

Saúde mental em rede: uma análise de território

Mental health in network: An analysis of territory

Fernanda Gomes Vasconcelos

Charmênia Maria Braga Cartaxo

Resumo

Este artigo apresenta os resultados de uma análise documental sobre uma ação de monitoramento desenvolvida por um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), do Recife (PE). Buscaram-se investigar possíveis contribuições dessa ação referentes à construção, desenvolvimento e manutenção do cuidado em saúde mental em rede. Para tanto, foram analisados documentos produzidos pelo NASF e pela emergência à luz do método de análise de conteúdo. Os resultados apontaram o uso da emergência para a contenção de sintomas e para acesso a medicamentos, com predomínio do paradigma de cuidado biomédico, além da escassez de serviços de saúde de atendimento integral no território e a dificuldade de intervenções por parte da atenção primária que direcionassem o cuidado para a rede de atenção. Propôs-se repensar a ação, privilegiando o apoio matricial como estratégia de cuidado para o desenvolvimento de intervenções em rede.

Palavras-chave

Saúde Mental; Rede de Atenção Psicossocial; Atenção Primária.

Abstract

This article presents the results of a documentary analysis of a monitoring program developed by a Support Center for Family Health (NASF in portuguese), in Recife (PE). We aimed to investigate possible contributions of this program concerning the construction, development and maintenance of the mental health care network. Therefore, we analyzed documents produced by NASF and by the emergency, using the content analysis method. The results indicate the use of the emergency to contain symptoms and to provide access to medication, it is predominated by the biomedical care paradigm, it was also verified a lack of full health care services in the territory and a difficulty of interventions by primary care that could orientate care for the network. It is proposed to reconsider the monitoring program, indulging the matrix support as care strategy for the development of network interventions.

Keywords

Mental Health; Network of Psychosocial Care; Primary Care.

**Fernanda Gomes
Vasconcelos**

**Universidade de
Pernambuco**

Psicóloga com especialização no Programa de Residência de Psicologia em Saúde Mental da Universidade de Pernambuco e Hospital Ulysses Pernambucano. Atualmente mestranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Pernambuco.

fernandagvas@gmail.com

**Charmênia Maria Braga
Cartaxo**

**Universidade de
Pernambuco**

Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Professora adjunta da Universidade de Pernambuco, coordenadora acadêmica do Programa de Residência de Psicologia em Saúde Mental da Universidade de Pernambuco e Hospital Ulysses Pernambucano.

charmenia.cartaxo@bol.com.br

Introdução

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal Brasileira de 1988, propõe-se que o modelo de cuidado seja baseado na lógica do acompanhamento em território, entendendo que os fatores determinantes e condicionantes de saúde estão vinculados às regiões onde os indivíduos habitam (BRASIL, 1988). A saúde mental inclui-se nessa perspectiva e vem, ao longo dos anos, ganhando maior espaço em instituições integrantes de uma rede, a partir do processo de Reforma Psiquiátrica.

Essa Reforma preza que, no lugar da manutenção do tratamento manicomial, em que o indivíduo com transtorno mental permanecia isolado nos hospitais psiquiátricos, este seja cuidado em convívio social, dentro do território onde habita. Sendo assim, a ele é garantida a livre circulação pelos serviços de saúde, pela comunidade e pela cidade, sendo os cuidados baseados nos recursos oferecidos pelo território. Para tanto, parte-se do pressuposto de que apenas uma organização em rede de tais serviços possibilita a construção de um conjunto vivo, capaz de acolher a complexidade das demandas dos sujeitos em sofrimento psíquico (BRASIL, 2005).

Essa organização do cuidado é orientada pela Portaria nº 3.088, de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas em sofrimento mental e necessidades decorrentes do uso de drogas (BRASIL, 2011a). A RAPS dispõe de serviços e equipamentos variados, sendo eles: a Atenção Primária, composta por Unidades de Saúde da Família (USF), Equipes de Atenção Primária, Centros de Convivência e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); a Atenção Psicossocial Especializada, onde se situam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); a Atenção de Urgência e Emergência, que dispõe do SAMU, das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h, de hospitais psiquiátricos com porta aberta de urgência e pronto-socorro, de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e dos CAPS 24h (CAPS III); a Atenção Residencial de Caráter Transitório, composta por Unidades de Acolhimento (UA) e Comunidades Terapêuticas; a Atenção Hospitalar; e Estratégias de Desinstitucionalização, que dispõe dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e do Programa de Volta para Casa.

Na medida em que ocorre a implantação e expansão da RAPS, os hospitais psiquiátricos podem ser acionados para o cuidado às pessoas com transtorno mental uma vez que essa rede ainda não é suficiente. As regiões de saúde, por sua vez, devem priorizá-la, de forma a dar continuidade ao processo de substituição dos leitos psiquiátricos pelo cuidado no território (BRASIL, 2011a). Aos poucos, os grandes hospitais psiquiátricos vão sendo extintos.

Diante dessa recente organização do cuidado territorial em saúde mental por meio da RAPS, surgiu um interesse em aproximar-se do processo de construção e articulação dessa rede em um território da cidade do Recife, local onde uma das autoras atuou como Residente de Psicologia em Saúde Mental. Tal inserção ocorreu por meio da atenção primária, mais especificamente de um NASF.

O NASF é constituído por equipes de profissionais de diversas áreas, que atuam de forma integrada, apoiando os profissionais das equipes de saúde da família e vinculando-se ao território destas. Não possui unidade física independente e não é de livre acesso para atendimentos individuais e coletivos, devendo atuar junto com a rede de atenção à saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho com as equipes de saúde da família (BRASIL, 2011b). O trabalho do NASF deve ter como foco o território de sua abrangência, tendo como prioridade o atendimento compartilhado e interdisciplinar, troca de saberes, capacitação e corresponsabilização, gerando experiência profissional para todos por meio da utilização de métodos como

estudos de caso, reuniões de equipe, elaboração de projetos terapêuticos, atendimentos conjuntos, apoio matricial, etc. (BRASIL, 2010).

As organizações de saúde funcionam, tradicionalmente, a partir de hierarquias, em que o poder está concentrado em diretores, médicos, especialistas, etc. Em contrapartida, o SUS aposta nos modelos de gestões compartilhadas e criações de espaços coletivos, em que as equipes realizam planejamentos e elaborações de projetos conjuntos (CAMPOS; DOMITTI, 2007). A equipe de referência e o apoio matricial são estratégias que estimulam a diluição do poder em prol de uma atuação conjunta. Diminuem o peso da influência "paterna" na solução de conflitos, ou seja, as autoridades externas – chefes, leis e regras – podem ser reinterpretadas na horizontalidade dos irmãos reunidos em uma fratria (CAMPOS; DOMITTI, 2007). O apoio matricial prioriza a construção do trabalho em rede (DIMENSTEIN et al., 2009).

Diante do exposto, o presente artigo traz o relato de uma pesquisa do tipo documental que buscou analisar documentos referentes a uma ação de monitoramento desenvolvida por um NASF da cidade do Recife, em seu território de abrangência. A ação tinha como propósito aproximar o cuidado em saúde mental das equipes de saúde da família, mediante a busca ativa por usuários residentes no território específico que haviam dado entrada em um serviço de emergência psiquiátrica. Essa emergência fornecia listas mensais à equipe NASF dos usuários que haviam utilizado o serviço de emergência naquele período, contendo as seguintes informações: nome, endereço, data de ida à emergência e encaminhamento realizado.

Com base nesses dados, a equipe NASF junto com as equipes de saúde da família buscavam o usuário no território, em um primeiro momento, com o intuito de colher informações sobre o que motivou a ida à emergência e, em um segundo momento, para investigar como vinha sendo feito o cuidado àquele sujeito dentro do território, visando estimular o vínculo deste aos serviços da rede, principalmente à equipe de saúde da família. Assim, a ação de monitoramento tinha como objetivo corroborar a construção do cuidado territorial por meio da RAPS, tendo em vista que a atenção primária deve ser a organizadora e a porta de entrada dessa rede.

Compreende-se a importância de estudar a construção de uma rede de cuidado territorial, tendo em vista que, segundo Viganó (2012), se pouco cuidada, essa rede pode se tornar pior que um manicômio. De acordo com o autor, uma das dificuldades para se desenvolver o trabalho em rede é a delicadeza de posicionar a equipe em uma atitude ética, com um lugar vazio para o saber do sujeito que demanda o cuidado, estando o profissional pronto a acolhê-lo, em um lugar da pedagogia sem o saber.

A pesquisa documental aqui apresentada teve como objetivo geral identificar as possíveis contribuições da ação de monitoramento descrita no tocante à construção, ao desenvolvimento e à manutenção do cuidado em saúde mental em rede no território estudado. Para se chegar a esse objetivo geral, recorreu-se aos seguintes objetivos específicos: descrever as intervenções realizadas pela equipe do NASF e da saúde da família junto com os casos monitorados; descrever aspectos relacionados ao histórico de adoecimento dos indivíduos bem como inserção em serviços de saúde do território e motivo de ida à emergência psiquiátrica como fatores possivelmente atrelados à organização da RAPS naquele território; caracterizar os serviços que compunham a RAPS do território estudado durante o período da pesquisa.

Método

A pesquisa apresentada neste artigo teve aprovação do Comitê de Ética do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife, Pernambuco, sob o seguinte número do CAAE: 34332014.0.0000.5192.

Caracterizou-se como do tipo documental, de base qualitativa. Nesse tipo de estudo, é considerado documento plausível de análise qualquer suporte que contenha informação registrada, servindo de consulta, estudo ou prova, não sendo necessário que possua tratamento científico prévio (SÁ-SIVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Foram analisados documentos produzidos por um NASF da cidade do Recife, entre janeiro e junho de 2014, referentes a uma ação de monitoramento dos usuários do território de abrangência desse serviço que vinham utilizando uma emergência psiquiátrica. Os documentos encontravam-se arquivados na unidade central do NASF, sendo eles: relatórios e anotações das visitas domiciliares aos usuários que apareceram na listagem fornecida pela emergência; tabelas e planilhas de monitoramento desses casos; anotações dos atendimentos realizados nas unidades de saúde da família aos usuários em questão.

Também fizeram parte da amostra listas mensais, fornecidas pela emergência psiquiátrica, com a relação de todos os indivíduos residentes no território estudado que receberam atendimento e com os encaminhamentos dados por essa instituição a cada caso. O critério de exclusão aplicou-se a qualquer outro documento do NASF e/ou emergência que não possuísse relação com a atividade de monitoramento descrita e/ou que não estivesse datado de acordo com o período escolhido.

Os documentos foram analisados à luz da técnica de Análise de Conteúdo, definida por Bardin (2011) como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) diversificados, uma hermenêutica controlada, baseada na dedução e inferência.

A análise dos dados obedeceu a uma ordem de etapas. Primeiramente, realizou-se a descrição analítica. Uma vez definido o *corpus* dos documentos que seriam utilizados, tais materiais foram lidos repetidamente, com o intuito de não serem excluídos elementos relevantes para a análise, seguindo-se a regra da exaustividade. Em seguida, foram selecionadas as unidades de registro de acordo com o *tema* – que é uma afirmação acerca de um assunto, podendo ser uma frase, um resumo, etc. –, em que foram ressaltados os núcleos de sentido da comunicação, de acordo com a frequência de aparição. Elaboraram-se categorias não definidas a priori, classificando-se elementos em conjuntos por meio de diferenciações e analogias de conteúdo. Os elementos do texto foram divididos nas categorias: motivo de ida à emergência psiquiátrica; histórico de adoecimento; encaminhamentos realizados pela emergência; tratamentos atuais; intervenções realizadas pelas equipes da atenção primária.

Com base no tratamento dado aos documentos, foi realizada uma operação lógica, a inferência, em que se admitiu uma hipótese baseada em proposições aceitas como verdadeiras. Assim, foram extraídos possíveis efeitos das mensagens analisadas. Por fim, realizou-se a etapa da interpretação em que foram concedidas significações às características extraídas do texto, fazendo o contraponto dessas com dados encontrados na literatura.

Resultados e discussão

Foram analisados documentos referentes a 23 (vinte e três) usuários que continham relatos de visitas domiciliares e de atendimentos realizados pela equipe NASF na unidade de saúde da família. A faixa etária dos usuários variou entre 21 e 57 anos. Nesses 23 casos estudados, a abordagem ao usuário e/ou a sua família foi feita por um profissional de Psicologia do NASF junto a um Agente Comunitário de Saúde (ACS). Apenas em 04 (quatro) casos não se conseguiu contatar diretamente o usuário, tendo sido a abordagem feita exclusivamente a algum familiar. Os dados analisados

serão apresentados no texto com base nas divisões em categoria, resultantes da análise.

O que motivou a ida à emergência psiquiátrica?

Dos registros analisados, foram encontrados relatos de 13 (treze) usuários apontando que recorreram à emergência psiquiátrica com o intuito de cessar quadros de agitação psicomotora, em alguns dos casos, decorrentes do uso abusivo ou abstinência de drogas, em outros, de transtorno já existente.

Em 06 (seis) casos analisados, os registros apontaram que a busca pela emergência psiquiátrica relacionava-se diretamente à medicação. Nesse grupo, as justificativas referiam-se: ao uso irregular de medicação; ao desejo, por parte dos usuários, de serem medicados; ao objetivo de se obter nova receita de medicação que já vinha sendo utilizada e para que fosse feita revisão medicamentosa.

Outra justificativa identificada nos documentos analisados, presente em relatos de 04 (quatro) usuários, referia-se à alteração do quadro psíquico, pela presença de sintomas produtivos ou pela mudança no humor, sendo a ida à emergência motivada pelo desejo de cessar tais sintomas.

A análise dos relatos contidos nos documentos indicou mais fortemente a presença da justificativa da utilização da emergência psiquiátrica com o intuito de conter sintomas e quadros de agitação mediante o uso de medicações (17 usuários). Nos relatos em que a procura pela emergência psiquiátrica não estava atrelada diretamente à presença de sintomas agudos (6 usuários), também foi possível perceber a relação com a lógica da contenção via medicamento, sendo que, nesses casos, de forma preventiva. A indicação do uso da emergência psiquiátrica para fins de obtenção de psicotrópicos aponta para uma forma de se lidar com a loucura associada à tentativa de normatização dos sujeitos e contenção por meio químico.

No campo da doença mental, o saber da psiquiatria sempre exerceu papel hierárquico perante outros saberes, e seu instrumento, o medicamento, ganhou espaço nas instituições de tratamento ao louco. A inauguração do tratamento médico à loucura foi feita por Pinel em meados do século XVIII, a partir da proposta de um tratamento moral e educativo, baseado em uma lógica tutelar aos doentes mentais (SADE, 2014). Assim, Pinel *desacorrentou* os loucos, dando início à era da contenção química.

À luz do positivismo científico da época, Pinel postula que o *alienado mental* seria incapaz de atingir a razão absoluta, estando impossibilitado de realizar escolhas e julgamentos, de ser livre e exercer sua cidadania. Portanto, o internamento seria a solução viável para esses indivíduos, que, de acordo com tal perspectiva, não estariam aptos a escolher os tratamentos adequados a si mesmos. A lógica manicomial seguiu sendo reforçada como ideal de prática pedagógica, corretiva, punitiva, de vigilância e exclusão (AMARANTE, 2009).

A partir de Pinel, diversos outros autores, como Esquirol, Kraepelin, Jaspers, etc., contribuíram com a sistematização da psiquiatria por meio da criação de entidades clínicas, classificações das doenças mentais e manuais psiquiátricos (LOPES, 2001). Segundo Viganó (2012), o tratamento médico dado à loucura não se baseou no saber clínico, na observação do caso, mas foi desenvolvido a partir do isolamento de uma população que apresentava certos traços de comportamento comuns. Para o autor, não se criou, apenas, uma disciplina médica referente ao tratamento das doenças mentais, mas, um novo objeto social – a loucura – e, em torno dele, desenvolveu-se uma prática segregadora.

No bojo da Reforma Psiquiátrica, surge a proposta de expansão da psiquiatria ao espaço público com o intuito de promover a saúde mental. Sendo

assim, o foco deixa de ser a medicalização da doença e passa a ser a prevenção do adoecimento. Entretanto, no Brasil, as grandes associações de psiquiatria afastam-se das temáticas da saúde mental e saúde pública, adotando, cada vez mais, os vieses da psiquiatria biológica e da psicofarmacologia (AMARANTE, 2010). Além disso, Amarante (2010) aponta também para a interdependência entre a psiquiatria e a farmacologia, tendo em vista que esta última promove e financia cursos e congressos na área, o que reforça as abordagens psicofarmacológicas. O discurso médico persiste, então, como um forte viés no cuidado ao sujeito com transtorno mental, sendo buscado pelos próprios usuários e familiares.

Segundo Dimenstein et al. (2009), a dimensão médica com enfoque no biológico, no individual e no tratamento medicamentoso ainda é predominante nos serviços de saúde, produzindo atendimentos que buscam sanar queixas específicas, sem privilegiar o acompanhamento horizontal no território. Essa referência ao paradigma biomédico estimula a utilização de serviços que pouco estão vinculados à rede territorial, como as emergências psiquiátricas, as quais possuem porta aberta 24h e sustentam sua intervenção, na maioria das vezes, no uso de psicotrópicos e encaminhamentos indiscriminados. O livre acesso à emergência e aos medicamentos possivelmente são elementos que corroboram a utilização desse serviço.

Nos registros estudados, foi possível analisar que dos 23 (vinte e três) usuários, apenas 05 (cinco) frequentavam a unidade de saúde da família, todos com o mesmo objetivo de buscar atualização das receitas dos psicotrópicos. Em relação aos 18 (dezoito restantes), não houve registros de que estivessem sendo assistidos pela equipe de saúde da família. Para Dimenstein et al. (2009), existem indicativos de que a maior demanda nas unidades de saúde da família referentes à saúde mental é a procura por prescrição de receitas de psicotrópicos. As autoras apontam que os profissionais da atenção primária reproduzem as transcrições medicamentosas realizadas por psiquiatras sem maiores questionamentos. Segundo Figueiredo e Campos (2009), profissionais inseridos na estratégia de saúde da família relataram que realizam encaminhamentos a serviços especializados de saúde mental, por avaliarem possuir pouco conhecimento para lidar com o transtorno mental, aliado à angústia gerada a partir do contato com o sofrimento psíquico.

Sendo assim, supõe-se que as atuações fragmentadas no território, com foco no saber especialista, contribuem para a desassistência ao sujeito no tocante ao acompanhamento a longo prazo e colaboram com a reincidência a crises, que o levam a retornar à emergência psiquiátrica.

O movimento sintomático do usuário fora da rede

No tocante ao histórico de adoecimento dos sujeitos, encontraram-se, em registros de 13 (treze) usuários relatos de quadros de transtorno mental e/ou uso abusivo de drogas há mais de 15 anos, com recorrência de internamentos psiquiátricos em 09 (nove) desses casos. Em relação a 03 (três) usuários, os registros traziam relatos do adoecimento psíquico e/ou uso abusivo de substâncias entre 10 e 15 anos, também com presença de internamentos psiquiátricos em 02 (dois) desses casos. Em registros de outros 07 (sete) usuários, observaram-se relatos de crises mais recentes, iniciadas entre cinco e um ano, tendo 02 (dois) desses usuários sido internados em hospital psiquiátrico.

Na maioria dos casos analisados (16) os usuários apresentavam histórico de adoecimento maior que dez anos e, dentre esses, 13 (treze) já haviam passado por experiências de internamento psiquiátrico anteriores. Os dados apontam para uma possível relação entre o tempo de adoecimento e a frequência de utilização da emergência psiquiátrica,

levando à interpretação de que há uma fragilidade na construção da rede de cuidado territorial.

Dentre os 23 (vinte e três) usuários investigados, durante os meses de janeiro a junho de 2014, 09 (nove) foram à emergência mais de uma vez. A ida recorrente ao serviço 24h apontou que o movimento desses usuários, ao invés de ter sido o de circular pela rede, constituiu-se em utilizar a emergência como referência para o pronto-atendimento. Esses dados corroboram a ideia de fragilidade do cuidado em rede no território, que vem sendo construído na contramão da lógica tutelar, sendo essa última respaldada pelo saber biomédico e o excesso de psicotrópicos. O movimento repetitivo de busca pela emergência é sintomático diante do processo de mudança de paradigma do cuidado ao louco. O desejo pela obtenção de respostas imediatas ao sofrimento continua sendo depositado no medicamento e no saber da psiquiatria, representados via emergência psiquiátrica. Porém esse funcionamento parece não sustentar a continuidade do cuidado em saúde mental, focando-se em atendimentos pontuais, que sanam uma queixa imediata e que parecem reforçar tal movimento de reincidência. Neste estudo, em quase 50% dos casos analisados, foi possível perceber o retorno à emergência dentro de um curto espaço de tempo.

O uso excessivo da emergência indica que, além do reforço à lógica biomédica, existe algo na rede de atenção psicossocial que poderia estar contribuindo para o movimento fora da rede. Para tanto, fez-se necessário investigar se os usuários em questão vinham frequentando algum serviço de saúde do território. Dos 23 (vinte e três) usuários monitorados, 09 (nove) estavam em acompanhamento em CAPS, 05 (cinco) estavam obtendo receita de medicação transcrita por médico da unidade de saúde da família, 05 (cinco) não eram acompanhados em qualquer instituição, 03 (três) frequentavam ambulatório de psiquiatria e 01 (um) estava sendo acompanhado no Programa Atenção Integral aos Usuários de Drogas e Seus Familiares (ATITUDE)¹. Ou seja, 17 (dezessete) usuários vinham sendo acompanhados em algum serviço de saúde do território, resultando em dados que, aparentemente, trazem uma contradição, pois indicam que os sujeitos vinham sendo assistidos no território e, ainda assim, buscavam a emergência psiquiátrica.

Por que, mesmo estando em acompanhamento no território, os usuários continuavam recorrendo à emergência? Estaria esse fato atrelado a uma possível falta de serviços 24h no território? Seria por que os serviços existentes não estavam dando conta do cuidado à crise? A frequência de ida à emergência indicaria ainda a presença da lógica manicomial no cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico?

Para pensar tais questões, recorreu-se a dados que apontaram a organização da RAPS do território estudado. Neste, no período de janeiro a junho de 2014, havia um CAPS II para adultos com transtornos mentais, um CAPS para Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) que realizava acompanhamento a adolescentes, um Albergue Terapêutico, que não estava em funcionamento, um Serviço Residencial Terapêutico masculino, um psiquiatra realizando atendimentos ambulatoriais, cinco USF's e uma equipe NASF. Os dados apontam a falta de serviços em funcionamento integral nesse território, fator que contribui para uma possível desassistência à crise, corroborando a ideia da busca pela emergência psiquiátrica como local assegurado de atendimento imediato em qualquer horário, além de maior facilidade na obtenção de medicação, o que também aponta para a continuidade de uma lógica manicomial, sustentada, principalmente, pelo viés biomédico.

A construção da integralidade das ações em saúde é um processo longo e difícil, que envolve, como aponta Lima Filho (2012), o desenrolar de uma rede de serviços, pessoas e saberes. Para o autor, essa rede deve ser construída a partir do cotidiano da prática clínica, que tem como objetivo

1

Programa desenvolvido pelo Governo do Estado de Pernambuco, sendo coordenado pela Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos, onde é realizado atendimento a usuários de drogas e seus familiares.

aproximar os mais diversos sujeitos na busca pelas alternativas a fim de lidar com o sofrimento psíquico. Viganó (2012) chama a atenção para a importância do contato com o usuário, sinalizando que a instituição por si só não é capaz de estabelecer tal parceria e deve, portanto, ser animada pela equipe, por pessoas que a ela adicionem algo de si mesmas. Sendo assim, destaca-se o papel da atenção primária nessa construção, pois pode intervir no espaço social onde a comunidade vive e em seus modos de vida.

A saúde mental deve fazer parte do campo de atuação da atenção primária, ultrapassando as barreiras das especificidades e resultando em efeitos determinantes sobre as condições de vida dos sujeitos (DIMENSTEIN et al., 2009). Para tanto, faz-se necessário que exista uma articulação entre as equipes de saúde mental e as equipes da atenção primária, havendo a coresponsabilização do cuidado ao sujeito com transtorno mental dentro do que é proposto para o funcionamento do trabalho em rede.

Intervenções da atenção primária e a ação de monitoramento no território

A dificuldade dos profissionais de articular-se a serviços da rede, apostando em um cuidado compartilhado ao sujeito, foi constatada no tocante às intervenções das equipes da atenção primária. Após a escuta dos usuários e/ou familiares, a predominância das intervenções realizadas pelos profissionais do NASF, conforme registrado nos documentos, ocorreu no campo do reforço sobre a importância em ser dada continuidade ou início ao tratamento em CAPS, bem como ao acompanhamento longitudinal nas unidades de saúde da família. Dos 23 (vinte e três usuários), em 17 (dezesete) dos casos foi realizado esse tipo de intervenção, em geral em apenas um contato com o usuário e/ou familiar. Em 05 (cinco) outros casos, o NASF realizou encaminhamentos a ambulatórios de psiquiatria e/ou psicologia ou a outros profissionais de sua própria equipe, no intuito de haver uma intervenção especialista. Em 04 (quatro) casos, os profissionais de Psicologia do NASF realizaram escutas individualizadas ao usuário ou familiar por um curto período de tempo, também seguindo a lógica da assistência especializada. Em apenas 01 (um) dos casos, não foi realizada qualquer intervenção.

Para Dimenstein et al. (2009), é necessário que os avanços conquistados com a Reforma Psiquiátrica, destacando-se dentre eles a incorporação da saúde mental na atenção primária, sejam vistos de forma crítica, problematizando-se a construção da prática. As autoras apontam, dentre os desafios para a condução da Reforma, o excesso de burocracia e as tramas das relações cotidianas nos serviços de saúde, que vêm norteando a produção de um modelo de cuidado pouco diversificado, com predominância do formato ambulatorial. Assim, reproduzem-se, nos serviços substitutivos, aspectos que se tenta desmontar nas instituições psiquiátricas (DIMENSTEIN et al., 2009).

As intervenções realizadas por profissionais da atenção primária no que se refere à ação de monitoramento, indicam uma predominância de atuação especializada da equipe do NASF, com precária articulação com as equipes de referência e outros serviços da rede, assim como o reforço à referência do CAPS como o serviço que dará conta de todo o cuidado em saúde mental do território. Diante dos resultados já explanados, buscou-se, a partir de uma análise detalhada dos documentos estudados, caracterizar como a ação de monitoramento proposta poderia auxiliar na construção e articulação de rede territorial de cuidados em saúde mental.

Durante essa ação, em geral, foi delegada ao profissional de Psicologia do NASF e ao seu saber especializado em torno da saúde mental a tarefa do cuidado no território ao sujeito em sofrimento psíquico. Identificou-se que

as visitas aos indivíduos que buscaram a emergência psiquiátrica foram realizadas por profissionais de Psicologia do NASF, juntamente com o ACS responsável pela área em questão que participava das visitas numa postura de acompanhante.

No período de janeiro a junho de 2014, foram encontrados registros realizados pelo NASF em formato de planilha, contendo os dados dos casos monitorados e as intervenções realizadas que eram entregues às equipes de saúde da família regularmente. Nesse mesmo período, não foram encontrados registros conjuntos do NASF e das equipes de saúde da família, relativos à discussão da condução dos casos em questão, o que aponta um distanciamento do trabalho de referência e do matriciamento.

Para Campos e Domitti (2007), o apoio matricial é uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, tais como referência, contrarreferência, protocolos, etc. Esse método rompe com a lógica do saber vertical, hierárquico, especialista e burocrático e busca promover o encontro entre profissionais de forma horizontal, desfavorecendo relações autoritárias das equipes de especialistas sobre as equipes de referência.

O apoio matricial é uma estratégia de cuidado capaz de promover o encontro entre diversos atores e saberes e, assim, estimular os profissionais a saírem de seus núcleos de conhecimento para construir ações interdisciplinares em saúde, traçando os projetos terapêuticos dos usuários, pautados em visões de mundo distintas. No processo do apoio matricial, os profissionais do NASF não têm, necessariamente, relação direta com os usuários, mas dão suporte às equipes de referência destes, auxiliando na elaboração dos projetos terapêuticos singulares (BRASIL, 2010).

Com base no apoio matricial, busca-se, então, a ampliação da clínica, indo de encontro à lógica de encaminhamentos indiscriminados e partindo para a corresponsabilização entre as equipes de saúde da família e de saúde mental, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários, sempre buscando uma maior resolutividade na assistência em saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Na ação de monitoramento analisada, percebeu-se a fragilidade da utilização dessa estratégia de cuidado junto com as equipes de saúde da família. Ressalta-se que a proposta desse monitoramento partiu da equipe do NASF em parceria com a Residência de Psicologia. As equipes de saúde da família foram informadas a respeito da ação, sem terem sido encontrados registros que apontem para o planejamento conjunto das intervenções entre essas equipes e o NASF. A condução do monitoramento também foi realizada, prioritariamente, pelo NASF, desfavorecendo o desenvolvimento da rede de atenção psicossocial, que deve ser fortalecida pela atenção primária.

Sendo assim, visualiza-se uma inversão no processo de cuidado em rede, no qual a equipe NASF adianta-se em relação à equipe de saúde da família para desenvolver uma estratégia de intervenção no território, quando, apostando-se no apoio matricial, essa equipe deveria pautar suas intervenções a partir do que lhe fosse demandado pela saúde da família. Por outro lado, compreende-se a necessidade de desenvolvimento de uma ação que buscasse aproximar os indivíduos em sofrimento psíquico do cuidado da atenção primária, visto a dificuldade desta última em lidar com a saúde mental, como indicado anteriormente. Dessa forma, a ação de monitoramento fez-se importante na medida em que sensibilizou a equipe de saúde da família, principalmente os ACS's, ao contato, através da busca ativa, com usuários que, em sua maioria, não frequentavam a unidade.

Considerações finais

A análise documental apresentada aponta para possíveis fatores atrelados ao processo de desterritorialização da assistência em saúde mental. São eles: a predominância do paradigma de cuidado biomédico, que reforça o uso excessivo de medicação e a lógica da contenção química; a escassez de serviços de saúde de atendimento integral no território estudado; a dificuldade de intervenções por parte da atenção primária que visem à desinstitucionalização dos sujeitos, no sentido de superar o modelo de referência ao especialista e de promover transformações culturais e subjetivas, bem como de incorporar o cuidado em saúde mental na atenção primária, tendo a relação com as equipes de saúde da família como principal instrumento para tal.

Prioritariamente, o NASF assumiu as intervenções no território, junto com os Agentes Comunitários de Saúde, no que se refere à ação de monitoramento analisada na pesquisa. Na medida em que não foram encontrados registros que referem articulações entre as equipes de saúde da família e o NASF, no tocante ao planejamento de estratégias de intervenções dos casos monitorados e elaborações de projetos terapêuticos singulares, ressaltou-se a dificuldade em relação à continuidade do acompanhamento no território, pela atenção primária, dos usuários monitorados.

Propõe-se que o apoio matricial seja utilizado como principal estratégia de articulação entre a equipe do NASF e as equipes de saúde da família, no que diz respeito ao cuidado em saúde mental no território, privilegiando-se o contato com o usuário a partir das equipes de referência. Sugere-se repensar a ação de monitoramento desenvolvida pelo NASF, junto com o Programa de Residência, no que se refere à abordagem aos usuários no território. As equipes de saúde da família deveriam acionar o NASF para o matriciamento dos casos, em vez de este último realizar intervenções autônomas no território. Os profissionais do NASF poderiam se utilizar das listagens mensais da emergência psiquiátrica como instrumento a ser compartilhado com as equipes de saúde da família nas discussões dos casos e na elaboração de projetos terapêuticos singulares, bem como em articulações com o CAPS e em espaços de reuniões distritais, da rede de saúde mental, etc.

Entendendo o trabalho na perspectiva da integralidade em saúde, na atuação interdisciplinar, no cuidado em território e na horizontalidade das relações, acredita-se que o profissional deve estar atento às lacunas presentes no cotidiano da atenção primária, não com o intuito de tamponá-las, mas de tornar possível uma atuação que preze pelo trabalho em equipe.

Reconhecendo que o monitoramento afigurava-se como uma proposta nova de intervenção no território, com limitações inerentes ao seu caráter recente e que apontavam para uma necessidade de reelaboração dessa ação, optou-se por construir um olhar crítico acerca do diálogo entre as equipes do NASF e das unidades de saúde da família, tendo em vista ser esse relacionamento entre os profissionais da atenção primária um ponto fundamental do cuidado ao usuário no território. Assim, apostou-se que a ação de monitoramento pode ter funcionado como o gatilho de um processo de discussão, capacitação, cuidado e construção de rede em saúde mental naquele território, que poderia vir a desdobrar-se em outras intervenções compartilhadas e elaboradas pelas equipes. Todo esse esforço intentou apropriar a saúde da família em relação ao cuidado em saúde mental, minimizando o reforço a uma lógica hierárquica e biomédica, em que fica restrita ao profissional especializado a responsabilidade de tratamento ao indivíduo em sofrimento psíquico.

Dada a complexidade dos temas abordados e reconhecendo as limitações operacionais deste estudo, acredita-se na importância da continuidade

do desenvolvimento de pesquisas nesse campo que possibilitem o aprofundamento dos temas estudados e uma maior compreensão acerca da construção das redes de atenção psicossociais.

Sobre o artigo

Recebido: 15/08/2015

Aceito: 25/10/2015

Referências bibliográficas

AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-7, 2009.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, DF, 2005. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**. Brasília, DF, 2011 (2011a). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**. Brasília, DF, 2011 (2011b). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27)**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf

CAMPOS, G. W. DE 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, 2007.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas/SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

LIMA FILHO, I. A. O pathos do agente comunitário de saúde e a clínica da perversão no território. In: **Anais do V Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XI Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental**. Fortaleza, 2012.

SÁ-SILVA, R. J.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, São Leopoldo, v. 1, n. 1, p. 1-14, 2009.

SADE, R. M. S. **Portas abertas: do manicômio ao território - Entrevistas triestinas**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

VIGANÓ, C. **Novas conferências**. 2 ed. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2012.