

HELENA CRISTINA RAMOS

Atenção Básica e a desinstitucionalização da loucura: descentralizando o saber e o cuidado em saúde mental do núcleo “psi”

Campinas- SP

Unicamp

2014

HELENA CRISTINA RAMOS

**ATENÇÃO BÁSICA E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA:
DESCENTRALIZANDO O SABER E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DO
NÚCLEO “PSI”**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Aprimoramento Profissional- PAP em Planejamento e Administração de Serviços de Saúde, elaborado na Universidade Estadual de Campinas para a obtenção de título de especialista.

Área de Concentração: Saúde Mental e Coletiva

Orientadores: Prof.^a Dra. Rosana T. Onocko Campos e Bruno Ferrari Emerich.

Departamento de Saúde Coletiva / FCM/
UNICAMP

Campinas- SP

Unicamp

2014

Aprender a desaprender para apreender, em interseção que viver é uma perspicácia na produção da diferença no interior das repetições.

(MERHY, 2010, p. 23)

RESUMO

Atenção Básica e a desinstitucionalização da loucura: descentralizando o saber e o cuidado em saúde mental do núcleo “psi”

Esse trabalho tem como objetivo discutir a importância da Atenção Básica como espaço de acolhimento à saúde mental a partir do breve relato de minha experiência enquanto psicóloga aprimorada em Planejamento e Administração de Serviços de Saúde em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município de Campinas- SP. O trabalho descreve o processo de construção do cuidado compartilhado em saúde mental entre os trabalhadores dessa unidade partindo da construção do arranjo Apoio Matricial em Saúde Mental entre a referida Unidade Básica de Saúde e CAPS III de referência, que possibilitou o investimento em outras práticas de cuidado à saúde mental, compreendendo que essa não está separada da saúde coletiva.

Palavras- chave: Atenção básica, Saúde Mental, Clínica Ampliada, Apoio Matricial

SUMÁRIO

Pág

RESUMO	04
1. ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	06
2. SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA	08
3. APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL	10
3.1. Vivenciando o Apoio Matricial em Saúde Mental entre Unidade Básica de Saúde e CAPS III	13
4. NOVOS OLHARES PARA A SAÚDE MENTAL	15
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS.....	18

1. ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Atenção Básica constitui-se como uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde, garantindo o acesso a todos os usuários, em permanente articulação com a rede de atenção em saúde (níveis secundário e terciário) em práticas individuais e coletivas. Para que isso aconteça, é necessário o acolhimento dos usuários no momento em que demandam.

Acolher necessita disposição, organização e preparação da equipe para receber, em dias e horários diferentes, uma grande variedade de demandas e avaliar os riscos implicados assegurando seu atendimento, visando à máxima resolutividade possível (Campos; 2003). Portanto, a atenção básica deveria resolver 80% dos casos de saúde da população geral, sendo que desta porcentagem, apenas 3 a 5% dos casos seriam encaminhados (WHO; 1978).

O nome atenção básica nos remete muitas vezes à noção de menor complexidade, o que nos leva a imaginar um lidar com problemas simples, entretanto, é neste nível que se dá com contato direto com a população e sua realidade social. Logo, a atenção básica lida com:

[..] um amplo, heterogêneo e variável conjunto de problemas e de necessidades de saúde, produzidas em diferentes contextos, envolvendo diferentes sujeitos, para as quais devem ser produzidas intervenções singulares com o objetivo de promover saúde, prevenir e tratar doenças, dentro de cada contexto, ao mesmo tempo articuladas a diferentes níveis do sistema. (MASSUDA, 2010 , p. 178)

Para o Ministério da Saúde (2006), a atenção básica é o contato preferencial dos usuários com todo o sistema de saúde e caracteriza-se por não separar a atenção individual da coletiva com o objetivo de desenvolver uma atenção integral através da promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; organizando-se a partir do trabalho em equipe de referência multiprofissional por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas; utilizando

tecnologia de elevada e de baixa densidade com base nos problemas de saúde mais frequentes no território.

O usuário é atendido no território onde vive o que permite aos profissionais de referência conhecerem efetivamente cada sujeito e sua família, favorecendo a integralidade e aumentando a resolutividade de forma a evitar encaminhamentos desnecessários para as especialidades. Isso leva a coletivização do trabalho e das ações em saúde, descentralizando-as do profissional da medicina.

Segundo Mendes (1995, p.166) o território é visto:

[...] como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na arena política. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas, ao contrário, em constante construção e reconstrução. Portanto, a concepção de território-processo transcende à sua redução a uma superfície-solo e às suas características geofísicas, para instituir-se como um território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo, de projetos e de sonhos.

A inserção territorial implica em:

[...] conhecer a região globalmente, as necessidades dos usuários, o percurso da demanda psiquiátrica; conhecer e intervir nas organizações institucionais, descobrir recursos, potencialidades. Diferente do serviço extra-hospitalar, da presença física na região, ou da concepção de comunidade como espaço de prevenção, a prática territorial requer permeabilidade entre instituição e região, estabelecer pontos de contato, construir alianças, implicar-se nos conflitos, articular alternativas de inserção dos usuários, produzir e elaborar conjuntamente respostas à demanda. Ou seja: ao mesmo tempo se constituir em espaço de referência e desenvolver/potencializar no território momentos de garantia, redes de relações, de possibilidades, de sustentação e de tutela. O trabalho territorial é lento, processual e vem sendo construído na articulação entre diferentes ações (NICÁCIO, 1994, p. 96).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), trabalhador da equipe de saúde local e morador do território, apresenta-se como principal mediador da relação entre o serviço e a população, facilitando a inserção territorial, bem como a vinculação dos usuários às equipes de referência. Cria-se aí uma relação duradoura, de forma que há uma continuidade da atenção saúde ao longo do tempo, independente da existência de enfermidades e o serviço passa a ocupar o lugar de referência para a população de sua região.

Desta forma, o usuário tem acesso a outras atividades desenvolvidas na atenção básica para além do tratamento de doenças, como as ligadas a promoção e prevenção de saúde, por exemplo.

As características citadas acima são de fundamental importância para a implementação de novas propostas de atenção em saúde mental no âmbito territorial. A atenção básica tem sido apontada como um importante espaço de acolhida das questões relacionadas à saúde mental.

2. SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Somente explodindo o manicômio introjetado, a demanda internalizada da “solução” manicomial, pode-se chegar a um trabalho efetivo de transformação da abordagem cotidiana do sofrimento psíquico. Talvez este se apresente como um dos maiores “nós” a serem desfeitos (DELGADO, 1991, p. 17).

A política de saúde mental no Brasil, apoiada na Lei 10.216/01 e em acordo com o movimento da Reforma Psiquiátrica, propõe a substituição progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede integrada de serviços de atenção em saúde mental em meio aberto e de base comunitária. Ou seja, retira o sujeito com transtorno mental do lugar de isolamento e possibilita a livre circulação destes na comunidade, seus espaços e serviços.

Esse novo modelo, chamado de Atenção Psicossocial, que vem para substituir a psiquiatria hospitalocêntrica e medicocentrada, é constituído por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Cultura, Oficinas de Trabalho, Leitos de Atenção Integral em Hospitais Gerais ou CAPS III e atendimento em saúde mental na rede de atenção básica de saúde.

Dentre os equipamentos substitutivos, os CAPS são considerados essenciais para a implantação do novo modelo:

Os CAPS dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc) daqueles que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos esses recursos devem ser incluídos no cuidado em saúde mental. (BRASIL; 2003, pag. 2)

Embora o CAPS seja um ordenador da rede de cuidados em saúde mental, não deve ser o único lugar de inserção da loucura. Sua atuação deve se dar no sentido de ampliar a reforma para além dos CAPS, facilitando o acesso aos direitos, ao convívio social e promovendo a subjetividade dos usuários. Esse processo deve acontecer no local de vida do sujeito, o que ressalta a importância da articulação com os serviços organizados na lógica territorial.

A atenção básica, enquanto equipamento de saúde, teria o papel fundamental na garantia da proposta desse modelo, exatamente por atuar diretamente no território, assistindo o usuário e suas questões de saúde em geral, mas levando em conta o seu contexto de vida. A necessidade de ações de saúde mental no nível da atenção básica é destacada no relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental : “[...] atendendo ao Princípio da Integralidade, é necessário incluir a atenção aos portadores de sofrimento psíquico nas ações básicas de saúde e, também, de incorporar as ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família” (Brasil, 2002, p. 48).

Cesarino (1989) afirma que nas Unidades Básicas ainda não se configurou a saúde mental como doença e tampouco ocorreu a exclusão ou o isolamento desta. Por esse motivo, a atenção básica pode ser um dispositivo que permita a produção de outras relações com a loucura, desconstruindo o tratamento médico especializado e a redução desta à doença mental ao garantir que o sujeito em sofrimento psíquico seja acolhido pela equipe multidisciplinar inserida na comunidade da mesma forma que os demais usuários (Romanholi, 2004). Se trata aqui não de adaptar a loucura à ordem social, mas sim de concebê-la como um modo próprio de viver a vida ao dar-lhe sentido e permitir o acesso aos espaços coletivos de convivência (Rotelli, 2001).

Em outras palavras, no antigo modelo buscava-se diagnosticar, classificar, medicar e curar o doente mental. Tratava-se de um objeto de atenção médica. Na nova proposta, o médico se vê diante de uma existência que sofre e que pede ajuda, deve responder a esta demanda encarando a pessoa na sua plenitude, sem perder de vista a sua dimensão de cidadania (DELGADO, J., 1991, p. 13).

Entretanto, conforme mostra Romanholi (2004), esse pensamento de que loucura significaria doença mental é bastante presente entre profissionais de Unidades Básicas de Saúde. Sua pesquisa realizada com profissionais de enfermagem, medicina e psicologia de Unidades Básicas de Saúde de Vitória/ES, apresenta o sentimento de impotência dessas categorias, exceto os psicólogos, perante casos de saúde mental, que

alegam não possuírem conhecimentos acadêmicos para “tratar” a “doença”. Para estes, a concepção de saúde mental estava relacionada a equilíbrio, remissão de sintomas.

A pesquisa mostrou também que o cuidado em saúde mental na atenção básica está centrado em alguns profissionais da equipe, ressaltando então a importância do trabalho e compartilhamento de casos em equipe.

Gama e Onocko Campos (2009), em uma revisão bibliográfica exploratória sobre saúde mental na atenção básica, ponderam que, a inclusão da saúde mental na atenção básica é necessária mas a complexidade tem sido um dificultador para a implementação da proposta, além da falta de política pública para a área. Somam-se a isso as precárias condições de trabalho e a falta de investimento dos gestores no acolhimento dessa demanda que levam a uma medicalização generalizada do sofrimento psíquico que não permite perguntar: que sofrimento é esse? Apesar disso, identificam dispositivos que podem ser potencializadores de transformações dessa realidade, como o Apoio Matricial em Saúde Mental para a construção de Projetos Terapêuticos Singulares em conjunto de modo a criar e recriar novos olhares e práticas.

3. APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL

O muro do manicômio a ser demolido é qualquer muro que impeça de ver (e usar) outros saberes e outros recursos (SARACENO, 2001, p. 98).

“Apoio” do método Paidéia, é como se produz uma relação horizontal entre sujeitos que possuem saberes, valores e papéis distintos. O termo “matricial” do latim significa o lugar onde se geram e criam coisas, também usado na matemática para definir conjunto de números que tem relação entre si, tanto se os analisamos na vertical, horizontal ou transversal (Campos; Domitti, 2007).

O Apoio Matricial (Campos, 1999) em Saúde Mental tem como objetivo estabelecer um diálogo horizontal entre os equipamentos de saúde mental, como por exemplo, os CAPS, e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) na perspectiva de ampliação da clínica, de modo a oferecer o acolhimento da demanda e impedir a psiquiatrização e psicologização do sofrimento psíquico:

O Apoio Matricial da saúde mental seria esse suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área 'psi', são ofertados aos demais profissionais de saúde mental e a equipe interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliam a equipe a ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica; enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários".
(FIGUEIREDO, M.D., 2006: 29)

Deste modo, os profissionais do núcleo da saúde mental compartilham o seu saber com os demais e vice-versa, de modo que o apoio matricial se torna um processo de trabalho interdisciplinar, troca de conhecimentos que se complementam e permitem a construção e reconstrução de novas práticas.

Para entender esse arranjo será preciso abordar os conceitos de campo e núcleo propostos por Campos (2000). O núcleo estaria relacionado a práticas e tarefas específicas de cada profissão que culminaria na identidade profissional, como por exemplo, o médico, o enfermeiro, o psicólogo e o agente comunitário de saúde. O campo seria composto por saberes, práticas e responsabilidades comuns a todos os profissionais de saúde. Seria o espaço de interseção entre as diversas áreas que permite o entrelaçamento das mesmas.

Neste novo modo de relacionamento entre as diferentes categorias profissionais, os núcleos estão em constante articulação com o campo, pelo interesse comum em buscas de melhoria da atual condição do sujeito. Cria-se aí um processo de construção e reconstrução das práticas infinito já que propicia a troca e a reflexão a partir da interação com o mundo e os diversos sujeitos, que estão em constante mudança e são complexos.

O apoio matricial em saúde mental permite que todos os profissionais da área da saúde se apropriem de uma escuta qualificada que passa a ser coletiva e transversalizada, deixando de ser responsabilidade exclusiva dos profissionais ditos da saúde mental.

O investimento deve se dar em oferecer uma escuta qualificada, a qual todo profissional de saúde precisa para o seu trabalho, e não na eliminação dos núcleos da Saúde Mental (Psicologia, Terapia Ocupacional e Psiquiatria), o que culminaria em negligência de cuidado daqueles que necessitam dessas especialidades. Seria deixar de negar as questões subjetivas que muitas vezes não aparecem no corpo e mostrar-se sensível a elas e suas dores, ofertando uma escuta acolhedora. Isso significa conversar, por

exemplo, durante o acolhimento, a consulta médica ou visita domiciliar sobre o sentimento de tristeza de Dona Maria nos últimos dias que pode estar relacionado a sua dificuldade de dormir.

A clínica então se amplia de forma que os profissionais consigam colocar em suspenso o seu saber prévio, técnico, se abram para a relação profissional- usuário e se interroguem, de acordo com a situação, o que fazer, sem que os profissionais da área psi carreguem a verdade subjetiva ou dêem a palavra final sobre os casos que envolvam a saúde mental (Figueiredo, 2006), valorizando a experiência acumulada e o vínculo com o usuário.

O Apoio Matricial propicia a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) em conjunto e favorece a coresponsabilização entre as equipes, promovendo saúde e diversidade terapêutica ao permitir flexibilização e abertura institucional quanto a saberes poderes, normas, ações e relações, garantindo o acesso e a participação do usuário. (Braga Campos, F. C.& Nascimento, S.P.S ; 2003).

Possui duas modalidades de operacionalização: o Atendimento Conjunto e a Discussão de Casos/Formulação de Projetos Terapêuticos Singulares. O Atendimento Conjunto consiste em realizar consulta conjunta seja no equipamento de saúde, no domicílio ou em qualquer outro espaço ou coordenar um grupo, por exemplo, possibilitando a troca de saberes e práticas em ato e experiência para todos os envolvidos. No campo da Saúde Mental, essa proposta permite desmistificar a ideia de loucura presente no imaginário social pois se trata de um processo de ensino- aprendizagem.

A discussão de casos / construção de projetos terapêuticos singulares tem como base reuniões regulares para discussão de casos mais complexos os quais a equipe tem dificuldade e contam com a participação de profissionais de referência do caso em questão e da equipe de apoio matricial. A intenção da discussão é rever e problematizar o caso, modificando e planejando novas propostas, ações de intervenção, levando em conta os recursos da equipe, do território, do próprio sujeito e sua família. Logo, a construção do PTS pressupõe vínculo entre equipe e usuário de forma que as estratégias de intervenção são desenhadas com ele e não para ele, ressaltando a sua participação enquanto co- responsável na formulação e andamento do tratamento. Responsabilizar o sujeito pelo seu tratamento é fundamental na produção saúde mental e eliminação da tutela do sujeito, assim como responsabilizar os profissionais envolvidos incluindo a divisão de tarefas e prazo para a realização das mesmas.

Esse espaço deve permitir a discussão de teoria e metodologia relativos a cada caso que irão qualificar e ilustrar a reflexão dos profissionais a cerca do mesmo. Esse tipo de relação deve permitir ainda, em casos de urgência em que não é possível aguardar a reunião presencial, o contato via telefone ou pessoal para solicitar apoio ao especialista em algum tipo de intervenção necessária naquele momento.

O Apoio Matricial amplia o olhar, o acolhimento e a escuta da equipe de referência em relação ao sofrimento psíquico, ao mesmo tempo que, amplia o olhar dos profissionais especializados a partir de informações da equipe de referência sobre os usuários: a história de vida dele, da família e do território onde vive.

Considero importante para a presente discussão, relatar como se deu a construção do Apoio Matricial em Saúde Mental entre a Unidade Básica de Saúde a qual me inseri durante o período do aprimoramento e o CAPS III de referência, que incitou importantes mudanças nas práticas de cuidado em saúde mental, assim como sua configuração atual. Por ter ocorrido em período anterior à minha entrada, utilizarei informações referentes ao trabalho escrito por Rocha e Rigotti (2013) para a IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/ Saúde da Família para ser fidedigna ao seu processo de construção.

3.1 Vivenciando o Apoio Matricial em Saúde Mental entre Unidade Básica de Saúde e CAPS III

A iniciativa de compartilhamento do cuidado em Saúde Mental na referida Unidade Básica de Saúde, na época um pequeno módulo de Estratégia de Saúde da Família (na realidade, uma pequena casa cedida pela comunidade local) vinculado à uma Unidade Básica de Saúde próxima, surgiu a partir da saída do único profissional de saúde mental da equipe.

Os usuários atendidos por ele continuaram a procurar o serviço e então, a equipe se surpreendeu ao descobrir que pouco sabiam sobre essas pessoas que buscavam atendimento dessa especialidade. Surgiram perguntas como: “Quem são esses usuários?”, “O que faremos?” O fato de existir esse profissional na equipe levou a uma particularização dos casos.

Toda a equipe se mobilizou na tentativa de se recordar desses usuários e então responsabilizar-se por eles. A proposta foi anotar o nome daqueles que fossem lembrados em uma folha que ficaria localizada em um ponto estratégico da famosa “casinha”. Casinha porque o espaço era muito pequeno, tudo funcionava na cozinha: a coordenação, a administração, os armários, a sala dos agentes de saúde, dos enfermeiros.

Após concluírem essa etapa, apareceram novas dificuldades e a equipe notou então a necessidade de apoio de um Centro de Atenção Psicossocial. A equipe entrou em contato com o CAPS III de referência e solicitou uma parceria para as questões mais complexas dos casos atendido pela equipe.

Após algumas reuniões, surgiu a estrutura do Apoio Matricial em Saúde Mental, na época, discussão e atendimento conjunto entre profissionais de equipe de referência do módulo e do CAPS III aos usuários os quais a equipe tinha dúvidas ou dificuldades na condução. Os usuários tiveram seus Projetos Terapêuticos Singulares compartilhados entre os dois equipamentos de saúde e a equipe do módulo, hoje Unidade Básica de Saúde, passou a se responsabilizar também por esses usuários, independente de frequentarem outros serviços.

Portanto, essa relação de Apoio Matricial em Saúde Mental se deu a partir da necessidade de ampliação do cuidado desses usuários, onde a estrutura foi construída pela Unidade Básica de Saúde e CAPS III. Daí em diante, o apoio matricial foi se modificando conforme as necessidades surgiam, sendo que se altera até hoje.

Atualmente as reuniões de matriciamento contam com os profissionais de referência dos casos que serão discutidos, psicólogo da equipe, dois trabalhadores do CAPS III, e alunos (estagiários, residentes, aprimorandos, etc). São encontros mensais, com duas horas de duração. Os casos são escolhidos a partir de discussões em equipe de referência e os usuários são convidados a participar e falar de suas dificuldades, podendo haver recusa do mesmo. Geralmente são casos complexos em que a equipe tem dificuldades ou dúvidas na condução de forma que nesse espaço há a reflexão e busca conjunta do maior número de ofertas de ações/ serviços disponíveis que possam auxiliar em mudanças avaliadas como positivas.

No momento atual, ocorre a construção desse arranjo com outros serviços de referência em saúde mental, como o CAPS AD, CAPS i, e outros segmentos da rede intersetorial.

A partir da decisão de compartilhamento do cuidado em saúde mental por parte da equipe da Unidade Básica de Saúde, outras mudanças importantes em relação à prática ocorreram que serão citadas a seguir.

4. NOVOS OLHARES PARA A SAÚDE MENTAL

Acolhimento aos sujeitos em sofrimento psíquico

O acolhimento ao usuário em sofrimento psíquico que geralmente era realizado por profissionais da saúde mental atualmente é de responsabilidade de todos os profissionais da equipe multidisciplinar, funcionando como porta aberta semelhante ao acolhimento dos demais usuários. Esse arranjo se manteve mesmo após a inserção recente de um profissional de saúde mental na equipe, sendo que sua atuação é voltada principalmente para o apoio aos profissionais em atendimentos e condução de casos, embora também realize atendimentos do seu núcleo quando necessário.

Discussão de casos de saúde mental em reuniões de equipe de referência

Conforme dito anteriormente, os casos de saúde mental são discutidos nas reuniões de equipe de referência, de modo que chegam até a reunião com os profissionais do apoio matricial apenas os casos cujas propostas e ações da equipe foram insuficientes.

Uso racional da medicação

A equipe voltou também o seu olhar para os pedidos recorrentes dos usuários por prescrição de medicação, muitas vezes iludidos por uma ideia mágica de eliminação do sofrimento simplesmente com o seu uso. No acolhimento a esses sujeitos, os profissionais questionam com eles o sentido do uso da medicação naquele momento, sem negar os casos em que o seu uso é necessário, e ofertam outras possibilidades além da consulta médica e medicamento como a participação em grupos ofertados na unidade e outros dispositivos disponíveis no território.

Estímulo à participação em atividades grupais

Há um incentivo recorrente da equipe à participação dos usuários nos grupos ofertados pela Unidade Básica de Saúde bem como as outras atividades ofertadas no território, como oficinas de geração de renda. O grupo possui “características que propiciam socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências, trocas de saberes e construção de projetos coletivos.” (Gama & Onocko Campos, 2010, p.230). São ofertados também grupos que possibilitam outras formas de expressão além das verbais para quando o sujeito não consegue expressar o que se está vivenciando e sentindo dessa forma, como os de práticas corporais (Movimento Vital Expressivo, por exemplo).

Investimento na presença de profissionais que não pertencem ao núcleo da saúde mental em espaços de discussão e formação relacionados ao tema

Em acordo com a ideia de que saúde mental não está separada da saúde coletiva, há um grande investimento por parte da gestão como também dos trabalhadores em garantir a presença de profissionais não “psis” em espaços de discussão e formação em saúde mental, como por exemplo, auxiliares de enfermagem. Para que isso ocorra, há liberação de horários na agenda dos que irão participar com o suporte do restante da equipe. Um espaço reconhecido pela equipe é a supervisão em saúde mental do eixo note, que ocorre mensalmente e conta com a participação de diversos atores da rede de atenção psicossocial.

Essas mudanças potencializaram o olhar da equipe que se atentou também para o modo como esses usuários vivenciam a loucura, as suas relações com a família e o meio social e qual o lugar que ele atribuía ao serviço. As respostas tradicionais consulta-medicação tornaram-se insuficientes e foi necessário questionar a prática e comprometer-se a acolher a loucura bem como sua complexidade, que solicita ao serviço ações variadas e variáveis em acordo com os diferentes momentos de sua vida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde Mental na Atenção Básica ainda está em processo de construção, apresentando poucas inovações na área (Gama e Campos, 2009). O presente trabalho teve como objetivo discutir algumas dificuldades encontradas neste processo e apontar caminhos para superá-las, tal como o dispositivo Apoio Matricial em Saúde Mental e o investimento em outras ações voltadas ao acolhimento da saúde mental pela equipe de acordo com as que vivenciei durante minha inserção enquanto psicóloga aprimoranda em uma Unidade Básica de Saúde do município de Campinas- SP. Ao falar de minha experiência não pretendo dar soluções prontas e com isso, esgotar a discussão mas sim encorajar os trabalhadores para a construção de novas práticas territoriais relacionadas ao campo da saúde mental que devem se pautar na experiência e vínculo que possuem com os usuários.

Lidar com a loucura exige uma abertura para a desconstrução de respostas racionais prontas e a invenção constante com os sujeitos de novos modos de vida, incitando-os a enfrentar as dificuldades relativas ao sofrimento psíquico, construindo outro posicionamento perante isso, ou seja, atuar na lógica nomeada como atenção psicossocial. É apreender dela a complexidade da vida que não cabe em nossas simples soluções ou certezas e para isso é preciso desinstitucionalizá-las também.

Para que as propostas de acolhimento à saúde mental na atenção básica não existam apenas no discurso, é necessário a inserção dos serviços no território não só para atender a queixa mas para assumir o seu papel na produção de novas práticas em saúde, novas formas de cuidar que permitam a autonomia dos sujeitos. Nesse sentido, o vínculo e a responsabilização se tornam elementos fundamentais para a construção de saberes e práticas de saúde mental voltadas para a desinstitucionalização da loucura.

[...] para o êxito da construção de cada sistema municipal de saúde, do SUS como um todo, para que os brasileiros tenham mais saúde e vivam mais, as paixões, a capacidade de indignar-se e de se emocionar, de ter rompantes de cólera (a boa, não a diarréia) contra os agravos à vida, é indispensável. A paixão que deve nos possuir na nossa atividade de dirigentes municipais de saúde aparece às vezes como uma espécie de voluntarismo. Não faz mal: é mesmo preciso uma férrea vontade, pertinácia, persistência, insistência, para vencer os inúmeros obstáculos postos a nossa frente. É preciso, além disso, coragem pessoal, política e intelectual para rever conceitos, pré-conceitos, enfim, idéias que não têm mais suporte na realidade. **Não podemos ser escravos de nada, nem de nossas próprias idéias** (CAPISTRANO, 1995, p. 4, grifos do autor)

REFERÊNCIAS

BRAGA CAMPOS, F.C. & NASCIMENTO, S.P.S. Reciclando a herança do preventivismo: das equipes mínimas em UBS ao Apoio Matricial em Saúde Mental às equipes de Saúde da Família. Mimeo, 2003.

BRASIL, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

_____, Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2002.

_____, Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

_____, PORTARIA Nº 648 de março de 2006- Cria a Política Nacional de Atenção Básica.

CESARINO, A.C. Uma experiência de saúde mental na Prefeitura de São Paulo. In: LANCETTI, A. et al. (Orgs.). **SaudeLoucura 1**. São Paulo: Hucitec, 1989. p.3-32.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

_____, G.W.S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. In: **Ciência & Saúde Coletiva** – Abrasco, v.5, n.2: p.219-230, 2000.

_____, G.W.S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos, G.W.S. (org). **Saúde Paidéia**. SP: Hucitec, 2003.

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

CAPISTRANO FILHO, D. Da saúde e das cidades. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

DELGADO, J. A loucura na sala de jantar. São Paulo: Edição do autor, 1991.

FIGUEIREDO, M.D. Saúde Mental na Atenção Básica: Um estudo hermenêutico – narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS - Campinas (SP). Dissertação de Mestrado. Campinas, 2006.

_____, M.D. A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: apoio Paidéia e formação. Tese de Doutorado, 2012.

GAMA, C.A.P.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde Mental na Atenção Básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). *Cadernos Brasileiros de saúde mental*, Florianópolis, v.1, n.12, p. 112- 131, 2009.

GAMA, C.A. P.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO A.V.P. (Organizadores). **Manual de Práticas da Atenção Básica. Saúde Ampliada e Compartilhada..** 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010,p. 210 – 236.

MASSUDA, A. Práticas de Saúde Coletiva na Atenção Primária em Saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO A.V.P. (Organizadores). **Manual de Práticas da Atenção Básica. Saúde Ampliada e Compartilhada..** 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010, p. 169- 194.

MENDES, E.V. et al. Distritos sanitários: conceitos chave. In: MENDES, E.V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde.** 3 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1995, p. 159-185.

MERHY, E.E. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. *Caderno Saúde Mental n° 3. Saúde Mental: Os desafios da formação*. Belo Horizonte, 2010. p. 23- 36.

NICÁCIO, M.F.S. O processo de transformação da saúde mental em Santos: Desconstrução de saberes, instituições e cultura. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Departamento de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

PAULON, S.; NEVES, R. Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013. 151 p.

ROCHA, P.H.A; RIGOTTI, D.G. Construção do matriciamento em Saúde Mental numa UBS. IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/ Saúde da Família, out. 2013. Disponível em: < <http://atencaobasica.org.br/relato/1969>>. Acesso em :02 jan. 2014.

ROMANHOLI, A. C. Na corda bamba: reforma psiquiátrica e saúde mental na atenção primária. Dissertação de Mestrado . PPGP/UFES. 2004.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001. p. 89-99.

SARACENO, B. Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 2001.

World Health Organization. Primary Health Care. Genebra, WHO, 1978.