



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Santos de Souza Delfini, Patrícia; Takao Sato, Miki; Paulo Antoneli, Patrícia de; Silva Guimarães,
Paulo Octávio da

Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, septiembre-octubre, 2009, pp. 1483-1492
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63011684018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber

Partnership between Psychosocial Care Center and Family Health Program: the challenge of a new knowledge construction

Patrícia Santos de Souza Delfini ¹

Miki Takao Sato ²

Patrícia de Paulo Antoneli ²

Paulo Octávio da Silva Guimarães ²

Abstract *The objective of the article is to report an experience of partnership between a Psychosocial Care Center and three teams of the Family Health Program in the central region of São Paulo city. theoretical concepts like territory, subject, subjectivity/collective, receptiveness, bond, co-responsibility as well as the psychiatric and sanitary reform principles are the base and guide of this work. The partnership aims the promotion of mental health care based on articulated actions from different services. This way, the PSF's and mental health's workers are responsible for the demands of a territory. The strategies used in this partnership were meetings with both teams with training case discussion about the families assisted, support to workers' difficulties and elaboration of therapeutical projects, and joint domiciliary visits. Some difficulties had been found during the research: great demand for health services and lack of institutional guidelines to guarantee the effectiveness of the partnership. The look directed to the family and the social context presents positive results compared to the look directed only to the illness. The partnership enriches the practice and a larger network of care in the territory becomes possible. It is necessary to bring up new proposals and innovative enterprises.*

Key words *Family Health, Mental health, Primary health care, Partnership*

Resumo *O artigo tem como objetivo relatar uma experiência de parceria entre um Centro de Atenção Psicossocial e três equipes do Programa Saúde da Família na região central de São Paulo. Conceitos teóricos de território, sujeito, subjetividade/coletivo, acolhimento, vínculo e co-responsabilização, além dos pressupostos da reforma psiquiátrica e sanitária, embasam e norteiam o trabalho. A parceria visa à promoção de cuidados em saúde mental a partir de ações articuladas com diferentes serviços. Assim, tanto as equipes de Saúde da Família como a equipe de saúde mental são responsáveis pelas demandas de um território. As estratégias utilizadas são reuniões de equipe, nas quais há capacitação, discussão de casos, acolhimento e elaboração de projetos terapêuticos, e visitas domiciliares conjuntas. Ao longo do trabalho, algumas dificuldades foram encontradas: grande demanda por serviços de saúde e falta de diretrizes institucionais para a efetivação da parceria. Em relação às pessoas atendidas, o olhar voltado à família e ao contexto social aponta resultados positivos em relação aqueles cujo olhar é voltado somente à doença. O trabalho conjunto enriquece ainda mais a prática e possibilita uma rede maior de cuidados no território. É necessário, portanto, criar novas propostas e iniciativas inovadoras.*

Palavras-chave *Saúde da Família, Saúde mental, CAPS, Atenção básica, Parceria*

¹ Laboratório de Saúde Mental Coletiva, Departamento de Saúde Materno-infantil, Faculdade de Saúde Pública, USP. Av. Dr. Arnaldo 715/2º andar, Cerqueira César. 01246-904 São Paulo SP. patriciadelfini@usp.br
² Núcleo de Ações Territoriais.

Introdução

Este artigo relata uma experiência de trabalho entre um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Programa Saúde da Família (PSF) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da região da Bela Vista, na cidade de São Paulo. Essa experiência foi realizada por um profissional do CAPS e três profissionais do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira. Trata-se de um programa de formação com duração de um ano voltado a recém-formados das áreas de psicologia, serviço social, enfermagem e terapia ocupacional.

Este texto se propõe a contextualizar as premissas da atenção básica de saúde e do PSF dentro das ações de saúde mental, discutir alguns aspectos teóricos que embasam a prática cotidiana e narrar a experiência e fazer algumas reflexões sobre esse trabalho.

A realização de parcerias entre serviços de saúde é vital para os cuidados em saúde mental no território e para operar os processos de reabilitação psicossocial que, para Saraceno, é o “processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: *habitat*, rede social e trabalho com valor social”¹. Para isso, é fundamental que sejam comprometidas todas as organizações sanitárias e priorizadas as conexões com outras políticas públicas e com os recursos da comunidade. O trabalho em rede supõe que nenhum serviço pode resolver todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território².

Os cuidados em saúde mental sofreram grandes transformações nas últimas décadas. No Brasil, foi a partir do final dos anos setenta que se começou a questionar as instituições psiquiátricas e suas formas asilares de tratamento, num processo de desconstrução crítica dos manicômios, de rupturas conceituais e invenção de novas propostas assistenciais. Até então, os ditos loucos da sociedade eram confinados ao isolamento, à violência e à ausência de direitos, dentro dos manicômios e longe da família e do seu círculo social.

A reforma psiquiátrica foi um período de construção de um grande projeto político de transformação que se consolidou em uma política oficial do Ministério da Saúde³. Em 1987, foi inaugurado o primeiro CAPS (CAPS Itapeva) em São Paulo e, em 2001, houve a III Conferência Nacional de Saúde Mental e a aprovação da Lei Federal nº 10.216, sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e o redirecionamento do

modelo. Desde então, muitas experiências, modelos e serviços foram sendo construídos por todo o país. Atualmente, há 820 CAPS e 45 mil leitos psiquiátricos, contra 13 CAPS e 80 mil leitos existentes em 1989, segundo Antonio Lancetti *et al.*⁴.

Dentre os desafios e iniciativas da reforma psiquiátrica está a inserção da saúde mental na atenção básica, especialmente por meio das equipes de saúde da família. Pesquisas da Organização Mundial de Saúde⁵ demonstram que uma em cada quatro pessoas desenvolve adoecimento psíquico em algum momento da vida e, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, 90% dessas pessoas não recebem tratamento adequado. Um monitoramento realizado pelo Ministério da Saúde, em 2001 e 2002⁶, concluiu que 51% das equipes de saúde da família realizavam algum atendimento em saúde mental. Há uma alta prevalência de sofrimento mental que chega à atenção básica⁷, e Florianita Braga Campos *et al.*⁸ concluem que os pacientes que chegam ao atendimento especializado em saúde mental não têm suas necessidades satisfeitas pelas tecnologias utilizadas pelas especialidades e, sim, por esforços criativos e conjuntos de profissionais que mobilizam e articulam recursos institucionais, comunitários, individuais, materiais e subjetivos com o usuário e rede social.

O Programa Saúde da Família foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde como estratégia de reorganização da saúde no Brasil, redefinindo a saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos⁹. O PSF trabalha numa perspectiva de saúde ampliada e integral, com equipes multiprofissionais responsabilizadas por um número de pessoas de uma região delimitada¹⁰.

O Ministério da Saúde, no Manual para a Organização da Atenção Básica no SUS de 1998, define a atenção básica como o conjunto de ações, individual ou coletivo, situadas na primeira linha de atenção dos sistemas de saúde, para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento em geral e as relativas aos impedimentos físicos e mentais¹¹.

Em 2006, foi aprovado o Plano Nacional de Atenção Básica, através da Portaria nº 648 do Ministério da Saúde¹², que define o PSF como estratégia prioritária para sua organização. O plano também prevê a capacitação e formação das equipes através do Ministério da Saúde, novas formas de financiamento e redução do número de pessoas atendidas por cada equipe.

Na cidade de São Paulo, o PSF surgiu em 1996 através de convênio com o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e a Fundação Santa Marcelina. Foi denominado Projeto Qualis I (Qual-

lidade Integral à Saúde) e atendia ao bairro de Itaquera. Um ano depois, foi feito um novo acordo, desta vez com a Fundação Zerbini, para a criação do Projeto Qualis II, em bairros da zona norte e sudeste da capital¹³.

As experiências de articulação do PSF com o cuidado em saúde mental na cidade ocorreram quase simultaneamente ao processo de implantação do PSF/Qualis. Iniciou-se em 1998, com a participação de muitos profissionais que vinham da experiência de intervenção da Casa de Saúde Anchieta em Santos, como parte da integração das ações de saúde na rede. Havia uma equipe de saúde mental volante, que era referência para as equipes de saúde da família. Todos os profissionais discutiam os casos de saúde mental e eram responsáveis pela condução dos projetos terapêuticos¹⁴.

Nesse mesmo caminho, discussões recentes e algumas experiências brasileiras têm articulado as ações e projetos de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica com iniciativas de atenção básica apoiadas na proximidade, no vínculo e na cobertura territorial dos problemas de saúde hoje representados pelo Programa Saúde da Família. O desafio é integrar as ações, capacitar as equipes e aumentar a cobertura assistencial de saúde geral à população.

Apesar dos frequentes debates sobre os cuidados em saúde mental na atenção básica, ainda são raros os estudos que abordam sua implementação. Mônica Nunes *et al.*¹⁵, em uma pesquisa realizada na Bahia, concluem que ainda há uma grande lacuna entre as diretrizes propostas pela política de saúde mental e as práticas concretas. A operacionalização de uma rede de cuidados e o desenvolvimento de ações estendidas ao espaço social mais amplo têm encontrado impasses. Para eles, um dos principais limitantes das ações de saúde mental no PSF está no que se refere à clínica da saúde mental, ou seja, os profissionais do PSF ainda não se sentem familiarizados com o universo do sofrimento psíquico.

A parceria da saúde mental com a atenção básica e o PSF torna-se, portanto, necessária, pois articula os desafios da reforma psiquiátrica com a responsabilização das equipes de família. Bárbara Cabral *et al.*¹⁶ colocam que essas novas iniciativas [...] **devem possibilitar ações integradas, formando uma atuação mais completa, na qual cada equipe possa ora ser responsável direto pelo cuidado ou ação produzida, ora co-responsável, na tentativa de construir diversos dispositivos capazes de produzir saúde**

O Núcleo de Ações Territoriais do CAPS Prof. Luis da Rocha Cerqueira, tema do presente estudo, configura-se como uma dessas iniciativas. Tra-

ta-se de um trabalho conjunto do CAPS com equipes de PSF da região da Bela Vista, na cidade de São Paulo.

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.

Os CAPS, como aponta a legislação, são os organizadores da rede e, como tais, deveriam buscar o estreitamento de laços entre o campo da saúde mental e a comunidade. De acordo com a Portaria nº 336 de 2002¹⁷, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos CAPS, é função do serviço oferecer suporte em saúde mental à atenção básica, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados, supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica.

Além disso, o Ministério da Saúde criou, através da Portaria nº 154 de 2008¹⁸, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para aumentar as ações e eficácia da atenção básica através do trabalho compartilhado do PSF na rede de serviços e na comunidade na qual está inserido. As equipes são compostas por diferentes profissionais, entre eles, assistente social, psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional. Isso apenas reforça a importância da integralidade das ações do sistema de saúde, a responsabilização tanto da atenção primária quanto de serviços “especializados” como o CAPS no cuidado das pessoas com transtornos mentais.

Assim, os pressupostos das reformas sanitária e psiquiátrica já citados são elementos que norteiam a prática cotidiana, sempre buscando articular outros conceitos importantes, tais como reabilitação psicossocial, ativação de recursos da comunidade, apoio matricial, responsabilização, direitos, etc. Além de tudo isso, a proposta de trabalho do Núcleo de Ações Territoriais também é embasada em três conceitos teóricos fundamentais: território, sujeito e subjetividade.

Território, sujeito e subjetividade

O território, para Milton Santos¹⁹, é um objeto dinâmico, vivo de inter-relações. O território engloba as características físicas de uma dada área, bem como as marcas e relações produzidas pelo homem.

O PSF trabalha com os conceitos de territorialização e adscrição de clientela e também considera

o levantamento dos recursos e equipamentos existentes, das áreas de maior vulnerabilidade, dos dados epidemiológicos e socioeconômicos, das lideranças locais e, ainda, do conhecimento da organização da vida dos moradores, bem como dos saberes e das culturas locais²⁰.

Para Silvio Yasui, o território é um norteador das estratégias de ações de cuidados dos serviços de saúde mental. O autor discute o conceito com base em outros teóricos, definindo-o como “modos de construção do espaço, de produção de sentidos ao lugar que se habita, ao qual se pertence por meio das práticas cotidianas³⁷”.

Assim, circulam, moram, conversam, relacionam-se nos vários cenários: na casa, família, vizinhança, trabalho, comunidade, festas, momentos de ajuda e de solidariedade. O território vai se compondo pelas características das pessoas, que também sofrem as ações desse território, em processos contínuos de transformação. É ainda no território que as pessoas adoecem; portanto, é nele que o cuidado se faz.

Para falar de subjetividade, antes temos de esclarecer a diferença conceitual com o termo sujeito. Queremos primeiramente ressaltar que não usamos sujeito como sinônimo de indivíduo, como alguns autores, porque não se trata de uma unidade sintética da subjetividade, uma vez que o sujeito não é uma unidade. Segundo o conceito da psicanálise lacaniana²¹, o sujeito é dividido por seu próprio discurso, diferentemente de indivíduo, que significa indivisível. Ao levarmos em conta o fato da divisão do sujeito, pressupomos um saber além da consciência, o saber inconsciente, que surge como surpresa para o falante ao perceber seu lapso. Em nossa prática, esse momento é a brecha para a intervenção, pontuando o engano e transformando-o em certeza. Acreditamos que é somente por esse caminho, o de desfazer o mal-entendido, que podemos levar o sujeito do engano ao sujeito da certeza e, conseqüentemente, à sua autonomia.

Para sermos mais claros, basta nos lembrarmos do exemplo de lapso de linguagem do cobrador de impostos, que Sigmund Freud²² nos conta em *O chiste e sua relação com o inconsciente*, em que, ao falar de sua relação íntima com sua cliente rica e famosa, cometeu um lapso, dizendo “familiônário”, em vez de familiar, revelando assim sua verdadeira intenção, isto é, seu interesse pelo dinheiro de seu cliente. Outro exemplo é a alucinação, que se origina do real, e não da subjetividade. A alucinação não está do lado do sujeito, como as significações, muito menos é um significante. A alucinação provém de uma intensa excitação, não da realidade, mas de fora da linguagem, em estado de

coisa, ainda não simbolizada, sendo pura pulsão. O lapso, o chiste e o sonho são produções de uma linguagem inconsciente, que alienam o sujeito a essas produções; já a alucinação é aquilo que ainda não se tornou linguagem, que está fora da linguagem, fora da subjetividade. Com o que foi dito até agora, é possível afirmar que nem toda produção do sujeito, a chamada produção subjetiva individual, é totalmente subjetiva.

Para continuar essa discussão, outro conceito de subjetividade precisa ser abordado, a designada subjetividade coletiva, que precede o sujeito, é produzida pela junção dos fatos da história contemporânea, pela produção da mídia e pela cultura globalizada. Também a subjetividade coletiva, como na chamada subjetividade individual, não contém em seu produto apenas elementos subjetivos, mas também elementos objetivos, como signos universais, leis físicas, elementos matemáticos e a própria estrutura de linguagem. Para poder falar desse conjunto de palavras e coisas, nomes da história, malha urbana e encontro pessoais, preferimos o termo coletivo, que contempla melhor esse conjunto. Nele coexistem as idéias de massa e de singularidades, que se alternam entre si, dependendo das ações coletivas ou individuais que são demandadas desse coletivo. E, em relação ao desejo, a denominada subjetividade coletiva muito pouco se relaciona com o desejo do sujeito, que não fala, mas é falado por esse produto coletivo. Sendo assim, a natureza desse discurso coletivo produz no sujeito uma relação de alteridade e não de subjetividade. Com base nesses conceitos “o de território, o de sujeito, e de coletivo”, poderemos pensar, conjuntamente com as equipes de saúde da família, em dispositivos clínicos para intervir nas diversas situações críticas diante das quais as famílias de nossa responsabilidade se encontram expostas²³.

Acolhimento, vínculo e co-responsabilização

No Núcleo de Ações Territoriais, trabalhamos com o conceito de acolhimento e não de triagem, porque todos que chegam serão atendidos, sendo o PSF a porta de entrada das UBS. Gastão Wagner Campos²⁴ defende o “vínculo de acolhida” e o ato de “responsabilizar-se a equipe” como diretrizes que deveriam sobredeterminar todo o desenho do modelo assistencial. Ressalta que o termo “acolhida” deve ser compreendido em um sentido mais amplo do que aquele empregado na prática tradicional, referindo-se tanto a uma abertura de serviços públicos para a demanda, como para a responsabilização dos problemas de saúde de uma região.

O trabalho realizado em parceria entre CAPS - Itapeva e as equipes de Saúde da Família consiste na responsabilidade compartilhada no cuidado dos casos de saúde mental da região, cujo objetivo é proporcionar um atendimento mais singularizado e personalizado, em que cada profissional passa a ter uma clientela mais ou menos fixa. Além disso, visa potencializar o papel terapêutico inerente ao vínculo e permitir que os trabalhadores acompanhem melhor, no tempo, o processo saúde-enfermidade-intervenção de cada paciente.

Gastão Wagner Campos²⁵ diz que um dos meios mais adequados para a prática clínica com qualidade é o fortalecimento de vínculos entre pacientes, famílias e comunidade com a equipe e com alguns profissionais específicos que lhe sirvam de referência. Os agentes e os outros integrantes da equipe de saúde da família estabelecem vínculos com os usuários, conhecem de modo progressivo a biografia de seus pacientes e solicitam apoio para suportar as relações com as pessoas que tradicionalmente são atendidas pela saúde mental²⁶.

A co-responsabilização dos casos entre as equipes visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, sem encaminhamentos. Sendo assim, ao longo do tempo e gradativamente, os trabalhadores da equipe de referência tornam-se mais capazes de resolver problemas que anteriormente consideravam difíceis. Com a resolução máxima de problemas na região, evita-se o encaminhamento irresponsável dos profissionais, dando continuidade ao cuidado e, fundamentalmente, aumentando o grau de singularização da relação equipe/usuário.

O que o Núcleo de Ações Territoriais desenvolve com as equipes do PSF são ações no território existencial do sujeito. Sendo assim, estabelecem-se intervenções, encontros, articulações, transferências, circulação de saberes e acontecimentos no território do sujeito que está implicado. Embora teóricos, os conceitos discutidos norteiam o trabalho cotidiano, não apenas como uma referência para os técnicos de saúde mental, mas como ferramentas para todos os sujeitos envolvidos na construção de um saber coletivo e de uma prática mais rica de possibilidades.

Orientar uma jovem mãe a cuidar dos seus cinco filhos e largar o uso abusivo de drogas, inserir uma mulher que não saía de casa na programação de oficinas culturais do CAPS, realizar visitas frequentes a uma família com uma dinâmica muito complexa, cuidar de uma jovem recém-saída de uma internação psiquiátrica. Esses são exemplos de ações que o projeto tem se proposto a construir e pensar com os agentes, médicos, enfermeiros, usuários e familiares dos serviços.

Parceria CAPS e PSF

O CAPS Prof. Luis da Rocha Cerqueira, mais conhecido como CAPS - Itapeva, localiza-se no bairro da Bela Vista, centro da cidade de São Paulo. Divide-se em núcleos de trabalho: intensivo, semi-intensivo e ações territoriais. Os dois primeiros funcionam nos moldes de um serviço de saúde mental: grupos, oficinas, triagens e atendimentos individuais. O projeto do Núcleo de Ações Territoriais teve início em 2002, por iniciativa de um profissional do CAPS. No período de março de 2006 a março de 2007 – período em que foi realizado este estudo –, o núcleo era composto por um médico psiquiatra, três aprimorandas (duas psicólogas e uma terapeuta ocupacional) e duas estagiárias de psicologia. Posteriormente, duas psicólogas do serviço foram incorporadas.

A UBS Nossa Senhora do Brasil localiza-se no bairro da Bela Vista, próximo ao CAPS. Nessa unidade, existem três equipes de saúde da família, cada uma com um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde (ACS). Cada uma é responsável por um número de aproximadamente 1.000 famílias (ou 4.000 pessoas). Os ACS, por viverem no mesmo território daqueles que atendem, têm mais conhecimento e informações sobre os recursos da região, além de contato mais próximo com a população, fatores que podem contribuir imensamente para uma melhor assistência.

As reuniões dos profissionais do Núcleo de Ações Territoriais com as equipes de Saúde da Família da UBS acontecem semanalmente, por um período de aproximadamente três horas, na própria UBS. A cada semana, a equipe de saúde mental participa da reunião de uma das três equipes do PSF. Além das reuniões, outro recurso utilizado na parceria são visitas domiciliares conjuntas para os casos discutidos que apresentam maior gravidade.

A parceria do CAPS-Itapeva com o Programa Saúde da Família foi estabelecida informalmente em 2002, com três equipes da UBS Nossa Senhora do Brasil e uma da UBS Humaitá – situadas nas proximidades do CAPS e pertencentes à região administrada pela Subprefeitura da Sé. O acordo foi feito por um profissional do CAPS diretamente com a diretoria das unidades. Neste estudo, será relatado o trabalho com a UBS Nossa Senhora do Brasil, pois este acontece de maneira regular e, no fim do ano de 2006, foi reconhecido institucionalmente pelos dois serviços.

O trabalho de parceria do CAPS com o PSF é do tipo apoio matricial. A Política Nacional de

Humanização HumanizaSUS²⁷ diz que é preciso investir na mudança da estrutura assistencial e gerencial dos serviços de saúde, criando novas formas de organização capazes de produzir outra cultura, que possa lidar com a singularidade dos sujeitos. Esses novos arranjos devem ser transversais, no sentido de produzir e estimular padrões de relação que perpassem todos os trabalhadores e usuários, favorecendo a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde. As equipes de referência e apoio matricial apresentam essas características.

Gastão Wagner Campos²⁴ é quem propõe esta organização: ***O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. [...] O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre os profissionais e usuários. O termo responsabilidade de condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para as equipes de saúde da família na atenção básica***²⁸.

É este o objetivo do trabalho do CAPS-Itapeva com o PSF: ter as equipes de Saúde da Família como referência para as pessoas da comunidade, e a equipe do CAPS das Ações Territoriais como apoiadores matriciais. Segundo observa o autor, esta organização matricial altera a tradicional noção de referência e contra-referência vigente nos sistemas de saúde²⁴. Quando um paciente utiliza um serviço matricial, ele nunca deixa de ser paciente daquela equipe de referência. Sendo assim, não há encaminhamento para outros serviços, mas construção de projetos terapêuticos que são executados por um amplo conjunto de trabalhadores.

Nesse arranjo, a equipe de referência (equipe de saúde da família) compartilha alguns casos com a equipe que oferece o apoio matricial. As estratégias utilizadas para esse compartilhamento são reuniões e visitas domiciliares conjuntas.

Estratégias de intervenção

Reuniões

As reuniões são encontros entre as equipes de saúde da família e saúde mental, base para a parceria proposta. Nelas são discutidos casos, há tro-

ca de experiência e conhecimento, acolhimento de angústias e de dificuldades dos trabalhadores de Saúde da Família, que têm pouca vivência em lidar com questões de saúde mental.

Um membro da equipe relata o caso de um paciente, uma família ou de uma situação considerada difícil por envolver alguma questão de saúde mental. Para isso, deve-se ter em mãos o prontuário e as informações daquele grupo familiar “nome, idade, relação estabelecida entre eles, entre outras. Então, os membros da equipe relacionados ao caso contam-no livremente.

Nesse contexto, entende-se por família todo grupo de pessoas que coabitam, independente do tipo de relação de parentesco que possam ter. O foco de trabalho está voltado para o grupo familiar e não para cada indivíduo isoladamente¹⁴.

No início do relato, já é possível perceber o grau de proximidade e o vínculo estabelecido entre a equipe de saúde da família e os pacientes. Nota-se se há ou não informação suficiente para a elaboração de uma intervenção conjunta. Por exemplo, no caso em que o agente comunitário dizia ter um paciente muito calado, sem vontade de sair da cama e, aparentemente, depressivo. Quando questionado sobre os demais moradores da casa, o dia-a-dia do paciente, sua história de vida, seus interesses e suas relações com a comunidade, não sabia responder. Em situações como esta, deve-se incentivar o agente a se aproximar verdadeiramente dessa família, a conhecer melhor as pessoas que a compõem e a pensar em maneiras de ajudá-la. Posteriormente, agenda-se uma nova discussão, para um momento em que houver uma maior riqueza de informações.

Foi percebido (principalmente no início do trabalho) que alguns casos eram levados para a discussão com o objetivo de serem encaminhados ao CAPS. Nesses momentos, era necessário enfatizar que a proposta da parceria tinha como princípio o não encaminhamento e sim a co-responsabilização pelos pacientes, destacando suas vantagens. Para alguns pacientes, uma das estratégias de intervenção era sua inserção no CAPS. Essa decisão era tomada coletivamente quando definido que receber cuidados complementares e conjuntos aos da saúde da família seria um benefício ao paciente.

Ao mesmo tempo, casos atendidos no CAPS, que residiam em locais cobertos pelo PSF, podiam ser discutidos para que o trabalho conjunto acontecesse de forma mais adequada. Por exemplo, uma mãe e filha usuárias do serviço que, por vezes, necessitavam de cuidados mais próximos e de saúde geral. Sendo assim, as estratégias eram elaboradas com a participação de profissionais do CAPS e do PSF.

O espaço da reunião também tem a função de ser um local de aprendizado e apropriação de um novo modelo de trabalho. Outro desafio é capacitar as equipes para pensar e agir em saúde mental sem recorrer às velhas estruturas, construindo, no dia-a-dia do trabalho, novos dispositivos que possam de fato ajudar as pessoas a cuidar da saúde e reorganizar suas vidas. Uma questão importante é ampliar a capacidade de escuta dos trabalhadores, possibilitando pensar juntos em intervenções que possam ajudar as famílias a superar suas dificuldades.

No início do trabalho, as equipes de Saúde da Família acreditavam que a resolução dos casos discutidos seria dada pela equipe de saúde mental. No entanto, gradativamente essa questão foi discutida e a equipe de Saúde da Família passou a valorizar seu próprio conhecimento, entendendo que a construção conjunta das estratégias era fundamental para cuidar dos pacientes.

Daí a importância da capacitação da equipe, em que a maioria dos projetos de PSF oferecem uma capacitação formal, com currículo, cursos para diferentes categorias profissionais. Nossa equipe pensa que é necessário um segundo tipo de capacitação, que acontece horizontalmente, nas reuniões em que a discussão dos casos também serve para reflexão teórica e prática. A partir daí, a própria equipe sente-se capacitada em atender casos de saúde mental e ganha maior autonomia.

Durante a exposição de um caso, nota-se que os participantes colocam-se no lugar do outro, oferecem-se como parceiros, dão sugestões de conduta baseadas em sua experiência profissional e pessoal. Assim, constrói-se um saber novo e híbrido, composto de diversas visões e experiências. Sabe-se que cada situação tem suas particularidades e não há uma receita a ser seguida. Entretanto, ao longo do trabalho, observa-se claramente a amplitude de conhecimento que cada participante da equipe adquire. Como afirma Arthur Moura, a reunião é um espaço instituinte, pois alimenta “a capacidade de mudança e a criação de novas práticas institucionais”²⁹.

As reuniões de equipe são também espaços importantes para acolher as angústias dos trabalhadores de saúde. Responsabilizar-se pela saúde dos outros, bem como se encarregar da construção de projetos terapêuticos e do acompanhamento sistemático de casos singulares, de pessoas concretas, com nome, sobrenome, não é tarefa simples²⁵. Os trabalhadores passam por intensos momentos de sofrimento e desgaste. São cobrados, por um lado, por produção – há uma obrigatoriedade de atender todas as famílias de sua região, ao menos uma vez por mês – e por outro, por qualidade; a

equipe de saúde mental enfatiza a importância do vínculo, do cuidado, da responsabilização. Sendo assim, o espaço da reunião também é usado como um local de acolhimento das angústias e frustrações de um trabalho que tanto exige daqueles que para ele se disponibilizam.

Visitas domiciliares

As visitas domiciliares e seus desdobramentos (encaminhamentos com responsabilização, atendimentos conjuntos e outras estratégias) também fazem parte do trabalho territorial.

As visitas devem ser pensadas de acordo com cada situação e cada família. Não há regras ou critérios rígidos a serem seguidos. Geralmente, são realizadas com a equipe de saúde mental, em situações de maior vulnerabilidade, de crise e riscos de internações psiquiátricas, conflitos familiares, sofrimento psíquico intenso e casos que não chegam aos serviços de saúde mental, como pessoas violentadas, ameaçadas e aprisionadas²⁶.

Em grande parte das vezes, realiza-se a visita com um ou dois profissionais da saúde mental e um ou dois do PSF. A presença dos agentes comunitários é essencial, pois são eles que possuem o maior vínculo com as famílias.

Um dos objetivos das visitas domiciliares é o de fortalecer o vínculo da equipe de saúde da família com a sua comunidade, principalmente do agente comunitário, já que é esse profissional que mais tem contato e está implicado no cuidado cotidiano com as pessoas. Em muitas visitas realizadas, procurava-se mostrar ao agente de saúde que ele era o principal condutor do projeto terapêutico e que o saber técnico não é o dominante, o saber circula, daí sua importância no cuidado das famílias.

Adota-se essa estratégia de visita conjunta porque, além da capacitação aos profissionais da saúde da família, as demandas de saúde mental são sempre muito complexas. Muitas vezes é difícil lidar sozinho com situações de intenso sofrimento, os próprios agentes relatam essa solidão no trabalho. É preciso, então, compartilhar essas vivências e responsabilidades com outros atores e até outros serviços. Segundo Antonio Lancetti²⁶, ***A ação dos agentes quando operada em singular parceria com os outros membros da organização sanitária torna essa relação uma arma fundamental para fazer funcionar a produção de saúde e saúde mental [...] E esse funcionamento radica potencialidade***.

Nem todos os casos discutidos nas reuniões necessitam de visitas domiciliares. Elas são feitas apenas quando há situações de crise, como em caso de intenso sofrimento psíquico e de vulnerabilida-

de social, ou quando a equipe sente-se insegura para lidar com tais situações.

Novamente enfatizando a capacitação, as visitas domiciliares, com sua riqueza de material clínico de dados dos familiares e de todo o contexto, servem também para a reflexão. Enfatizamos que as visitas são apenas uma parte do processo no atendimento às famílias, e não o objetivo final. Assim, sempre após a visita, há uma discussão com a equipe, pois nossa preocupação é discutir cada estratégia pensada para cada projeto terapêutico. Antes da visita, pensamos nela como uma das estratégias adotadas para o caso e, depois, refletimos sobre o ocorrido.

Além disso, é através da visita domiciliar que são realizados atendimentos conjuntos, para que ambas as equipes entendam a complexidade de cada grupo familiar e possam adentrar em seus territórios subjetivos. Ouvir a história de cada membro, conhecer a dinâmica das relações estabelecidas naquela residência ou comunidade, perceber as dificuldades e potencialidades de cada um enriquece a prática, ajuda a identificar possibilidades, agenciar recursos e serviços. Dessa forma, organizar um mutirão de limpeza com técnicos, agentes e uma paciente, articular usuários do PSF que necessitavam de cuidados intensivos ao CAPS e orientar familiares de usuários de álcool e drogas foram ações estabelecidas com base no que foi sendo percebido como possibilidades de cuidados para aqueles casos durante as visitas.

Esses são alguns relatos que esse trabalho tem se proposto a construir com os agentes, médicos, enfermeiros, usuários e familiares, dentro da complexidade e do desafio que é de estar no território, de cuidar das pessoas e de produzir uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento humano²⁰.

Conclusão

A equipe de apoio matricial é pequena diante da grande demanda existente na região, os serviços encontram-se dispersos e isolados, dificultando a criação de uma rede articulada. Além disso, o PSF encontra-se muito tímido no centro de São Paulo, onde uma pequena parcela da população é atendida. Há uma necessidade clara de aumento da cobertura e expansão.

No início do projeto, as articulações muitas vezes ficavam enfraquecidas sem o respaldo de diretrizes institucionais, dificultando o trabalho e o reconhecimento da importância deste no território.

A formalização das parcerias, o conhecimento do projeto pelos profissionais dos serviços e o fato de ser uma atividade importante para o Programa de Aprimoramento no CAPS foram fatores decisivos para o sucesso do trabalho.

Ao longo do trabalho, esta situação sofreu algumas modificações. Reuniões internas no CAPS levantaram interesse de outros profissionais a participar do projeto. Havia, inicialmente, a necessidade de se constituir a equipe, detectar necessidades, organizar todo o planejamento e lógica do trabalho territorial, fortalecer as equipes de PSF e o próprio Núcleo de Ações Territoriais. O desafio colocado é sempre duplo, pois é necessário encontrar maneiras de superar essas dificuldades e, ao mesmo tempo, cuidar das pessoas, acolher seus sofrimentos, ajudar as famílias, articular recursos, produzir saúde.

Em relação ao tratamento, não há resultados imediatos. A loucura de um membro da família tende a circular entre todos os outros e a precariedade da situação de vida de grande parte das pessoas contribui para o adoecimento. No entanto, nota-se que o olhar voltado ao grupo familiar e ao contexto social têm resultados mais positivos do que aquele que reduz o sujeito à sua doença. O trabalho conjunto (e principalmente com o agente comunitário) enriquece a prática, desmistifica preconceitos, aproxima e modifica territórios. É possível e necessário que a atenção básica encarregue-se da saúde mental.

Compreender o território onde as pessoas vivem requer mudanças de olhares, ações, investimentos. O agente comunitário tem papel fundamental nas equipes e no trabalho territorial conjunto com a saúde mental, pois tem poder de entrada e vínculo, contribui para a elaboração de projetos terapêuticos pautados na cidadania, no local de adoecimento e sofrimento das pessoas, na busca de novos caminhos, descentralizando o foco na doença no saber médico e na instituição. Transitar pelo território subjetivo das pessoas e modificá-lo é também formar relações de confiança e vínculo, cuidado, disponibilidade, afetividade.

Esta experiência é apenas uma das iniciativas propostas para um cuidado integral da população que vive na região central da cidade de São Paulo. Muitos outros movimentos acontecem e devem ser ampliados neste sentido. Sabe-se que muito ainda falta para caminhar, mas este estudo pretende ser uma provocação e um incentivo quanto à possibilidade de um atendimento mais digno, respeitoso e, principalmente, resolutivo às pessoas que necessitam de uma rede de cuidados.

Colaboradores

PSS Delfini, MT Sato, PP Antoneli e POS Guimarães trabalharam na concepção e delineamento do estudo, na redação do artigo e na revisão da versão final.

Agradecimentos

À Meire Gomes, pela revisão final do texto.

Referências

1. Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A, organizadora. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 13-18.
2. Cruz MS, Ferreira SMB. O vínculo necessário entre a saúde mental e o Programa de Saúde da Família na construção de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. **Cadernos IPUB** 2007; XIII(24):67-79.
3. Yasui S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira** [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
4. Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, organizador. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 615-634.
5. Organização Mundial de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra:OMS; 2001.
6. Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde da família. Avaliação da implementação em dez centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2002.
7. Pereira AA. Saúde Mental para médicos e enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. **Cadernos IPUB** 2007; XIII(24):67-79.
8. Campos FCB, Nascimento SPS. O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica. **Cadernos IPUB** 2007; XIII(24):67-79.
9. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; 19 set.
10. Brasil. Portaria nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União** 1997; 18 dez.
11. Souza RR. O sistema único de saúde brasileiro. In: Negri B, Viana ALD, organizadores. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobraviveme; 2002. p.441-469.
12. Brasil. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União** 2006; 28 mar.
13. Capistrano DF. O programa de saúde da família em São Paulo. **Estud. av.** 1999; 13(35):89-100.
14. Lancetti A, organizador. **SaúdeLoucura. Saúde mental e saúde da família**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
15. Nunes, M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad Saude Publica** 2007; 23(10):2375-2384.
16. Cabral B, Lucena M, Oliveira M, Gouveia M, Freitas P, Pereira S et al. Estação Comunidade. In: Lancetti A. **SaúdeLoucura. Saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 109-116.

17. Brasil. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. **Diário Oficial da União** 2002; 19 fev.
18. Brasil. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União** 2008; 24 jan.
19. Santos M. **O país distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania**. São Paulo: Publifolha; 2002.
20. Amarante P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury S, organizadora. **Saúde e democracia. A luta do CEBES**. São Paulo: Lemmos; 1997. p. 163-185.
21. Lacan J. **O seminário – livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1988.
22. Freud S. **El chiste y su relación con lo inconsciente**. Madrid: Alianza Editorial; 1986.
23. Guattari F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. São Paulo: Editora 34; 1993.
24. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Cien Saude Colet** 1999; 4(2):393-403.
25. Campos GWS. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec; 2003.
26. Lancetti A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec; 2006.
27. Brasil. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização; 2004.
28. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saude Publica** 2007; 23(2):399-407.
29. Moura AH. **A psicoterapia institucional e o Clube dos Saberes**. São Paulo: Hucitec; 2003.

Artigo apresentado em 04/08/2007

Aprovado em 02/04/2008

Versão final apresentada em 18/06/2008