



UNICAMP



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

“Estou esperando visita, tão impaciente e aflita”: visita domiciliar e o cuidado em saúde mental na Atenção Básica

Helena de Souza Oliveira Gonçalves

Campinas

2022

Helena de Souza Oliveira Gonçalves

“Estou esperando visita, tão impaciente e aflita”: visita domiciliar e o cuidado em saúde mental na Atenção Básica

Trabalho de conclusão do curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas, como requisito parcial para aprovação.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Emerich

Campinas

2022

## Introdução

Esse trabalho de conclusão é fruto de muito investimento, mas é apenas uma fração da experiência vivida durante esses dois anos como residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNICAMP. É um processo difícil escolher qual o tema e objetivo de um Trabalho de Conclusão de Residência diante de tantas histórias ouvidas, conversas e vivências. No primeiro ano estive em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III e no segundo ano em um Centro de Saúde (CS) no município de Campinas. Além disso, no Programa também passamos 30 dias na Enfermaria de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da UNICAMP, podendo então pensar como se dá a saúde mental na Atenção Básica, especializada e hospitalar.

Estando no R2 em um CS, escolhi falar sobre um tema que me dava muito gosto na atuação: as Visitas Domiciliares. Desde minha chegada no CS, sempre que possível, pedi para acompanhar as visitas, mesmo que elas não fossem classificadas como “visitas de saúde mental” pela equipe. Pensei que era uma maneira de me familiarizar com o território, conhecer os usuários e ir conhecendo as principais demandas do CS. A partir disso, muitas vezes acabei escutando “nossa, Helena, que bom que você veio, no final havia questões de saúde mental que a gente não esperava”. Nem sempre a equipe sabe exatamente a demanda que vai encontrar, muitas vezes pela falta de informações colhidas no momento de o usuário realiza a solicitação de VD. E muitas vezes não é pensado em um sofrimento psíquico que pode surgir a partir de um adoecimento clínico.

No SUS, os serviços da atenção primária são compreendidos como a forma de cuidado mais descentralizada e capilarizada, atualmente. E o direito ao acesso à saúde e a pauta da territorialização do cuidado é comum tanto à Reforma Sanitária quanto à Reforma Psiquiátrica. O rompimento com uma lógica hospitalocêntrica foi fruto de muita luta, e estarmos vivendo períodos de cada vez mais retrocessos nos mostra a importância de revisitarmos nossa história para avançarmos com a nossa luta.

Retomar a construção, os avanços e desafios da nossa Reforma Psiquiátrica se faz importante não só pelo aniversário de 20 anos de sua regulamentação enquanto lei, mas também pelo próprio registro da história. No Brasil, a partir da

década de 80, junto com o processo de redemocratização do país, ganha força também o movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, o que nos permitiu a garantia do direito à saúde, implementação do SUS, da superação do modelo psiquiátrico vigente e também da reformulação da compreensão do cuidado em saúde, podendo então os profissionais da saúde atuarem por uma lógica de cuidado em saúde e não cuidar de doenças.

## **1. O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial**

Na década de 70, a Itália passava por um processo de desinstitucionalização que foi oficialmente implementado pelo parlamento italiano por intermédio da lei 180 de 1979, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica. Por ela, se sancionou a eliminação da internação psiquiátrica e possibilitou a construção de serviços na comunidade, visando a completa substituição da internação (KINOSHITA, 1990). As questões de saúde mental não mais se limitavam à área da saúde, mas diziam respeito às condições de vida. Kinoshita afirma que, para fazer as transformações sociais necessárias, não existe caminho único e certo,

existem muitas situações que são específicas a cada região, província ou cidade; em cada local, de acordo com o momento histórico, ocorrem transformações e renovações das propostas; cada experiência tem suas riquezas e suas misérias (Kinoshita, 1990, p.67).

No Brasil, que possui um contexto histórico e social bastante diferente da Itália, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) surgiu com esse nome em 1993, em Salvador. Entretanto, décadas antes surgiu um movimento de denúncia pela maneira como a sociedade e o Estado lidavam com seus doentes mentais, reivindicando outras formas de cuidado, a partir da desinstitucionalização. Esse movimento foi o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (BARBOSA, COSTA e MORENO, 2012).

Em 1987, ocorreu o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental e neste encontro foi escrito o Manifesto de Bauru, um marco para a luta antimanicomial no Brasil, onde se falou explicitamente sobre a extinção dos manicômios e onde os profissionais da saúde se posicionaram, afirmando que não

mais aceitariam o papel de agentes da exclusão e da violência institucional (MANIFESTO DE BAURU, 1987).

Com essa articulação dos trabalhadores, surgiu um movimento social que tinha como princípio uma sociedade onde não se segrega, tampouco se exclui os ditos loucos, mas que se visse o potencial de transformação na convivência e na inclusão efetiva: "a loucura não autoriza ninguém a tirar a liberdade de seu semelhante" (Peixoto, 2003, p. 149). Segundo o autor, os manicômios não tratam, apenas vigiam e essa vigilância está associada à ideia da periculosidade do doente mental, que apresentaria um risco a si mesmo e aos demais. Por este motivo se justifica um ambiente com muros altos, grades e portões. O movimento da luta antimanicomial acredita que o doente mental não precisa ficar trancafiado, muito pelo contrário, busca a extinção dos manicômios, hospitais psiquiátricos e, em seu lugar, um tratamento territorializado e comunitário.

A luta antimanicomial exige a garantia de direitos das pessoas com transtorno mental, para que estas possam usufruir de seus direitos civis e políticos e também prevê um modelo de cuidado diferente. Essas mudanças na forma de tratamento com esses sujeitos vêm por meio da Reforma Psiquiátrica, que resultará, por sua vez, da organização popular.

Amarante (2003) fala sobre as quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica. A primeira delas é a dimensão teórico-conceitual, uma transformação que diz respeito ao campo da produção de saberes que estão legitimando o saber/fazer médico-psiquiátrico. Esses saberes absolutos, produzidos por uma ciência exata, se suspensos, abririam espaço para novas práticas clínicas e sociais. Uma segunda dimensão é a que ele denomina de técnico-assistencial. A institucionalização manicomial é vista como uma prática legítima, mas o isolamento que predispõe um olhar sobre o "objeto em seu estado puro" deve ser superado. A terceira dimensão é a jurídico-política, que tem sua base, novamente, na associação do transtorno mental com a periculosidade. Essa imagem social precisa ser rediscutida, pois está limitando o exercício da cidadania, de direitos humanos e sociais de muitos sujeitos. A quarta e última dimensão é a sociocultural. O imaginário popular (o senso comum) aderiu às morais psiquiátricas, quando vemos que ainda é disseminada a imagem do louco enquanto alguém incapaz: "a quarta dimensão [...] expressa o objetivo maior do processo de reforma psiquiátrica, ou seja, a transformação do lugar social da loucura" (Amarante, 2003, p. 53).

A partir disso, podemos pensar a importância do registro das mais diversas experiências, pois ganhamos não só a legitimação acadêmica de outros olhares, mas com a disseminação de novas práticas, podemos rever a nossa prática assistencial e assim, propor novas políticas e também abrir fissuras no imaginário popular sobre a loucura, que ainda é muito enraizado no olhar biomédico.

Ainda segundo Amarante (2003), a Reforma Psiquiátrica leva um nome que pode esconder a profundidade das mudanças que ela propõe. Ele aponta que não é para ela ser confundida com uma mudança superficial, um reformismo, reparos no modelo de assistência psiquiátrica tradicional. Para ele, a reforma psiquiátrica seria uma transformação radical do saber e da prática psiquiátrica.

## **2. Reforma Sanitária**

O MNLA e a luta pela Reforma Psiquiátrica como um todo andaram muito ligados ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). O MNLA se relaciona de forma importante com o movimento pela Reforma Sanitária no Brasil por ambos serem lutas da população e de profissionais da saúde que lutam pelo direito de um tratamento digno e universal da saúde. Ambos, assim como outros movimentos sociais, se intensificaram na década de 80, no fim do regime militar, envolvidos na luta por uma sociedade democrática e de direitos. Em 1985 ocorria as “Diretas Já”, um movimento civil de reivindicação por eleições presidenciais diretas no Brasil, e logo em 1986 ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), onde lançaram-se as bases para a reforma sanitária (POLIGNANO, 2001).

Sonia Fleury Teixeira fala sobre o contexto no qual o movimento surge,

*Toda essa efervescência democrática foi canalizada para os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte, que se iniciaram em 1987. Em boa medida, a construção de uma ordem institucional democrática supunha um reordenamento das políticas sociais que respondesse às demandas da sociedade por maior inclusão social e equidade. Projetada para o sistema de políticas sociais como um todo, tal demanda por inclusão e redução das desigualdades adquiriu as concretas conotações de afirmação dos direitos sociais como parte da cidadania (Teixeira, 2009, p. 474)*

A 8ª CNS foi o resultado desse processo de articulação social que visava mudar o rumo das políticas sobre saúde no Brasil, algo que já vinham ocorrendo nos níveis municipais e estaduais. Depois de diversas discussões em pré-conferências preparatórias, a Conferência Nacional foi um grande marco, não apenas por isso, mas principalmente porque reuniu cerca de 5.000 pessoas, entre elas profissionais médicos e outros trabalhadores da saúde, além de usuários, técnicos, políticos, lideranças sindicais e populares (Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986).

A 8ª CNS também foi muito importante para a conquista, dois anos depois, do reconhecimento da saúde enquanto direito na Constituição de 1988. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi o principal resultado das lutas MRSB. Teixeira (2009, p.474) afirma que “a inclusão da previdência, da saúde e da assistência como partes da Seguridade Social introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restritos à população beneficiária da previdência”. A forma de organização do SUS é uma tentativa de que todos tenham participação ativa e a garantia de um direito constitucional, impedindo que o acesso à saúde fique restrito somente àqueles com condições de pagar por ele.

Entretanto, apesar de o SUS ser a maior conquista do MRSB até hoje, não há como ignorar que ele surge também em um contexto de ascensão do neoliberalismo e que isso atravessa o seu funcionamento, sendo que muitos dos equipamentos do SUS são administrados por Organizações Sociais (OSs), isto é, entidades que idealmente são instituições não governamentais sem fins lucrativos, privadas, que recebem dinheiro público para administrar equipamentos públicos. Cabe ressaltar que o fortalecimento do neoliberalismo não se reflete exclusivamente na forma de se administrar instituições e equipamentos, mas é algo que influencia culturalmente os valores da sociedade. Com a sua ascensão, são fortalecidos valores de individualismo e consumismo e, novamente segundo Teixeira (2009, p. 477), “o divórcio entre uma classe média alienada da realidade nacional e a população marginalizada da globalização reflete-se, na saúde, na existência de um sistema de seguros privados e um sistema público para os mais pobres”.

Assim como qualquer movimento social, o MRSB não pode parar de refletir sobre suas ações, e, apesar de o SUS ser uma grande conquista, o movimento não pode se reduzir a ela. Há muitas conquistas por vir e passos que precisam ser reavaliados, para que esse movimento social seja um ator importante não só para a

garantia do acesso à saúde, mas para o fortalecimento de uma sociedade democrática.

### **3. Saúde Mental na Atenção Básica**

Poder cuidar da saúde mental na Atenção Básica é um grande avanço para a solidificação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. É papel da Atenção Básica a função de “prevenir os agravos de saúde mental, garantir a integralidade do cuidado dos usuários assistidos pelos CAPS e responsabilizar-se pelo cuidado longitudinal dos usuários que não estiverem mais dentro dos casos mais graves de sofrimento mental” (CFP, 2019). E esse cuidado não necessariamente se dará pelo profissional da psicologia, pois é possível a presença de outros profissionais, de outras formações, que atuem com saúde mental. Segundo o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (Chiaverini, 2011), os profissionais matriciadores em saúde mental na atenção primária são os psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais e enfermeiros de saúde mental. Mas além desses profissionais especialistas, a saúde mental também é cuidada pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família.

A presença da psicologia na Atenção Básica não é um trabalho simples ou dado. O conhecimento sobre nossa atuação profissional ainda é pouco difundido entre as equipes de saúde da família e muitas vezes de pouco conhecimento pelos próprios psicólogos. Isso se dá pelo caráter historicamente liberal e individualizante da nossa profissão, sendo na história, um marco recente a nossa inserção nesse nível de atenção (CFP, 2019). Em 2007, antes da implementação do NASF, haviam 4.704 psicólogos trabalhando na Atenção Básica, e em 2018, após 10 anos, haviam 10.721 (CFP, 2019).

Apesar da portaria que regulamenta o NASF existir desde 2008, em Campinas, o investimento público para sua implementação se deu somente em 2020. Por isso, ao longo desse ano, pude acompanhar muitas discussões sobre a implementação do NASF em reuniões com o Distritos de Saúde e em reuniões gerais dentro do próprio Centro de Saúde. Alguns profissionais já contratados tiveram seus contratos alterados para equipe NASF, e os novos profissionais concursados que assumiram a partir de 2021 foram contratados também como NASF. O NASF que compus durante a residência, poderia facilmente ser confundido



com uma equipe de saúde mental, apesar de não ser essa a única proposta e possibilidade de atuação do NASF, devido a formação dos profissionais.

Cerca de 80% da população passa por pelo menos um atendimento com seu médico de família no ano, o que torna a AB um local privilegiado para identificar as necessidades de cuidado e tratamento (FAGUNDES, 2021). E os transtornos mentais representam uma das principais causas de adoecimento incapacitante na população brasileira, superando doenças cardiovasculares e também o câncer. A Organização Mundial da Saúde (2001) estima que uma a cada quatro pessoas no mundo desenvolverão ao longo de suas vidas alguma forma de adoecimento psíquico. Sem contar o adoecimento psíquico gerado a partir do contexto de pandemia de coronavírus, que apenas reforça a necessidade de olhar a saúde mental na AB.

#### **4. Visita Domiciliar e Saúde Mental**

Dentro do contexto do cuidado em saúde mental, a visita domiciliar se configura como uma ação chave para melhor diagnóstico situacional, compreensão da rede familiar e de apoio, assim como poder ser, inicialmente, a única forma de acesso ao usuário que sofre de um adoecimento mental grave. Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde (2013), os transtornos de saúde mental fazem parte das condições clínicas frequentes em atenção domiciliar. É importante frisar que a visita domiciliar só é um recurso terapêutico possível pelo cuidado ser territorial. A visita domiciliar também é uma importante ação matricial, quando possível de ser compartilhada entre diferentes profissionais.

As visitas domiciliares comumente realizadas pelas equipes de saúde da família são casos de idosos, acamados e com necessidades especiais. As visitas de saúde mental podem ocorrer por diversas razões, sendo mais comum, por dificuldade de deambulação, ou por recusa a comparecer ao serviço de saúde, ou recusa ao tratamento (Chiaverini, 2011).

A visita domiciliar (VD) também permite que o profissional da saúde consiga realmente olhar o sujeito em sua integralidade, avaliando também determinantes sociais de saúde. Avaliando o sujeito como um todo, em seu âmbito social e familiar, é possível ter uma melhor compreensão do sujeito atendido, qualificando o cuidado e intervenções, podendo construir um Projeto Terapêutico Singular que seja viável

às condições e possibilidades do sujeito. Na VD, não é atendido apenas o usuário adoecido clínica ou psiquicamente, mas seguindo a proposta da Saúde da Família, é necessário cuidar de todo o núcleo familiar, que envolve muitas vezes cuidadores sobrecarregados e relações familiares fragilizadas. Além disso, em muitos casos, a realização da VD permite o engajamento da família ou rede de apoio no tratamento, podendo ser estabelecida a partir disso, uma corresponsabilização do cuidado. A família sendo, portanto, tanto objeto de cuidado, mas também como cuidadora.

Segundo o Conselho Regional de Psicologia (2014), uma vez solicitado o atendimento psicológico domiciliar, o profissional deve realizar uma avaliação sobre a necessidade do atendimento, e uma vez justificada, elaborar um psicodiagnóstico situacional. Ainda sobre o atendimento domiciliar, Aron e Santos (2015) afirmam que o papel do psicólogo que realiza atendimento domiciliar é trazer a subjetividade do paciente, resgatando sua identidade e de seus cuidadores, e facilitando a comunicação entre a equipe de saúde e o paciente.

*"Na Visita Domiciliar o profissional tem um olhar da pessoa como um todo, em sua subjetividade, em todo o seu conceito de vivência, inserida em seu meio social, proporcionando uma visão ampla da realidade do sujeito, resultando em uma intervenção mais eficaz, proporcionando para o paciente e/ou familiares autonomia, melhor reconhecimento do processo de adoecimento, melhor qualidade de vida, melhor reconhecimento próprio e melhor interações familiares". (Aron e Santos, 2015, p.164)*

Segundo Moraes, Guimarães, Alves e Monteiro (2021), a clínica em saúde mental contribui para que a VD escape dos modelos previamente estabelecidos. A equipe necessita lidar com uma imprevisibilidade que é própria do adoecimento psíquico, podendo lidar com situações que são de difícil manejo, ou situações que requerem uma intervenção que é impossível no momento. Dentre as situações que levam usuários que têm algum sofrimento psíquico a necessitarem de cuidado domiciliar, geralmente são encontrados comportamentos que dificultam o convívio social, a mobilidade reduzida, e também as situações de crise, que devem ser consideradas prioridade de atendimento.

No Centro de Saúde, as VDs podem ocorrer por solicitação do usuário ou de um familiar, que preenche uma ficha de solicitação de visita. Essas fichas são discutidas semanalmente nas reuniões de equipe. Também é comum que os

Agentes Comunitários de Saúde observem uma demanda de atendimento, levando o caso para discussão com a equipe. Por fim, profissionais de outros serviços da rede de saúde, ou intersetorial, também podem realizar uma solicitação de visita.

## **5. Objetivo**

O objetivo deste trabalho é discutir a Visita Domiciliar como estratégia de qualificação do cuidado em saúde mental e de articulação de rede, a partir de um caso grave acompanhado pela Atenção Básica.

## **6. Metodologia**

Esse é um trabalho descritivo, a partir da metodologia de relato de experiência, e surge a partir da experiência enquanto psicóloga residente em um Centro de Saúde (CS) de Campinas, como campo de atuação do R2 da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Campinas. Os relatos são trazidos a partir das vivências de Visitas Domiciliares realizadas durante a permanência no CS e as construções e desdobramentos delas.

Para caracterizar o CS, ele é composto por três equipes de Saúde da Família e também tem uma equipe NASF que em sua maioria dá apoio a apenas essa unidade, tendo apenas um profissional que divide a carga horária entre dois CSs. A equipe NASF é composta por um psiquiatra, uma psicóloga e uma pediatra. No território há um Centro de Convivência que realiza diversas atividades compartilhadas com a equipe do CS, e no distrito há apenas um CAPS III, sendo o CAPS ij e o CAPS ad em outro distrito, o que implica uma desterritorialização do cuidado, submetendo os usuários há um maior deslocamento.

## **7. Apresentação da família e discussão**

G tem 29 anos, branco, ensino fundamental incompleto. Mora com a mãe e seu irmão mais velho, de 37 anos. Seu pai faleceu vítima de um infarto fulminante quando G tinha 17 anos. Aos seus 19 anos, G, sua mãe e seu irmão foram presos, e ele ficou 3 anos e 3 meses em regime fechado. Foi o último a ser solto.

Atualmente não trabalha e não estuda, se sente desconfortável de sair de casa, ficando principalmente dentro de seu quarto.

G faz uso diário de maconha, por conta disso, foi encaminhado pelo CS ao CAPSad, que o acompanhou por um tempo, sempre por meio de visitas domiciliares, uma vez que G se recusava a ir ao serviço. Em 2019, o CAPSad fez contato com o CAPS III, solicitando uma visita compartilhada, pois avaliaram que G possui um transtorno mental grave prévio ao uso da maconha. Foi realizada então uma VD compartilhada entre os dois CAPS, para avaliar qual serviço daria seguimento ao tratamento. Até o momento da visita havia a informação de que ele teria aberto quadro psicótico após uso de maconha e, desde então, não chegou a ficar nenhum período abstinente, mas depois se descobriu que ele abriu quadro no período que ficou preso. Nessa visita fica combinado que seria acompanhado pelo CAPS III. Entretanto, G não chegou a ir presencialmente ao CAPS, quem foi para a triagem no serviço foi sua mãe e seu irmão, e a equipe, assim como a equipe do CAPS ad, o conhecia apenas pelas VDs. Se não fosse a busca ativa do CS e a possibilidade de realização de VDs, G não teria acesso a tratamento de saúde. Também é importante pontuar que essa busca ativa ocorreu antes da pandemia de coronavírus, onde o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família não estava voltado para o atendimento de sintomáticos respiratórios e a vacinação em massa da população.

M é mãe de G, tem 57 anos, e nasceu e cresceu ali no território. M possui uma deficiência intelectual leve, frequentou a APAE quando nova. Durante muito tempo trabalhou no tráfico de drogas, até ser presa com os filhos, motivo que desgasta a relação de G com ela, uma vez que ele não era envolvido, mas foi preso junto. Atualmente tem trabalhado com revenda de produtos e com reciclagem. Possui dermatite grave em ambas as mãos e cuida muito pouco de si e da sua saúde. Falta frequentemente em consultas e exames, pois costuma negligenciar o próprio cuidado em prol do cuidado de G.

D é irmão de G. Tive pouco contato com ele durante as visitas, pois trabalha em horário comercial. Tem 37 anos e M traz queixa de D estar sobrecarregado por ser a principal renda da casa e também precisar cuidar tanto da mãe quanto do irmão. D dorme na sala, sendo o único que não tem um quarto próprio.

Eu conheci o caso de G no meu primeiro dia no CS. Ocorreu uma reunião de matriciamento entre o CS e o CAPS III, onde foi discutido seu caso e, como o CAPS

faria uma VD a ele após o matriciamento, pedi para acompanhar a visita. G e sua família moram muito próximos ao CS, no mesmo quarteirão. Nesse mesmo matriciamento, ficou pactuado que eu me aproximaria da mãe de G, uma vez que ela estava bastante sobrecarregada com os cuidados dele e em um momento de bastante sofrimento. Nessa VD faço convite à M para comparecer ao CS, e deixamos marcado um horário.

Apesar dos incessantes convites, G se recusava a ir a qualquer serviço de saúde. É um jovem que apresenta muitos sintomas negativos, como isolamento, embotamento afetivo, e construiu um delírio de que seu quarto é uma cela “solitária” da prisão, então não saía de lá. G não estava em crise, tampouco apresentava risco à terceiros. Por ser um caso que pode ser chamado de silencioso, poderia passar despercebido pela equipe de saúde.

Segundo os critérios para realização de VD apresentados por Chiaverini (2011), já mencionados anteriormente no texto, o quadro de G justifica e torna necessária a realização de VDs, pois é a partir delas que G tem garantido seu acesso à saúde.

Nas primeiras visitas, mesmo não querendo sair de seu quarto, G aceitou a nossa entrada. Consegue nos contar sobre suas alucinações, tanto auditivas quanto corporais. Mas conta sem qualquer crítica do quadro ou desejo de realizar um tratamento, falando com a maior naturalidade sobre elas.

Após essa primeira visita, M comparece semanalmente ao CS para os nossos atendimentos. Conversamos principalmente sobre a sobrecarga em relação aos cuidados de G, mas identifico que ela tem muitas dúvidas sobre o tratamento e diagnóstico dele. Decido realizar abordagem psicoeducativa em nossos encontros, para que ela consiga compreender o que é da personalidade, o que é sintoma da esquizofrenia, o que podemos esperar melhora, entre outros assuntos.

Entretanto, em determinado momento, M comparece ao CS para me informar que não poderia ficar para o atendimento, pois G estava muito nervoso e ela precisava ficar em casa com ele. Pergunto se ela quer que eu a acompanhe até sua casa, para conversar e avaliar a situação de G, e ela concorda. A partir desse dia, meus atendimentos passaram a ser apenas domiciliares, deixando de ser uma psicoeducação com M, mas uma intervenção com a família.

A mudança de atendimentos individuais de uma mãe sobrecarregada, para um atendimento domiciliar de sua família, significou uma mudança de paradigma

que permitiu um trabalho mais efetivo. O foco deixou de ser um indivíduo isolado e passou a ser as relações familiares e as implicações e conflitos cotidianos que surgiram a partir do adoecimento de G. Segundo Miranda e cols (2012) apud Aron e Santos (2015, p.164), “o objetivo do psicólogo é capacitar as famílias a utilizarem recursos próprios para a resolução de seus problemas, garantindo para os sujeitos envolvidos maior autonomia”, essa entretanto é uma tarefa complexa, pois cada família tem seu arranjo próprio, assim como valores, saberes e hábitos. Foi portanto, a partir das VDs, que G, M e D puderam refletir coletivamente sobre sua situação e pensar em estratégias de cuidado possíveis.

No começo foram realizadas visitas domiciliares semanais, que passaram a ser quinzenais com o tempo. G e sua família eram bastante desorganizados em relação ao próprio cuidado, as dificuldades de M em compreender o diagnóstico de G também afetavam bastante as relações familiares. As VDs foram o que me permitiu conhecer e me aproximar de G, pois o mesmo inicialmente se recusava a ir a qualquer serviço de saúde. Com as VDs, pude conversar abertamente com G sobre seus sintomas, sobre o seu sofrimento e sua rotina, e permitiu G, com o tempo, ter crítica sobre o seu sofrimento, e entender que há diversos recursos terapêuticos possíveis.

A família também tinha muita dificuldade de se comunicar com os serviços, e a partir das VDs, foi possível ajudá-los a entender suas próprias demandas e encontrar um caminho para elas. Inicialmente, fiz contato com o CAPS no lugar deles para discutir o caso e levar as solicitações da família, porém com o tempo, eles próprios conseguiram estabelecer autonomamente uma comunicação com a profissional de referência do CAPS. Dessa maneira, atuei inicialmente, como um elo entre a família e os serviços de saúde. Segundo Aron e Santos (2015), uma das funções do psicólogo na Visita Domiciliar, é facilitar a comunicação entre as equipes de saúde e o paciente, o que se efetivou na minha articulação entre a família e o CAPS. No final das visitas, G já conseguia comparecer ao CAPS, inclusive sozinho.

Esse caso foi escolhido, pois as visitas domiciliares permitiram uma intervenção no núcleo familiar e uma corresponsabilização do cuidado não só entre os familiares, mas entre diferentes serviços. Também vale ressaltar que o caso mostra que as visitas domiciliares não são apenas uma solução logística de cuidado, mas que possui uma importante carga metodológica e prática, sendo um instrumento com efeitos terapêuticos específicos e efetivos.

## 8. Considerações Finais

O fato da equipe NASF ser composta principalmente por profissionais de saúde mental, fazia com que a Equipe de Saúde da Família (esf) compreendesse que todo o cuidado em saúde mental deve ser cuidado pelo NASF. Foi um processo longo, que não se concluiu, o de sensibilização para que a esf compreendesse que o acompanhamento pelo NASF não significa que ela não é também responsável pelo cuidado. Nesse caso, consigo avaliar que apesar de toda construção e articulação com os profissionais do CAPS, minha intervenção foi isolada da equipe do CS, nem a própria ACS acompanhou alguma VD, apenas profissionais do CAPS e do NASF. Há uma dinâmica que precisa ser compreendida e conversada, que é a dialética da relação entre um trabalho teoricamente unificado, e uma prática cindida, onde o cuidado não é compartilhado. Os usuários não deveriam pertencer a uma equipe ou à outra, mas sim terem seu cuidado realizado de maneira integralizada.

Os casos de saúde mental ainda são um tabu, carregam um estigma dentro da atenção básica. É comum o discurso de que os profissionais não têm a formação para atender essa demanda e, por tanto, se retiram da construção do cuidado. Isso reafirma a importância dos profissionais especialistas que atuam na AB de não restringir sua atuação com práticas ambulatoriais e solitárias, e evidencia a necessidade de ações matriciais e atendimentos compartilhados, para assim, qualificar e expandir o cuidado.

A pandemia de coronavírus influenciou muito nas ofertas de cuidado dos serviços de saúde. Os CS se dedicaram principalmente ao atendimento dos usuários com sintomas de COVID-19, tiveram que reorganizar seu processo de trabalho para dar conta da demanda de vacinação e isso resultou na suspensão das reuniões de equipe, dos matriciamentos e de outras atividades. A ausência de matriciamento com os CAPS, a sobrecarga de trabalho que a AB está enfrentando, ajudou a reforçar a fragmentação entre a esf e o NASF.

Entretanto, junto com a circulação do vírus, também houve um aumento da necessidade de acompanhamento em saúde mental, seja queixas de ansiedade, atrasos no desenvolvimento infantil, surgimento de sintomas semelhantes ao TOC, enlutamento devido a falecimento de familiares e amigos, entre outros. Porém, por um período todos os atendimentos grupais foram suspensos e mesmo os

atendimentos individuais estavam ocorrendo remotamente, o que limita o acesso da população a quem tem acesso à tecnologia.

No caso de G, o isolamento social não foi decorrente da pandemia, e sim de seu quadro psiquiátrico. Mesmo antes da pandemia, ele não acessava nenhum serviço de saúde. E outros usuários também deixaram de acessar devido o risco alto de exposição ao vírus. Isso exigiu um aumento de VDs, e os poucos momentos que o CS contava com carro para transporte, era disputadíssimo.

Apesar de todas as dificuldades, considero que foi possível construir um cuidado qualificado para a família de G. Mesmo tendo comparecido por alguns atendimentos, M tinha muita dificuldade de ir ao CS principalmente por medo de deixar G sozinho e por precisar dedicar um tempo grande do seu dia à coleta de materiais recicláveis. Nos atendimentos trouxe queixas em relação aos cuidados de G que foram possíveis de serem aprofundadas após elucidação do quadro e, a partir disso, poder pactuar de maneira familiar novos combinados.

G apesar de todo o sofrimento, não tinha crítica sobre sua situação. Com comportamentos restritos devido ao próprio sofrimento, ficava isolado, “enclausurado” em sua cela solitária, não se permitindo sair desse lugar. Com a abertura para receber os profissionais de saúde, após algumas semanas e encontros, G permitiu-se problematizar os seus próprios sintomas e construir uma relação de cuidado com a equipe e consigo mesmo. Um usuário que não saia do quarto, hoje vai sozinho ao CAPS, além de ter autonomia sobre sua medicação.

As VDs realizadas para essa família surtiram efeito, portanto, não só no PTS, mas em minha formação profissional. Reafirmando que para conseguirmos acompanhar usuários de saúde mental, precisamos conhecer sua realidade, que nem sempre aparece no discurso levado aos serviços de saúde. Aron e Santos (2015) também falam da importância da Visita Domiciliar no processo de formação profissional. Segundo as autoras, dificilmente uma formação abarcará todas as possibilidades de intervenção de um futuro profissional, mas viver a experiência de Visita Domiciliar traz um amadurecimento pelo contato direto com a realidade não só psicológica, mas de saúde e social, permitindo que o aluno uma visão mais ampla da sua prática profissional.



## Referências Bibliográficas

- AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, p. 45-65, 2003.
- ARON, M. L.; SANTOS, N. C. D. Atuação do Psicólogo na Visita Domiciliar. In: **Revista Gestão e Políticas Públicas**. V. 5, p. 155-167. 2015.
- BARBOSA, G. C.; COSTA, T. G.; MORENO, V. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 45-50, jan./jun. 2012.
- CHIAVERINI, D. H. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Ministério da Saúde, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para atuação de psicólogos (os) na atenção básica à saúde**. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). Brasília, 1ª edição, 2019.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (CRP). O atendimento domiciliar em Psicologia. In **Jornal Psi**, ano 19, nº 128, maio-junho 2001.
- FAGUNDES, G., CAMPOS, M., FORTES, S. Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, 2021.
- KINOSHITA, R. T. Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana. In MARSIGLIA, R.G. **Saúde Mental e Cidadania**. São Paulo: Mandacaru, p. 67-83, 1990.
- **Manifesto de Bauru**, 1987. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>>. Acessado em 25 out 2021.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3a edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
  
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Domiciliar - volume 2**. Brasília, 2013.
  
- Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OPAS, OMS. 2001.
  
- PEIXOTO, G. Algumas considerações (com um pouco de história familiar) sobre a relação entre a loucura, a ética e a política no âmbito da saúde mental. In: AMARANTE, P. (org). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, p. 149-155, 2003.
  
- POLIGNANO, Marcus Vinicius. **História das políticas de Saúde no Brasil**. 2001. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em: 25 out. 2021.
  
- RELATÓRIO FINAL DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 1986. Disponível em: <[conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)> Acesso em: 25 out. 2021.
  
- TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 49, n. 4, p. 472-480, dez. 2009.