposta na aproximação com a atenção básica tem significado desinstitucionalizar práticas ancoradas na forma biomédica tradicional de conceber o sofrimento psíquico. Além de fazer aqueles com alguma demanda em saúde mental passarem a existir em seu território, é possível, mesmo nas sutilezas, desmitificar, sensibilizar e provocar a mudança. E somente a relação com o território possibilita a construção de novas práticas de cuidado em saúde mental.

Por ser um processo em andamento, a Reforma Psiquiátrica coloca a cada ator a responsabilidade de caminhar inventando. O que há de concreto são as experiências não manicomial que vêm acontecendo e mostram que o caminho a seguir é tratar em liberdade, é intervir com diferentes estratégias, diferentes saberes contextualizados com a realidade de cada um, para dar conta do que é colocado de novo todos os dias. O percurso precisa ser dinâmico e aberto às transformações e às necessidades do sujeito em jogo (Rotelli, 1990).

Mesmo com os bons frutos colhidos no processo da desinstitucionalização italiana, não houve o pensamento de que o trabalho estava cumprido, pois este processo requer mais que o abandono dos manicômios; requer mudanças significativas nas formas de ver o fenômeno da loucura. A criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos é um passo importante, mas para romper com a lógica manicomial presente na sociedade é preciso ir além das paredes desses novos serviços. É preciso fazer a loucura circular pelos espaços da cidade. A mudança precisa ocorrer no cotidiano, na luta diária dos serviços, do território, da vida, na construção de outros olhares sobre a loucura e os seus estigmas³. Assim, no nosso contexto, o desafio colocado é o movimento que está sendo feito em direção ao território, possibilitado na articulação com a atenção básica. Se o fenômeno da loucura foi historicamente construído, é no dia a dia das comunidades que esta desconstrução se torna possível. A desinstitucionalização pode romper com o anonimato em que esta loucura foi condenada a viver (Abou-Yd, 2010). No entanto, essa mudança de paradigma tem sido desafiadora e a interlocução com os serviços para algumas regiões de saúde caminha a passos curtos.

Considerações Finais

Este estudo, que objetivou analisar o processo de interlocução da saúde mental com a atenção básica em Vitória, se deparou com um momento de plena

efervescência por parte de atores que apostam na potencialidade desta prática, mesmo diante das limitações encontradas. Pode-se dizer que a opção de construir o estudo por meio de entrevistas realizadas com profissionais diversos inseridos dentro de uma USF e de um CAPS favoreceu um entendimento significativo de como essa interlocução, operada principalmente por meio do apoio matricial, vem se desenvolvendo neste município.

Verifica-se, ao longo da pesquisa, que esse processo ocorre de diferentes formas em cada região de saúde, com conquistas importantes, mas com grandes obstáculos ainda a romper. Há um caminho longo para alcançar a integralidade na saúde. A atenção básica, que seria um lugar estratégico, muitas vezes reproduz a lógica de produção de saúde centrada principalmente no modelo tradicional biomédico. O resultado é uma fragmentação do cuidado que interfere negativamente no campo da saúde mental.

Nesse sentido, ao tentar a aproximação os profissionais que compõem as equipes matriciais das regiões de saúde se depararam com diversos desafios para efetiva interlocução com o território. Esses desafios passam pelos seguintes eixos: a) A proposta do apoio matricial é o do trabalho conjunto, desenvolvido de forma integrada. Por isso, é preciso romper com a lógica de encaminhamentos ainda presente nos serviços, pois esta é antagônica à postura de se co-responsabilizar pelo cuidado. Isso requer implicação dos profissionais com cada sujeito e o seu sofrimento; b) Não há solução pronta, mas é preciso construir juntos as estratégias, o que compele a equipe de referência a conhecer a realidade de seu território para, a partir daí, construir as intervenções; c) O fato de ser um processo conjunto implica dizer que não há hierarquia de saber. Mesmo que haja uma equipe especializada na discussão de um caso, todos os saberes são válidos e importantes para a construção do projeto de cada usuário. Não há também maior validação de um conhecimento por ele advir de uma determinada categoria; d) O apoio

3 MOREIRA, M. I. B. O cuidado e as novas produções de sentidos da loucura pela via da cidade. Texto produzido como material didático para o Módulo Saúde Mental - UNIFESP/Baixada Santista. Santos, 2010. Recorte do livro: MOREIRA, M. I. B. (Org.) Loucura & Cidade: potencializando novos territórios existenciais. Experiências em Residências Terapêuticas. Vitória: Editora e Gráfica GM/FAESA, 2008. P. 155-168.

matricial não está embasado em medicalização dos casos, e por isso a figura central da equipe de apoio não pode ser o psiquiatra. O apoio matricial é desenvolvido por uma equipe multiprofissional, assim, diferentes categorias devem estar envolvidas. A figura central do matriciamento é o sujeito, e é para ele que todas as ações devem convergir; e) Atréadas a estes desafios, as equipes matriciais ainda veem o campo da saúde mental sendo delegado à psicologia dentro das unidades de saúde. Há de se buscar um saber comum em saúde mental que circule na equipe e que facilite a cada trabalhador perceber o sentido de seu trabalho e qual é sua contribuição para o projeto terapêutico do sujeito assistido.

O apoio matricial, ao mesmo tempo em que é uma tentativa de superação do modelo centrado na doença, pois é fundamentado em concepções ampliadas de produção de saúde, com a integração de saberes, instituições e profissionais, se depara com muitas barreiras, porque está inserido em um contexto macro de produção de saúde de forma descomprometida com a vida. Assim, os casos vistos como problemas são repassados a outra equipe de forma a reduzir responsabilidades. Em uma sociedade capitalista sentar, discutir e conhecer o caso pode ser entendido como perda tempo, reforçando o modo hegemônico de ver a saúde relacionada a intervenções médicas. Assim, outros saberes e outras práticas não são legitimados na composição de um cuidado integral.

Por isso, torna-se necessário repensar essas práticas para o alcance da integralidade. É possível pensar em cumplicidade do trabalhador com as pessoas, que deve ser construída por meio de uma atuação planejada da equipe, pois o que vem se constituindo, equivocadamente, ao longo dos anos é um cuidado operado por técnicas socialmente determinadas que subestimam o sujeito e ignoram suas necessidades. Essa implicação transforma o fazer em saúde, pois co-responsabiliza equipe e usuário, com chances de convocar família e comunidade para compor esse processo de cuidar, enriquecendo a relação.

Observa-se que a aproximação com o território inevitavelmente coloca cada profissional diante das situações que compõem a vida de um sujeito. Esse confronto pode inicialmente gerar algumas crises decorrentes de uma mudança estrutural da lógica de trabalho. Assim como coloca em evidência as

limitações de cada uma das categorias profissionais envolvidas no complexo contexto das ações em saúde mental, demonstra a necessidade de uma visão que transponha as disciplinas que tentam compreender sozinhas esse universo. Considerando a construção histórica da loucura e toda luta que ainda é necessária para desconstruir práticas fundamentadas na institucionalização, continuar tentando construir outras formas de intervenções que consideram que o sujeito é complexo - portanto, as intervenções também precisam ser pensadas de forma complexa - é plantar o gérmen da mudança. Se até pouco tempo a saúde mental não existia para a atenção básica, esta realidade está posta.

A articulação da saúde mental com a atenção básica começou a se delinear no município com a sistematização do apoio matricial, com todos os percalços que uma prática nova impõe, tais como ansiedade, cansaço e descrédito. Por ser um percurso recente, há muito ainda o que fazer. Todas as inquietações e incertezas geradas fazem parte deste momento de mudança e muitas questões precisam ser estudadas com maior profundidade e abrangência para apreensão do caminho em curso. Entretanto, as ricas possibilidades já podem ser percebidas com indicações de que é preciso investir e acreditar nessa potencialidade.

Referências

- ABOU-YD, M. Por uma clínica antimanicomial: a ousadia de um projeto. In: *Saúde loucura 9: experiências da reforma psiquiátrica*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 91-99.
- AMARANTE, P.; LANCETTI, A. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. et al. S. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 615-34.
- ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. et al. S. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p.783-36.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental em dados - 7*, ano V, n. 7. Brasília, jun. 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2010.
- CAMPOS, F. C. B.; NASCIMENTO, S. P. S. O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica. In: Caderno IPUB: nº 24. *Saúde mental na atenção básica*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2007. p. 91-9.
- CAMPOS G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-404, 1999.
- 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.
- CAMURI, D; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Saude e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 803-13, dez. 2010.
- CECÍLIO, L. C. O. *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ:IMS; Abrasco, 2001.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Brasília, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 27 fev. 2010.
- DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 13, n. 28, p. 151-64, mar. 2009.
- DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Revista Estudos de Psicologia*, Natal, v. 3, n. 1, p.53-81, jun. 1998.
- FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR., H. M. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 125-34.
- LYRA, M. A. A. Desafio da saúde mental na atenção básica. In: Caderno IPUB: nº 24. *Saúde mental na atenção básica*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2007. p. 57-66.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 2000.
- NUNES, M; JUCA, 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. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10. p. 2375-85, out. 2007.
- OLIVEIRA, G. N. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G. W.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 273-82.
- ROTELLI, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- VICTAL e BASTOS, L. H. C.; ROMANHOLI, A. C. Saúde mental em Vitória: a rede tensionada. In: *Saúde Loucura 9: experiências da reforma psiquiátrica*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 193-201.

VITÓRIA. *Rede de saúde*. Vitória, 2010. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=projetos>>. Acesso em: 27 fev. 2010.

Recebido em: 16/11/2010
Reapresentado em: 10/08/2011
Aprovado em: 19/04/2012