



O sofrimento mental grave na Saúde da Família: uma experiência de apoio matricial na qualificação do cuidado integral

The severe mental disorder in Family Health Strategy: an experience
of matrix support in the qualification of comprehensive care

Kézia de Oliveira Nascimento Souza

Psicóloga Especialista em Saúde da Família, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil;
E-mail: kezia.ons@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9229-1893

Gerfson Moreira Oliveira

Psicólogo Especialista em Saúde da Família, Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho e Doutor em Medicina e Saúde Humana, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil;
E-mail: gerfson@gmail.com; ORCID: 0000-0001-5860-1990

Emilly Sales Sala Gomes

Psicóloga Especialista em Saúde da Família. Mestre e Doutoranda em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil;
E-mail: emillysala@gmail.com; ORCID: 0000-0003-4765-4338

Resumo: Este artigo trata-se de um relato de experiência de uma psicóloga residente com o objetivo de apresentar as possibilidades de atuação no apoio matricial a uma Equipe de Saúde da Família. Com inspiração na cartografia e no método do usuário guia, são narradas práticas de cuidado ofertadas a uma pessoa com sofrimento mental grave. O acompanhamento deste caso se deu durante a residência em Saúde da Família, durante nove meses de acompanhamento, a partir das premissas do cuidado integral, humanizado e desmanicomializado. Esta produção elucida a importância da escuta, do vínculo e do cuidado em rede na assistência à saúde mental; revela a disputa dos modelos manicomial e psicossocial nas práticas de saúde e aponta as potencialidades e dificuldades da atenção à saúde mental nas Unidades de Saúde da Família.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Estratégia Saúde da Família; Transtornos mentais; Psicologia.

Abstract: This article is an experience report of a resident psychologist with the objective of presenting the possibilities of acting in matrix support to a Family Health Team. Inspired by cartography and the guide user method, care practices offered to a person with severe mental suffering are narrated. The follow-up of this case took place during the residency in Family Health, for nine months of follow-up, based on the premises of comprehensive, humanized and de-asylum-free care. This production elucidates the importance of listening, bonding and network care in mental health care; reveals the dispute between asylum and psychosocial models in health practices and points out the potentialities and difficulties of mental health care in Family Health Units.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Mental Disorders; Psychology.

Introdução

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, propõe-se como modelo de cuidado, principalmente para usuários com sofrimento mental grave, a atenção psicossocial¹. Neste, as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde mental são realizadas no território, contingente às relações do indivíduo, abarcando aquilo que integra sua realidade². Com esta perspectiva, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que inseriu os serviços da Atenção Primária no cuidado integral à saúde mental. Assim, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tornaram-se responsáveis por realizar ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), em prestar apoio matricial e cuidado compartilhado junto às equipes de atenção básica no suporte ao manejo de questões referentes aos transtornos mentais e uso de substâncias psicoativas³.

Apesar da Política Nacional de Saúde Mental estabelecer um novo paradigma de cuidado, é possível observar a perpetuação da lógica manicomial no dispositivo criado como substituto ao hospital psiquiátrico, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS⁴. Alverga e Dimenstein⁵ apontam a manutenção desse antigo modelo pela reprodução da institucionalização, mesmo em espaços fora dos muros do hospital. Sendo assim, em alguma medida, o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico grave continua circunscrito aos CAPS, que comumente são entendidos como exclusivos, contrariando a proposta psicossocial de cuidado no território⁴.

Segundo Pitiá e Furegato⁶, quando as Equipes de Saúde da Família (eSF) se responsabilizam pelos sujeitos com sofrimento psíquico grave, há diminuição no número de reinternações psiquiátricas e reintegração de pessoas com psicose. Contudo, estudos como o de Wenceslau e Ortega⁷ indicam que um número significativo de pessoas com transtornos mentais não é diagnosticado, tampouco recebe tratamento adequado, devido à falta de acesso. Diante disso, os autores defendem a integração da atenção à saúde mental aos serviços de atenção primária e o compartilhamento do cuidado como estratégia para dirimir a desassistência.

No que tange às Unidades de Saúde da Família (USF), nota-se a dificuldade em abarcar esta temática nas ações desenvolvidas. Amaral et al.⁸ mencionam a questão da invisibilidade, que não se trata apenas de desconhecer os casos de saúde mental do território, mas de ignorar a responsabilidade diante desta demanda. Muitos profissionais não reconhecem as questões subjetivas como parte da saúde integral do indivíduo⁹. Além disso, há o uso exacerbado do recurso medicamentoso como prioritário¹⁰, não associado a outras terapêuticas psicossociais, e o encaminhamento indiscriminado, por vezes inadequado, para atenção especializada¹¹.

Nessa perspectiva, Amaral et al.⁸ ressaltam a importância do apoio matricial na ampliação e qualificação da assistência às pessoas com sofrimento psíquico no contexto da atenção básica. O matriciamento é um modo de produção de saúde, a partir de uma proposta de intervenção pedagógica-terapêutica, na qual duas ou mais equipes constroem um processo de cuidado compartilhado. Na saúde mental, CAPS e NASF possuem a função de apoiar a atenção básica ao proporcionar retaguarda especializada da assistência, suporte técnico e pedagógico e apoio institucional na construção coletiva do cuidado¹².

A equipe NASF-AB foi criada em 2008 com o intuito de ampliar o escopo de ações das equipes da atenção básica, ao compartilhar práticas e saberes em saúde e auxiliar no manejo de casos complexos, a partir da atuação clínica-assistencial e técnica-pedagógica¹³. Conforme a portaria que institui o NASF, é recomendada a presença de pelo menos um profissional da Saúde Mental, em função da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais¹⁴.

Este cenário revela a necessidade de reflexão acerca das ações da atenção básica diante do sofrimento psíquico grave. Portanto, este artigo tem o objetivo de apresentar a experiência de uma psicóloga residente em saúde da família, enquanto componente do NASF-AB, e as possibilidades de atuação nesse contexto dando visibilidade à temática da Saúde Mental e do cuidado integral, humanizado e desmanicomializado.

Inspiradas pela cartografia e metodologia do usuário-guia, serão narradas práticas de organização e compartilhamento do cuidado na rede, assim como a importância dos recursos propostos pela Estratégia Saúde da Família para potencializar a atenção a usuários com sofrimento mental grave e os desafios enfrentados na assistência.

Metodologia

Este relato é fruto da experiência de uma psicóloga na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FESF-FIOCRUZ), nos anos de 2019 a 2021, em uma cidade da Região Metropolitana de Salvador-BA. Neste programa, a residência multiprofissional é integrada à Residência Médica de Família e Comunidade e os residentes são os atendentes nos serviços, sendo acompanhados por preceptores.

A atuação da psicóloga se deu no âmbito do NASF-AB, que também era composto por profissionais da nutrição, fisioterapia e profissional de educação física, o qual realizava cobertura de duas USF, totalizando oito eSF. Dentre as atividades exercidas pela equipe, estão: atividades coletivas, consultas compartilhadas, interconsultas, visitas domiciliares, matriciamento, territorialização e articulação de rede, educação permanente, atendimentos individuais – quando este fizer parte da

estratégia de cuidado a algum caso complexo – e participação em reuniões de equipe para discussão de caso¹³.

A metodologia utilizada na construção deste artigo é o relato de experiência, uma tecnologia de produção de ciência que se caracteriza como uma narrativa circunscrita à vivência, a partir do lugar de fala e tempo histórico do relator que, ao articulá-la a um arcabouço teórico robusto, legitima sua experiência como um fenômeno científico¹⁵. Complementarmente, foram utilizadas a cartografia e a metodologia do usuário-guia como inspiração na elaboração deste registro.

A cartografia é uma metodologia de estudo com o intuito de mapear as paisagens sociais, com suas identidades e subjetividades, mediante a experiência do pesquisador. Além disso, parte do pressuposto de que o pesquisador atua e modifica constantemente aquilo que pretendeu investigar. Logo, o resultado da pesquisa cartográfica é consequência da própria investigação sobre o objeto estudado¹⁶.

O método do usuário-guia, por sua vez, é um estudo qualitativo, que, a partir da reconstituição de um caso complexo, denominado caso traçador, permite avaliar as práticas de cuidado de uma equipe de saúde e as redes de cuidados em saúde mental¹⁶. Portanto, neste relato de experiência, a partir da escolha de um usuário-guia, serão traçadas relações e práticas desenvolvidas no cuidado em saúde mental ofertado por uma Unidade de Saúde da Família.

O caso traçador a ser abordado foi atendido entre junho de 2019 e fevereiro de 2021. A escolha deste caso se deu por sua complexidade: um usuário em situação de crise, bastante frequente na USF, que mobilizou a atenção dos profissionais e suas habilidades de manejo em saúde mental.

Os dados para elaboração deste relato são provenientes dos registros em prontuário, anotações pessoais da residente em seu portfólio e informações que emergiram das reuniões de discussão de caso com equipe de referência, Agente Comunitário de Saúde (ACS), CAPS e diálogo com familiares e rede de apoio social.

Resultados e Discussão

Numa manhã de acolhimento lotado, entre uma perambulação e outra na USF, um homem se destaca no meio ao corredor. Ele tem vários papéis na mão, parece confuso e pede orientação. É difícil compreender sua solicitação. Enquanto isso, surge um burburinho entre os profissionais em tom de desaprovação: “esse tá aqui todo dia atrás dessa panorâmica, a gente cansa de falar, nem adianta perder tempo”. “Pandorâmica, deixe a menina em paz, vá procurar o que fazer”.

Mais tarde, na copa, os comentários surgem: “Pandorâmica estava aqui hoje de novo”. Alguns minutos de conversa com os funcionários revelam que se tratava de um usuário em tratamento

odontológico. Ele necessitava de uma panorâmica para dar continuidade ao seu cuidado. Devido à sua alta frequência na unidade, sempre solicitando a “pandorâmica” (forma como o usuário se referia ao exame), este se tornou seu apelido entre os profissionais.

Dias depois, em reunião com a equipe NASF, foi discutida a presença constante do usuário e a necessidade de uma escuta ativa a fim de entender melhor suas demandas de saúde. Para tanto, foi realizado um atendimento não agendado na primeira oportunidade em que este compareceu à USF. Durante o atendimento, ao identificar o discurso entrecortado, procedeu-se à investigação de sua história de vida. Ele abordou o falecimento do pai, um acidente recente da irmã, experiências de trabalho, o sonho de ser jogador. Sua fala era fragmentada, de difícil compreensão. Por fim, ele questionou: “doutora, será que lá nos Estados Unidos dá pra fazer um transplante de pensamento?” Nesse momento, muitas perguntas surgiram: quem é este usuário e qual sua trajetória no cuidado em saúde? Seu prontuário apenas continha registros dos últimos atendimentos odontológicos.

Com o intuito de desvendar o caso, iniciou-se a busca por informações mais detalhadas. A ACS da microárea onde ele vivia acreditava que era só mais um que “não bate bem”. Em contato com o CAPS 2, é revelado um histórico de atendimentos esporádicos em situações de crise, contudo sem adesão terapêutica. Também havia a suspeita diagnóstica de transtorno de humor bipolar.

Em discussão com a eSF de referência, constatou-se o desconhecimento do histórico do usuário e de sua situação de adoecimento. A dentista, profissional que mais tinha aproximação com o caso, já o havia encaminhado para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). “Não dá pra fazer atendimento dele aqui, precisa de cuidados especiais”, ela afirmava com insistência. Meses depois, confessou que não gostava de atendê-lo por se sentir insegura e com medo, temia “ser atacada” durante o procedimento. Mesmo com o estranhamento e desconfiança, não cogitava de que se tratava de uma pessoa com um sofrimento psíquico não tratado, tampouco percebia a responsabilidade da eSF diante dessa demanda.

Este relato do contato inicial com o caso revela importantes questões a serem observadas quanto ao cuidado à saúde mental na atenção básica. Um usuário que frequentemente estava na USF, pejorativamente denominado hiperutilizador ou poliqueixoso, era, na verdade, um desconhecido.

A ausência de uma escuta sensível que permitisse a compreensão do que realmente motivava as idas frequentes à unidade, culminava na invisibilidade do sofrimento psíquico e, conseqüentemente, na invalidação das queixas e fragmentação do cuidado. Ademais, a impaciência e o desgaste diante das inúmeras solicitações e conflitos que ascendiam em momentos de irritação tornavam a relação difícil.

Assim, ainda que o serviço mantivesse a porta aberta através do acolhimento, erigiu uma barreira. Gomes e Merhy¹⁶ explicam que esta não é uma barreira física ou burocrática, mas relacional

e de conexão afetiva que se origina nesta tensão resultante das demandas que exigem esforço e disponibilidade da equipe frente à querência do usuário.

Este quadro aponta a imprescindibilidade de reconhecer o usuário e suas necessidades de saúde a partir de sua história e seu contexto. Com esta perspectiva, a primeira intervenção foi realizada junto aos profissionais e trabalhadores do serviço ao defender que o usuário fosse chamado por seu nome, que aqui, para fins de garantia do sigilo, será identificado pelo nome fictício, Carlos. Em reunião com eSF, foi realizada discussão do caso a partir do histórico e suspeita diagnóstica relatados pelo CAPS, e informações que os profissionais tinham acesso pelo contato com o usuário.

Inicialmente, o preconceito e a resistência predominaram. A ausência de comportamentos estereotipados fez alguns profissionais questionarem o adoecimento e interpretar tais atitudes como desrespeito e não como sintomatologia da condição de saúde. Portanto, foi necessário abordar algumas temáticas, tais como, a desmistificação da loucura, da agressividade e a orientação quanto ao manejo, na tentativa de assegurar acesso prioritário no acolhimento, conforme preconiza documentos orientadores da atenção básica¹⁷.

Por outro lado, os conflitos que emergiram na relação com o usuário indicavam a existência de um problema. “Lugar de doido é no CAPS” era uma assertiva corriqueira. Apesar das prerrogativas do Ministério da Saúde incorporarem ações de saúde mental à atenção básica desde 2001, no fazer cotidiano, ficava explícita a perspectiva dicotômica mente/corpo¹⁸. Logo, era imperativo defender não apenas o acolhimento, mas a atenção integral ao usuário.

Para isso, foi necessário alertar aos profissionais de que as necessidades em saúde mental não estavam apartadas, tampouco dissociadas das demais necessidades de saúde e, por conseguinte, que as práticas de cuidado ao sofrimento psíquico independem da categoria profissional e do dispositivo de saúde acessado¹⁸.

Diante disso, o apoio matricial se deu no diálogo com os profissionais no sentido de minimizar o desconforto no contato com o usuário, levando-os a enxergar o sujeito que há além dos conflitos e das importunações. Assim, conforme orientações dos cadernos de atenção básica, não era necessário criar ações, mas aprimorar habilidades de manejo e escuta na realização de práticas de cuidado que eles já estavam habituados a ofertar⁹.

Do mesmo modo, a ACS foi incentivada a se envolver no cuidado por meio da investigação de informações sobre Carlos e sua família. Os agentes comunitários possuem uma relevante função nas práticas de cuidado à saúde mental. O duplo papel, de ser parte da comunidade e, ao mesmo tempo, representante sanitário, confere a estes profissionais uma potência terapêutica^{19,8}.

Por seu vínculo com a comunidade, os ACS podem auxiliar na implicação da família no cuidado, mediar conflitos relacionados ao sofrimento psíquico, orientar quanto ao uso de medicações e aos dispositivos de cuidado e assistência na rede e no território²⁰. Lancetti¹⁹ ainda afirma que ACS capacitados têm a potencialidade de atuar no manejo de crises. Contudo, estudos revelam que a maioria destes profissionais se sente despreparada para lidar com usuários com sofrimento psíquico grave ou com a agudização dos sintomas^{20,21}.

Nesse processo de apropriação do caso, a equipe levantou as necessidades de saúde e reconheceu o usuário como parte de sua responsabilidade sanitária. Entretanto, mesmo com acolhimento e acesso, Carlos tinha dificuldade com consultas agendadas, não comparecia no horário e, por vezes, faltava. Comumente, buscava atendimento por demanda espontânea.

Com o tempo, foi possível perceber os seus ciclos. Alguns dias com frequência quase diária, inúmeras solicitações e discurso repetitivo, seguidos por uma semana mais calado, comedido e, posteriormente, semanas ausente. Foi num desses períodos de ausência que foi realizada a visita domiciliar, uma ferramenta de cuidado importante que permitiria acessar o usuário no seu dia a dia, conhecer a dinâmica familiar, além de estreitar o vínculo¹².

Durante a visita, Carlos foi encontrado num quadro catatônico, ainda desconhecido. Ele não falava, não interagia, não esboçava reações e, segundo os familiares, apenas realizava atividades essenciais, tais como: comer, dormir e tomar banho. Foi nesse contexto que o sofrimento e a gravidade do quadro se tornaram mais evidentes.

Os familiares informaram que os surtos eram muito frequentes e pouco espaçados. Foi possível estabelecer relação entre as faltas aos atendimentos e os períodos de crise. Assim, ficou perceptível que a clínica tradicional, no seu lugar comum, com agendamento, era insuficiente. Tornou-se necessário exercer a clínica peripatética, conforme proposta por Lancetti¹⁹, uma clínica que se produz em movimento, no território, fora do conforto do consultório e da agenda. Ao invés de esperar para ser consultado, era indispensável ir até o usuário para ofertar cuidado.

A escuta sensível e a empatia deslocaram os profissionais de saúde para um outro lugar, o do vínculo. Tal construto possui uma multiplicidade de significações, seja como tecnologia, ferramenta, instrumento ou como a caracterização da tecnologia leve em si²². Nesta experiência, o vínculo é compreendido como relação de afeto entre trabalhador e usuário que é construída na interação que se desenvolve entre estes, de maneira muito particular, a cada momento²³. Dessa forma, o vínculo foi utilizado em sua dimensão terapêutica, não apenas para adesão ou acesso, mas, sobretudo, devido à sua importância para o indivíduo com sofrimento psíquico grave, visto que estas pessoas possuem uma rede social diminuída²⁴.

Com este intuito, houve um esforço para eliminar o distanciamento profissional-paciente. Ao desfocar a atenção dos sintomas e permitir uma relação mais próxima com o usuário, foram abordadas questões do cotidiano, a fim de descobrir interesses. Todas as vezes em que Carlos acessava a unidade, mesmo com a agenda cheia, algum profissional disponibilizava alguns minutos para conversar sobre trivialidades, apostando na construção do vínculo.

A partir dessa proposta, constatou-se que o futebol era um tema importante na vida de Carlos. Desde a infância, tinha o sonho de ser jogador. Quando adolescente foi convidado por um olheiro para fazer um teste num time profissional, mas tudo não passou de um golpe. Segundo familiares, as crises começaram após essa frustração. Nos dias subsequentes, ele não comia, não dormia, começou a ter dificuldade para realizar atividades diárias.

A mãe confessou que na época não sabia o que era, nem o que fazer. Desde então, de tempos em tempos, Carlos descompensava. A situação se agravou muito com o falecimento do pai, cinco anos antes, em decorrência de uma doença não tratada.

Entre uma crise e outra, Carlos foi convidado a participar da realização de uma atividade do Novembro Azul: um torneio de futebol e dominó em uma praça próxima à USF. Ele participou do planejamento e execução da atividade, convidou amigos, sentiu-se parte da equipe. Com este evento, ficou nítido que o seu cuidado não estava restrito mais aos profissionais de referência, mas se estendia a toda unidade. Da recepção à higienização, todas as pessoas se relacionavam de alguma forma com Carlos.

Entretanto, é importante salientar que, mesmo com o vínculo, em algumas situações de disputa e tensão, o preconceito e as concepções manicomiais afluíam. Nestes momentos, era imprescindível conversar individualmente com os trabalhadores sobre as dificuldades do manejo com Carlos e as melhores estratégias de intervenção diante das situações que ocorriam.

O matriciamento acontecia, portanto, no cotidiano das relações, diante de falas ou posturas equivocadas. Dessa forma, entendendo o processo pedagógico e de aprendizagem que se dá no espaço do trabalho vivo²², na micropolítica do fazer cotidiano, era possível analisar práticas individuais e coletivas e reinventá-las com o intuito de tornar a produção de cuidado mais efetiva, sobretudo para o usuário²⁵.

Com a aproximação, as dificuldades de Carlos se tornaram mais explícitas para a equipe, que passou a adequar sua atuação para minimizar alguns problemas. As marcações de consultas ou exames via regulação, por exemplo, tiveram um fluxo adaptado. A própria equipe solicitava a marcação e já entregava ao usuário a data e o horário de atendimento, tendo o cuidado de lembrá-lo do agendamento sempre que possível. Também se tornou consenso de que um procedimento invasivo,

como as extrações dentárias, seria melhor manejado por profissionais conhecidos. Logo, o tratamento odontológico aconteceu na própria USF.

A literatura aponta que o suporte social é um elemento preponderante para a reabilitação psicossocial e um fator de proteção ao adoecimento psíquico²⁶. Carlos possuía uma rede extensa de amigos no bairro e contatos políticos da época em que trabalhou pela prefeitura. Ele jogava futebol aos finais de semana e frequentava a mesma igreja há muitos anos. No período das eleições, conseguiu trabalhos temporários e estava convicto que, após a conclusão do tratamento odontológico, conseguiria um trabalho. Quer se concretizasse, ou não, Carlos, diferente de outras pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente, conseguia manter uma rede de suporte social que o atendia em diversas situações. Um fator relevante neste caso é a ausência de internações psiquiátricas, já que a reclusão afeta diretamente a interação social durante e após a hospitalização²⁶.

A família, por sua vez, ainda que fosse próxima territorialmente, mantinha-se distante. Carlos vivia com a mãe, uma irmã e três sobrinhos pequenos. Sua casa estava localizada a poucos metros da USF, porém sua mãe sequer tinha prontuário. Outros familiares, que residiam na mesma rua, transitavam na unidade, sem que os profissionais soubessem a relação destes com o usuário.

Diante da perspectiva da reforma psiquiátrica, a família assume papel importante como parceira dos serviços de saúde e um dos principais espaços de provimento de cuidado⁹. Sua implicação é, portanto, essencial para adesão terapêutica, tanto medicamentosa quanto psicossocial, ao inseri-la nas atividades comunitárias²⁰.

Os desafios do convívio e cuidado com o sofrimento psíquico, contudo, tendem a gerar intenso desgaste emocional nos familiares^{26,9}. A mãe de Carlos, sua principal cuidadora, estava sob influência de fatores estressores: o luto pela perda inesperada do companheiro; vulnerabilidade socioeconômica acentuada decorrente dessa perda; e sobrecarga com o cuidado de três netos, filhos de uma filha também com suspeita de alguma alteração psíquica. Seu acesso à USF se dava apenas para o cuidado de terceiros e não de si mesma. Quanto aos irmãos, alguns possuíam relação conflituosa com Carlos e os demais eram evasivos e desinteressados, como se não houvesse mais nada a fazer.

É função das equipes de saúde prover cuidado e suporte à família de pessoas com sofrimento mental grave¹². Isso se dá por meio de acolhimento de demandas e dificuldades no convívio com o sofrimento psíquico, auxílio na gestão da vida cotidiana, orientação e corresponsabilização^{26,9}.

Apesar das tentativas de aproximação com a família por meio de visitas e oferta de atendimentos, houve pouco avanço nessa direção. É provável que as estratégias utilizadas não fossem as mais adequadas à realidade da família de Carlos, ou ainda, que tenha faltado o devido aproveitamento dos vínculos estabelecidos com familiares em outras circunstâncias, para aproximá-

los do processo de cuidado que estava sendo construído. Tal situação se tornou um entrave no desenvolvimento do caso. Por mais que Carlos tivesse autonomia, mantivesse o autocuidado, as atividades de vida diária e estivesse bem vinculado à equipe, havia dificuldades na adesão terapêutica e na administração dos medicamentos.

Diante da periodicidade da residência, no final do primeiro ano, o usuário foi informado sobre a chegada de novos residentes que dariam continuidade ao cuidado. O preparo e a cautela eram imprescindíveis nesse momento de transição. Foram realizados atendimentos compartilhados com a nova equipe a fim de garantir a transferência do vínculo.

Todavia, a emergência da pandemia da COVID 19 afetou a continuidade do cuidado. A USF ficou fechada por três meses e os profissionais foram remanejados para outros serviços. Neste período, Carlos passou a perambular com frequência em outras unidades, buscando os profissionais a que estava vinculado. Mesmo com o prédio fechado, ele ficava na frente da USF de referência como quem espera o retorno.

Estudos afirmam que a pandemia do COVID-19 acentuou quadros de transtornos mentais pré-existent²⁷, defendendo a importância da continuidade da assistência diante desse contexto²⁸. Assim, foram idealizadas estratégias de produção de cuidado a fim de manter o vínculo, mesmo diante da necessidade de distanciamento social. Contudo, havia limitações com o acesso a tecnologias de comunicação e internet. A alternativa foi a realização de videochamadas intermediadas por profissionais que estavam em serviço, utilizando dispositivos eletrônicos de uso pessoal. Apesar das dificuldades, estes rearranjos foram importantes para que outros profissionais da USF se percebessem como responsáveis pelo caso e prestassem assistência o quanto fosse possível.

Frente a estes desafios, e na tentativa de garantir a continuidade do cuidado, percebeu-se a necessidade de mediar a aproximação de Carlos ao CAPS. Ele já conhecia o serviço, mas não se reconhecia como usuário deste. Seu acesso se dava em ocasiões de agitação que precediam as crises depressivas. Ele comparecia ao acolhimento, agendava atendimento, contudo, antes do dia agendado, entrava num episódio de catatonia e perdia a consulta. Ao longo de um ano, estes fatos se repetiram com frequência. Com isso, foi realizado o acompanhamento de Carlos em suas idas ao serviço especializado. A intenção era compartilhar o vínculo e ampliar sua rede de cuidados, de modo que ele tivesse mais opções de acesso ao cuidado em saúde mental e, conseqüentemente, menos chances de ficar desassistido.

Considerações finais

O caso de Carlos demonstra potencialidades e limitações no manejo da Saúde Mental na Atenção Básica. Como se tratava de um usuário assíduo, demandava muita atenção da equipe, num contexto de uma USF com instalações precárias e muita demanda reprimida. Devido à sua complexidade, buscou-se estratégias de cuidado que abordssem o contexto de sofrimento para além dos sintomas.

Entretanto, as dificuldades no desdobramento do caso revelaram o desafio da operacionalização da clínica ampliada dentro da organização tradicional do processo de trabalho em saúde. Analisando em retrospectiva, é possível que a ênfase na adesão terapêutica medicamentosa tenha sido um ponto crítico na condução deste, visto que havia dificuldades de autoadministração, recorrência das crises e resistência na vinculação com o CAPS. Possivelmente, a insistência na abordagem familiar e a corresponsabilização do cuidado poderiam proporcionar resultados mais efetivos no acompanhamento.

Ainda com todos estes desafios, foi realizado um trabalho interprofissional em saúde pautado no acolhimento, vínculo e empatia, que permitiu aos residentes o desenvolvimento de competências colaborativas para o cuidado integral. Também foi possível experienciar diversas estratégias de produção do cuidado, tais como: interconsultas, matriciamento, consultas compartilhadas, visitas domiciliares, educação permanente e articulação de rede.

Vale ressaltar que muitas contribuições no desenvolvimento desta experiência foram viabilizadas pela proposta do programa de residência. Neste, havia o estímulo a uma postura crítica e reflexiva a respeito do fazer cotidiano, entendendo que o aprendizado se dá no trabalho vivo em ato e que não há separação entre a formação e produção de conhecimento e o trabalho em saúde. Além disso, havia uma agenda protegida para momentos de discussão que permitia uma interlocução de saberes na compreensão do caso e incentivava o protagonismo ao longo do percurso de aprendizagem.

A despeito disso, os residentes estavam expostos às mesmas dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde do SUS, no cotidiano de suas práticas. Dentre elas, o panorama político e socioeconômico de fragilização das políticas públicas de saúde¹ que promoveram o fortalecimento da lógica manicomial e extinção das equipes NASF do município no ano de 2020. Toda esta conjuntura constituiu um cenário de retrocessos frente ao esforço aqui apresentado.

¹ Em fevereiro de 2019, a Nota técnica Nº 11/2019 delineou as novas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental que reforçou a lógica manicomial ao incentivar a abertura de leitos psiquiátricos em hospitais e comunidades terapêuticas. Em novembro do mesmo ano, a aprovação da Portaria 2.979, alterou o financiamento da Atenção Básica e cancelou o repasse de recursos federais para o NASF, culminando na extinção das equipes do município no ano de 2020.

Neste contexto de disputas, faz-se necessário rememorar os movimentos que levaram à constituição das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Este tempo revela que tais conquistas não estão dadas nem concretizadas. Pelo contrário, são resultantes de lutas diárias travadas da assistência à gestão, por usuários, profissionais e/ou gestores, através do controle social. Carlos é apenas um dentre vários usuários que faz lembrar a importância da defesa da abordagem psicossocial e humanizada, a qual possibilita a promoção da autonomia e cidadania das pessoas em sofrimento psíquico.

Referências

1. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p.141-168.
2. Guimarães J, Sampaio J. Inovação na gestão em saúde mental: incorporação de tecnologias e (re)invenção nos centros de atenção psicossocial. Fortaleza: EdUECE; 2016.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [citado em 2020 out. 08]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
4. Acioli Neto M, Amarante P. O Acompanhamento Terapêutico como estratégia de cuidado na Atenção Psicossocial. *Psicol Cienc Profissao*. 2013;33(4):964-75. doi: <https://doi.org/10.1590/S141498932013000400014>.
5. Alverga AR, Dimenstein M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(20):299-316. doi: <https://doi.org/10.1590/S141432832006000200003>.
6. Pitiá ACA, Furegato ARF. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. *Interface*. 2009;13(30):67-77. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000300007>.
7. Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface*. 2015;19(55):1121-32. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>.
8. Amaral CEM, Torrenté MON, Torrenté M, Moreira, CM. Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. *Interface*. 2018;22(66):801-12. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0473>.
9. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Caderno de Atenção Básica, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde; 2013
10. Moliner J, Lopes S. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saude Soc*. 2013,22(4):1072-83. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400010>.
11. Lima TL, Alves ES. As interfaces da saúde mental na atenção básica. *Humanae*. 2020;14(1).
12. Chiaverini DH (Org.), et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
13. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Caderno de Atenção Básica, n. 39. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
14. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [citado em 2021 jan. 30] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

15. Daltro MR, Faria AA. Relato de experiência: uma narrativa científica da pós-modernidade. *Estud Pesq Psicol*. 2019;19(1):223-37.
16. Gomes MPC, Merhy EE, organizadores. *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
17. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à Demanda Espontânea. Caderno de Atenção Básica, n. 28. v. 2* Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
18. Silva G, Iglesias A, Dalbello-Araujo M, Badaró-Moreira MI. Práticas de cuidado integral às pessoas em sofrimento mental na Atenção Básica. *Psicol Cienc Profissao*. 2017;37(2):404-17. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001452015>.
19. Lancetti A. *Clínica Peripatética*. 6ª ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2011.
20. Santos GA, Nunes MO. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários em saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? *Physis Rev Saude Colet*. 2014;24:105-25. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100007>.
21. Nunes MO, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad Saude Publica*. 2007;23(10):2375-84. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000012>.
22. Merhy, EE. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002
23. Barbosa MIS, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis Rev Saude Colet*. 2017;27(4):1003-22. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400008>.
24. Gondim, MFN. *Os sentidos dos vínculos na crise psíquica grave*. 2007. [tese] Brasília: Universidade de Brasília; 2007. 322 p.
25. Feuerwerker L. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
26. Salles MM, Barros S. Relações do cotidiano: a pessoa com transtorno mental e sua rede de suporte social. *Physis Ver Saude Colet*. 2011;21(2):561-79. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000200012>.
27. Pereira MD, Oliveira LCD, Costa CFT, Bezerra CMO, Pereira MD, Santos CKA, et al. A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. *Resear Soc Develop*. 2020;9(7). doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4548>.
28. Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde - Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações aos psicólogos para o atendimento online*. Brasília; 2020.

Como citar: Souza KON, Oliveira GM, Gomes ESS. O sofrimento mental grave na Saúde da Família: uma experiência de apoio matricial na qualificação do cuidado integral. *Rev Saude Redes*. 2023;9(3):4204. doi: 10.18310/2446-4813.2023v9n3.4204.

Submissão: 16/05/2023

Aceite: 17/10/2023