

O APOIO MATRICIAL EM MEIO À CRISE DA SAÚDE MENTAL CAMPINEIRA: RELATO DE UMA EXPERIENCIA NO DISTRITO NOROESTE

Ed Carlos Correa de Faria

ENCONTROS, DESENCONTROS, ESCOLHAS E NÃO-ESCOLHAS

Minha entrada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Integração, se concretizou por uma não-escolha, estava entre os CAPS's menos requisitados pelos aprimorandos no início de nosso percurso, após pouco mais de uma semana visitando os serviços que ofereceram espaço para nossas vivências. A aparência de suas instalações que inevitavelmente remete aos serviços de saúde tradicionais – ou melhor, em nada se parece com o ideal de Reforma Psiquiátrica que eu e, presumo, minhas colegas temos – a fachada branca e azul, a arquitetura mais próxima da idéia de esterilização típica da tradição hospitalocêntrica do que a aparência acolhedora dos outros CAPS que havíamos visitado, contribuiu para o insucesso do serviço em nos agradar. Além disso diferentemente dos outros serviços, não chegou até nós comentários elogiosos ou mesmo apontamentos a alguma qualidade que destacaria esse dos demais serviços. Embora não fosse minha primeira opção, não demorei a ceder por escolher o CAPS Integração, primeiro por estar em um território que aprendi a ter certo afeto ou no mínimo respeito, tendo em vista que já residia há cinco anos nessa região. Também por ter ouvido alguma profissional falar muito da história de outrora do Distrito Noroeste (“a Norô”) na Pré-conferência Municipal de Saúde de Campinas e de suas características sócio-econômicas. Tudo isso me provocou a encarar a entrada no equipamento como um desafio e não como um simples aceitar o que sobrou.

Os boatos sobre uma cisão na equipe do CAPS não demoram a chegar, alguns defendiam a teoria que a divisão se dava entre categorias profissionais e outros que era entre profissionais velhos e novos no serviço. De fato boa

parte da equipe havia entrado a menos de um ano. Se existe uma vantagem em um grupo dividido ou um grupo recém-formado (e essa equipe era os dois) essa vantagem é pra quem chega de fora. A minha entrada foi muito tranqüila, a equipe se mostrou aberta e disponível, sem blindagens para agentes estranhos, por outro lado a desvantagem de uma equipe cindida é a de que se aproximar de alguns significaria não se aproximar de outros. No entanto estar na posição que o aprimoramento nos coloca no serviço, de ser e não ser da equipe me ajudou para que não sentisse resistência de nenhum dos grupos.

DA BONANÇA À CRISE

Campinas foi precursora na Atenção Básica, iniciada ainda na década de 70 com a criação de Centros de Saúde Comunitária – tradição que explica o fato de até os dias de hoje as UBS's do município carregarem o nome “Centro de Saúde (CS)” – com equipes constituídas por médicos generalistas e auxiliares de saúde. Com o passar dos anos, e a entrada de outras especialidade, os serviços passaram a se organizar com suas equipes divididas na atenção à saúde da criança, da mulher e do adulto e nos programas de saúde mental e bucal. Com a chegada do Programa de Saúde da Família (PSF) o modelo campineiro se reorganiza a partir do referencial teórico do Apoio Paidéia, ou seja, diferentemente de outras cidades, aqui na implantação do programa se optou por utilizar das instalações e recursos já existentes na rede de forma a se constituir o PSF em conjunto com as UBS's. Os profissionais foram organizados em Equipes de Referência, tomando por base o território de abrangência do qual apontava as diretrizes da implementação do PSF. Porém com o diferencial da participação do pediatra, do ginecologista e do dentista, além dos profissionais já previstos pelo PSF – o médico generalista, a enfermagem e os agentes comunitários de saúde. O Apoio Paidéia pretende se basear no vínculo e na co-gestão, ampliando a responsabilização das equipes (FIGUEIREDO, VIANA, ____).

De forma semelhante, também a Saúde Mental no município de Campinas tem seu surgimento ainda na década de 70, no período tal assistência era prestada em alguns Centros de Saúde. A partir de 2001, com a

adoção do referencial teórico do Apoio Paidéia e a subsequente reorganização da Atenção Básica, foi implantado o modelo de Apoio Matricial para as equipes do PSF. Com vistas a ampliar a capacidade de resolução ou acompanhamento dos casos em nível primário, as equipes de saúde mental passam a compor o eixo matricial de apoio às Equipes de Referência, além de se responsabilizarem diretamente por determinados casos. Também na Saúde Mental a cidade desponta como vanguarda implementando os primeiros CAPS (centro de atenção psicossocial) no início da década de 90. Mas foi somente a partir de 2001 que a rede CAPS de Campinas se consolidou, contando hoje com CAPS adulto, CAPS Ad e CAPSi, os quais oferecem, respectivamente, assistência à psicoses e neuroses graves, usuários de álcool e outras drogas e crianças e adolescentes. Além dos demais serviços ditos substitutivos, como os Serviços Residenciais Terapêuticos e os Centros de Convivência, além do Consultório na Rua, que iniciou seu trabalho no ano de 2012. É durante essa criação e consolidação da rede de Saúde Mental na década de 90 que surge a parceria com o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, a instituição filantrópica, principal Hospital Psiquiátrico da cidade, a partir da criação de um convênio passa a ser parceira e co-gestora da Prefeitura Municipal. Ao lançar mão dessa estratégia a Secretaria Municipal de Saúde consegue que o recurso financeiro do fechamento dos leitos psiquiátricos da cidade fosse revertido gradativamente para a ampliação da rede de CAPS e assim que a Reforma Psiquiátrica se tornasse uma realidade no município sem que houvesse grandes turbulências (FIGUEIREDO, VIANA, ____).

O CAPS Integração foi um dos primeiros CAPS de Campinas, fundado em 1993 com uma equipe bastante reduzida e tendo como espaço físico um pequeno salão comercial. Na década seguinte passa a ser CAPS III ganhando nova sede, uma casa alugada pela secretaria. É a partir de 2010 que ganha sede própria, sendo o segundo CAPS III de Campinas a ter um prédio construído para tal finalidade. Em suas novas dependências os usuários e profissionais ganham mais espaço e funcionalidade, porém tem o ônus de se instalarem em um prédio que, conforme já descrevi, se assemelha mais a tradição hospitalar do que ao que os aspirantes da Reforma Psiquiátrica almejavam.

A minha entrada na rede de saúde via aprimoramento coincidiu com um ano de grave crise. Há alguns anos vivendo em Campinas como graduando, acompanhei as informações sobre a rede SUS da cidade, presenciei a diminuição de investimentos, a chegada da terceirização via OS (organização social) da gestão do Complexo Hospitalar Ouro Verde, o não cumprimento por parte do executivo de decisões tomadas pelo Conselho Municipal de Saúde, entre outros. Somado a isso a cidade passou durante o ano de 2011 uma crise política, que se iniciou com uma tentativa, por parte do gabinete do prefeito, de criação de uma lei que regulamentaria a entrada de OS's no município, fazendo com que a sociedade civil se organizasse (Movimento Campinas Contra a Privatização, 2011). Ainda em 2011 surgem graves denúncias de corrupção envolvendo o vice-prefeito e a primeira dama, o que culmina no impeachment do prefeito. Em seu lugar assume o vice, que também não demora a ser tirado do posto e por fim assume o presidente da Câmara de Vereadores, que ficará no cargo até o fim do mandato em dezembro de 2012. Em meio a essa crise o Ministério Público intervém gerando um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), o qual se referia a um convênio irregular que a Prefeitura Municipal havia firmado com o Serviço Cândido Ferreira. Em resumo o serviço que há cerca de duas décadas gere parte da rede de saúde mental do município, havia também firmado um segundo convênio no qual terceirizaria a contratação de funcionários para trabalhar em outros serviços da rede SUS de Campinas. Esse segundo convênio foi o alvo do TAC, com isso a demissão de centenas de funcionários da rede era iminente, o que mobilizou trabalhadores a fazerem paralisações e atos públicos visando pressionar o Ministério Público a rever os prazos e condições do TAC, por fim não foram poucos os funcionários que abandonaram seus postos, a maioria por vontade própria tendo em vista a instabilidade que se encontravam, mesmo após a conquista da prorrogação do TAC até março de 2013.

A SAÚDE MENTAL NA “NORÔ” E A EXPERIÊNCIA DO MATRICIAMENTO

Em toda a cidade foi sentido os impactos da crise pela qual a saúde passava, não foi diferente no Distrito de Saúde Noroeste. O Distrito conta com 13 centros de saúde, 1 CAPS AD (que atende também a população do Distrito Sudoeste), o CAPS Integração, 1 centro de convivência, um projeto de geração

de renda, entre outros (Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2013). Durante o ano de 2012 somente dois dos 13 CS's contavam com equipe completa de saúde mental, ou seja, TO, psicólogo e psiquiatra. Ao fim do ano três não contavam sequer com um especialista em saúde mental no serviço ou mesmo tinham um profissional de outra unidade básica que referenciasse o serviço, contando apenas com o matriciamento do CAPS. Nos três casos a referência do CAPS também era defasada, embora seja impossível dizer se isso ocorria predominantemente por culpa dos profissionais dos CS's ou do CAPS. Cerca de metade dos CS's que contavam com o trabalho de algum profissional especialista em saúde mental tinha esse profissional como trabalhador da unidade, os demais eram referenciados por profissionais de outra unidade básica, fica evidente pela descrição a defasagem no distrito de profissionais de saúde mental. Vale apontar ainda que as unidades básicas não contam com profissionais de saúde mental de NASF (Núcleo de apoio saúde da família), tecnologia que foi implantada com fracasso na cidade.

Ao longo do ano tal crise se acirrou no Distrito Noroeste, no segundo semestre houve perda de profissionais da saúde mental sem reposição na atenção básica, resultando em desassistência que teve de ser suplementada pelo CAPS, para exemplificar um caso em particular que mobilizou os profissionais nas reuniões de rede e que fez com que eu e outra profissional acompanhássemos por certo tempo com visitas domiciliares quinzenais um caso de um autista que avaliávamos não ter complexidade para ser inserido no CAPS, mesmo assim oferecíamos tal cuidado por não haver profissional de saúde mental na unidade básica de seu território para atendê-lo.

Outro sintoma da situação que a rede se encontrava foi a carta, no início do segundo semestre, de um grupo de médicos generalistas de um CS se negando a continuar fazendo renovações de receitas psicotrópicas. Tal situação forçou a gestão do Distrito a realocar uma profissional da saúde mental no serviço e criar uma estratégia de acompanhamento desses usuários já que não foi contratado novo psiquiatra no lugar da profissional que havia saído no começo do ano. O CAPS, embora não tenha desfalcado significativamente seu quadro de funcionários, sentiu os resultados da crise, o dado mais alarmante foi o aumento do número de usuários inseridos, chegando há quase 400 ao fim do ano, quando a média em Campinas girava em torno de

300. Houve também um perceptível aumento no número de triagens, ainda que a maioria não tenha sido inserido, obrigando os funcionários a se reorganizarem e destacarem um profissional por período para cumprir essa função.

O CAPS Integração, portanto, é referência para os 13 CS's, sua equipe se divide em três mini-equipes, cada uma delas referencia um determinado grupo de CS's. Minha escolha, pouco tempo depois da inserção no serviço, foi de compor a "mini-equipe Campo Grande", contribuindo com o matriciamento nos CS's Parque Valença e Santa Rosa. O CS Parque Valença é um serviço privilegiado em termos de saúde mental quando comparado à rede em crise da qual trato nesse texto, conta com equipe completa de saúde mental (psicólogo, terapeuta ocupacional e psiquiatra), o matriciamento era feito nesse serviço duas vezes ao mês. No CS Santa Rosa havia um enfermeiro dedicado aos casos de saúde mental, o psiquiatra que atua no CS Parque Valença também atende no serviço meio turno por semana. O CS Santa Rosa era matriciado por uma profissional do CAPS e por mim cerca de três vezes por mês, além de participar do matriciamento já citado cujo as reuniões ocorrem no CS Parque Valença. Vale apontar que a inauguração do CS Santa Rosa data de pouco mais de um ano, antes era um módulo do CS Parque Valença, ou seja, seus profissionais respondiam a coordenação do outro CS, o que explica a existência ainda hoje de certa dependência de profissionais e intervenções desse serviço.

Em meu trabalho de conclusão de curso escolhi falar dos dois CS's nos quais participei do matriciamento, pois creio que tal experiência pode contribuir para uma análise da estratégia do apoio matricial, tendo em vista que os dois serviços têm distinções significativas que levantam questões importantes sobre o tema.

O CS Parque Valença foi criado há mais de 20 anos, sua equipe conta com profissionais de diversas áreas além disso nenhum dos profissionais da equipe de saúde mental é contratado pelo SS Cândido Ferreira, portanto não correram o risco de demissão e as inconstâncias citadas anteriormente, resumindo podemos dizer que o serviço é uma das poucas ilhas de privilégios frente à crise na saúde campineira. O apoio matricial na unidade tinha como principal espaço a chamada reunião do matriciamento, que acontecia duas

vezes por mês, contava com a participação mais efetiva de uma psicóloga e uma assistente social do CAPS Integração, além de mim, a equipe de saúde mental do próprio serviço e profissionais de outros dois CS's. Eventualmente a discussão de determinados casos fazia com que outros profissionais participassem da reunião, seja da unidade, que não compunha a equipe de saúde mental, seja de outros serviços, o que enriquecia a discussão e a conseqüente construção de projetos terapêuticos individuais (PTI's). Além das vantagens das quais mencionei não posso deixar de considerar que esse espaço já existia há alguns anos, embora os profissionais do CAPS que participam dele tenham sido contratados no ano de 2011. Há também o fato de que um dos profissionais que compõe a equipe do CS é também da mini-equipe Campo Grande do CAPS, o psiquiatra, o que configura uma vantagem na discussão dos casos e na construção de PTI's, se levarmos em conta a dificuldade de profissionais de tal categoria locados no CAPS participarem de espaços dessa natureza e, é claro, as vantagens para a construção e manutenção de vínculo com os usuários.

O matriciamento no CS Parque Valença é, sem dúvida, exitoso. A participação de uma assistente social contribuiu muito para o debate de questões da área da assistência importantes para o trabalho de profissionais da saúde mental, contando inclusive com reunião com membro do Conselho Tutelar para que este formasse melhor os profissionais quanto ao papel do órgão e roda de conversa da Defensoria Pública com os usuários do CS. Outra experiência bem sucedida que surgiu do matriciamento foi a formação de um "grupo de psicóticos" na unidade básica, se trata de um grupo de usuários da saúde mental advindos majoritariamente do CAPS que se encontra semanalmente para falar do cotidiano e de suas dificuldades, sem ter um objetivo tradicionalmente terapêutico. Tal grupo, por contar com a participação de usuários inseridos no CAPS, contribuiu com a criação de vínculos destes com a unidade básica e, conseqüentemente possibilitou mais tranquilidade nos processos de altas do serviço de referência e melhor acompanhamento dos casos na atenção básica.

Uma das críticas que pode ser feita ao matriciamento no CS Parque Valença, que se repete no CS Santa Rosa, é a falta de profissionais dos CAPS AD e CAPSi nesse espaço. As demandas de questão AD pouco surgiam em

nossas reuniões, e quando surgiam era em sua maioria secundária, o que denuncia uma possível demanda reprimida no território. Não posso deixar de apontar que um dos casos que mais mobilizou discussões entre os profissionais da saúde mental foi justamente o óbito de um usuário de SPA, a discussão era se houve ou não descaso. Os casos de crianças e adolescentes, por outro lado, eram bastante comuns, inclusive muitos encaminhados pelo Conselho Tutelar, porém presenciei somente uma reunião no CS Parque Valença com a presença de uma profissional do CAPSi, também não me lembro de ter tido notícias sobre os casos do serviço de referência que viviam no território do CS. Pra finalizar essa crítica é importante lembrar que há dois CAPSi III, um CAPS AD III e dois CAPS AD II em toda a cidade de Campinas (Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2013), em outras palavras essa estrutura cobriria no caso de criança e adolescente 400 mil habitantes e no caso de álcool e outras drogas um contingente populacional de 600 mil habitantes (Secretaria Nacional de Saúde, 2002), muito distante da população da cidade que, segundo o IBGE, em 2011 contava com 1.088.611 de habitantes.

No CS Santa Rosa, como já mencionei, o contexto era outro, a unidade havia sido inaugurada há pouco mais de um ano, não contava com certos procedimentos e especialidades para acessá-las os usuários que necessitasse eram encaminhados para o CS Parque Valença. Não havia especialista em saúde mental com exceção do psiquiatra que era cedido em um turno semanalmente para o serviço. As demandas de saúde mental, via de regra eram acolhidas e acompanhadas por determinado enfermeiro. O apoio matricial ocorria principalmente em dois espaços, nas reuniões que ocorriam no CS Parque Valença as quais este enfermeiro participava e quinzenalmente no CS Santa Rosa. O segundo espaço contava basicamente comigo e uma psicóloga da mini-equipe da qual eu fazia parte, além do psiquiatra e do enfermeiro do serviço. Ao longo de minha participação fizemos visitas à usuários, acolhimentos conjuntos e discussões de caso com a equipe do CS. No começo se planejou um espaço no qual participaria além dos profissionais já citados, agentes comunitários de saúde e alguns técnicos de enfermagem, a coordenadora da unidade também marcava presença eventualmente. Essa estratégia, todavia, não teve sucesso ao longo do segundo semestre de 2012,

a reunião só foi acontecer na última visita do ano, durante o primeiro semestre teve dificuldades de acontecer, sempre ocorria em um período mais curto do que se previa. Os profissionais mostraram significativa resistência ao tema nas discussões. A psicóloga tentou designar profissionais de referência no serviço para cada caso, semelhante ao que ocorre no CAPS, mas essa tentativa não teve sucesso. Os únicos profissionais que se disponibilizavam ao acolhimento ou atendimento conjunto eram o psiquiatra e o enfermeiro e havia um pedido para que a psicóloga atendesse individualmente no serviço ao que ela acabou cedendo e por fim houve dias em que o período o qual ficávamos na unidade era quase que totalmente tomado pelos atendimentos que ela fazia e as discussões se limitaram entre eu, ela e os dois profissionais mais envolvidos com o tema no serviço.

Durante minha experiência do matriciamento no CS Santa Rosa, pude presenciar, apesar dos apontamentos negativos citados no parágrafo anterior, algumas experiências positivas, entre elas o caso de uma usuária do CAPS e da unidade básica que diversas vezes havia passado por uma conduta bastante complicada por parte das equipes dos dois serviços. A usuária é acumuladora, vive em uma pequena casa no mesmo terreno que o pai e a madrasta, de tempos em tempos o pai se queixava do lixo acumulado, então o CAPS era informado, levava a usuária via de regra contra sua vontade e a mantinha no leito até que os agentes comunitários de saúde e a vigilância sanitária levava todo o lixo e os gatos, que a usuária dizia serem seus filhos, tal intervenção fez com que o vínculo dela com o CAPS não fosse dos melhores. Durante o ano de 2012 porém, o manejo para com esta usuária mudou, não mais se atendeu o pedido do pai de limpar a casa e fazíamos visitas com certa frequência ou ela mesma ia na unidade básica no dia que estávamos lá, apesar de certa desconfiança com profissionais do CAPS criou um vínculo positivo principalmente com a psicóloga e com o psiquiatra. Outra experiência positiva foi as discussões que conseguimos fazer com os profissionais do CS, ainda que, como disse, as reuniões não tiveram seqüência. Pude notar certo avanço na discussão de saúde mental e inclusive algum mapeamento de demandas reprimidas ao longo das reuniões que ocorreram, certos preconceitos também foram superados.

CONCLUSÃO

A descrição da crise na rede seguida da experiência do matriciamento é por notar ao longo de minha trajetória o quanto os dois temas estavam ligados, tanto a crise interferiu negativamente na estratégia do matriciamento quanto a estratégia foi importante para passar pela turbulência sem tantos danos.

Como já foi colocado, o CAPS aumentou o número de usuários inseridos ao longo do ano, é notório que isso ocorreu devido a falta de profissionais na atenção básica. Essa falta também contribui, creio eu, para um déficit no matriciamento, tendo em vista que o diálogo do profissional do CAPS com os profissionais do CS é dificultado quando falta nesse serviço um profissional de saúde mental que seja um intermediador. Soma-se a isso a sobrecarga dos profissionais, que contribuiu para o argumento de que não é possível fazer matriciamento, o que não deveria fazer sentido. Quanto a esse ponto, faltou da gestão (tanto do CAPS, quanto dos CS's e do DSNO) um posicionamento de exigir que os trabalhadores realizassem o matriciamento.

O matriciamento nas duas unidades que participei era considerado um modelo a ser seguido. De fato, as unidades básicas, via de regra, não mantinham boa relação com o CAPS. Por outro lado o matriciamento nos serviços nos quais estive possibilitou uma relação positiva e um fluxo de encaminhamentos funcional entre as unidades básicas e o serviço de referência. Essas vantagens não foram conquistadas única e exclusivamente por nossas reuniões, atendimentos e discussões de caso nos serviços, mas também ao fato de um dos profissionais estarem nos dois serviços, a nossa disponibilidade para com a equipe e os espaços nos quais a rede de saúde mental do distrito se encontrava. Vale mencionar que eu e os profissionais dos diferentes equipamentos que participavam desse matriciamento éramos assíduos nesses espaços mais amplos de discussão e construção de rede.

Quando pensamos em serviços que possuem diferenças quanto ao nível de complexidade, propósito e população e que por isso trabalham em lógicas distintas, como é o caso aqui do CAPS e do CS, é natural que em tempos de crise essas distinções possam se acirrar. Para usar um exemplo bastante comum; um caso em que não é notório se se necessita de uma intervenção de nível secundário ou primário por si só seria motivo para possíveis atritos entre os profissionais, esses atritos serão ainda maiores se pensarmos a mesma

situação num quadro em que tanto a unidade básica quanto o CAPS estão sobrecarregados ou com déficit de profissionais. Somente é possível amenizar tais atritos se existe entre os serviços um canal de comunicação suficientemente potente para que as intervenções sejam pensadas conjuntamente.

Serviços que não conseguem formar uma rede rede, ou melhor, que não consegue ser mais do que um conjunto de equipamentos, ao se verem frente a uma crise tenderão a se encapsularem, esse fenômeno pode ser claramente notado nas unidades básicas da rede noroeste e na maioria da equipe do CAPS ao longo de 2012, porém se existe fluxos bem estruturados e acordados, comunicação constante e construção conjunta de estratégias e PTI's a crise é compartilhada, podendo dar melhores respostas aos problemas e gerando menos desassistência e menores desgastes.

BIBLIOGRAFIA

MOVIMENTO CAMPINAS CONTRA PRIVATIZAÇÃO, Recuperado em <http://campinascontraprivatizacao.blogspot.com.br/>

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; VIANA Deivisson. A rede de saúde do município de Campinas (SP): peculiaridades e inovações

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>.

SECRETARIA NACIONAL DE SAÚDE, Portaria n.º 336/GM 2002. Recuperado em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>