

**ARTIGO REVISÃO****A importância dos atributos: acolhimento, vínculo e longitudinalidade na construção da função de referência em saúde mental na atenção primária à saúde****The importance of the attributes: hosting, bond and longitudinality at the construction of the function of reference in mental health in primary health care**Willy Moreira Batista Simões¹, Max Silva Moreira²**RESUMO**

Atualmente a Estratégia Saúde da Família possibilita o atendimento e acompanhamento da pessoa com sofrimento mental na comunidade em que está inserido. Neste estudo foi realizada revisão bibliográfica com o intuito de discutir a potencialidade da Estratégia Saúde da Família no tratamento, inserção social e promoção da cidadania da pessoa com sofrimento mental. O objetivo foi enfatizar o acolhimento, o vínculo, a referência e a longitudinalidade como recursos para atenção integral à pessoa com sofrimento mental na Atenção Primária à Saúde.

Descritores: Acolhimento. Serviços de Saúde Mental. Saúde da Família. Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde.

¹Enfermeiro, Especialista em Saúde Mental pela PUC - Minas. Professor substituto da disciplina Enfermagem Psiquiátrica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. Email: willysimoes@hotmail.com.

²Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte (MG), Brasil. Email: maxsm@uol.com.br.

ABSTRACT

Currently the Family Health Strategy enables the monitoring of people with mental distress in the community it serves. In this study we reviewed the literature in order to discuss the potential of Family Health Strategy in the treatment, social inclusion and citizenship of people with mental distress. The objective was to emphasize the host, the bond, the references and longitudinality as resources for comprehensive care to people with mental distress in Primary Health Care.

Descriptors: User Embrace. Mental Health Services. Family Health. Mental Health. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Desde a década de 70, a Reforma Psiquiátrica vem se consolidando dinamicamente através dos princípios da desinstitucionalização e da reintegração psicossocial da pessoa com sofrimento mental. Dentre seus atuais norteadores, destacamos: a efetivação de uma clínica que respeita a singularidade; a crítica em relação ao tecnicismo dos profissionais; a proposta de implantação de redes substitutivas ao hospital psiquiátrico; a promoção da cidadania; a intersectorialidade e a superação do hospital psiquiátrico¹.

A reforma propõe a mudança do tratamento asilar e excludente para uma clínica onde o objeto de tratamento deixou de ser a doença e passou a ser a existência – o sofrimento do indivíduo e sua relação com o corpo social. Logo, a singularidade e as novas formas de invenção da saúde, assim como a mudança na visão social do paciente são estratégias basilares na terapêutica da pessoa com sofrimento mental, onde a cura não é mais a ênfase do tratamento².

Dessa forma, torna-se então imprescindível a reestruturação dos serviços a partir do território, uma vez que a reinserção social e desmonte do aparato asilar só se tornarão eficazes com as

pessoas com sofrimento mental circulando na comunidade. A política em saúde mental começa a pensar na assistência psiquiátrica, a partir do desenvolvimento de serviços integrados conforme a lógica do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Entre as suas diretrizes e princípios, destaca-se a descentralização do atendimento, o foco na família e na comunidade, o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, tratamento e reinserção social. A lógica do serviço enfatiza os dispositivos comunitários, visando ao tratamento precoce, contínuo e eficiente, favorecendo a assistência integral³. O dito louco passa a habitar a cidade, circular entre os dispositivos e espaços sociais no cotidiano do seu tratamento. Esse movimento é resultado de transformações políticas, culturais, jurídicas e históricas, arquitetados por diferentes órgãos e entidades em prol da cidadania e inclusão social⁴.

Com o intuito de organizar as redes de atenção psicossocial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) inclui a Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo articulador do tratamento e organização das ações em saúde mental no contexto comunitário⁵. Devido a tal movimento, aconteceu no ano de 2001, em âmbito nacional, a Oficina de Trabalho para a Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na

APS. A partir desta oficina oficializa-se a inclusão das ações de saúde mental nesse modelo assistencial⁴.

As ações de saúde propostas pela ESF efetivam-se em consonância com os pressupostos da política de saúde mental vigente. Além disso, devido à sua abrangência na comunidade, a ESF torna-se ferramenta eficaz no tratamento e continuidade da assistência à saúde da pessoa com sofrimento mental. Ambas as áreas preconizam a atenção integral através do acolhimento, vínculo, referência e longitudinalidade da assistência como concepções de intervenção na clínica.

Nesse contexto, é necessário refletir acerca dos conceitos acolhimento, vínculo, referência e longitudinalidade no atendimento a pessoa com sofrimento mental no trabalho da ESF. De igual maneira, explorar esses recursos terapêuticos, entrelaçados em um Projeto Terapêutico Singular (PTS) é imprescindível para o tratamento da pessoa com sofrimento mental na APS. Assim é possível propor atendimento integral com ampliação do acesso e continuidade da assistência, reafirmando os princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

A ESF NO ATENDIMENTO A PESSOA COM SOFRIMENTO MENTAL

A política nacional de atenção primária à saúde revela que as equipes de saúde da família têm enfrentado demandas relacionadas à dependência química, depressão e violência doméstica, de alta prevalência na população em geral⁶. É imprescindível a necessidade de intervenção das equipes nas questões pertinentes à saúde mental da comunidade. Devido à proximidade com as famílias e as comunidades, a ESF se constitui num recurso indispensável para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento mental. Cerca de 9% da população brasileira apresentam transtornos mentais leves, e de 6 a 8% apresentam transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, pelos quais as equipes de saúde da família devem responsabilizar-se. Outro trabalho mostra que 56% das equipes de saúde da família investigadas referem realizar alguma ação de saúde mental na sua unidade⁷.

Além disso, dentre as metas a serem alcançadas pela ESF, destaca-se a conscientização da população de que saúde é um direito do cidadão e um alicerce para qualidade de vida. O que reforça a necessidade de atuar na lógica da desinstitucionalização com ênfase no acolhimento, vínculo, referência e longitudinalidade das ações. Assim é possível fazer um trabalho em conjunto entre comunidade e ESF, incorporando

ações de promoção e educação para saúde na perspectiva da melhoria das condições de vida da população⁸. De acordo com Reinaldo (2008), algumas características foram atribuídas à prática da saúde mental na APS, destacando a formação de uma rede de suporte e cuidados onde o paciente tenha governabilidade no seu tratamento e nos processos de trabalho da equipe, além de agregar profissionais com diferentes formações, utilizando novas estratégias de abordagem em saúde³.

Reforçando a relevância da ESF nas ações de saúde mental, a Lei nº 10.216/2001 que garante a proteção e os direitos da pessoa com sofrimento mental, vem preconizar atendimento preferencialmente em nível comunitário e junto à família, enfocando a melhoria da qualidade de vida, que tem implícita a promoção da saúde mental e o acompanhamento de pacientes e de sua família na APS¹. Os alicerces das ações pautadas na ESF são: a conversação clínica, a construção do caso e o trabalho em equipe, a intersetorialidade, a possibilidade do atendimento domiciliar, o acolhimento, o vínculo, a constituição da referência e a assistência continuada. Nesse contexto, é possível promover oficinas de expressão, aconselhamentos, trabalhos grupais, diálogos, valorizar os recursos de auto-ajuda e de ajuda mútua, ampliar os referenciais de escuta e do

atendimento não diretivo, bem como desenvolver seu poder criativo em todas as direções, não se restringindo à monotonia de um trabalho meramente instrumental⁹. Esses atos contrapõem os trabalhos realizados em hospitais psiquiátricos e são fundamentais para redução das internações psiquiátricas, além de proporcionarem a construção de um projeto terapêutico baseado na singularidade.

Alguns trabalhos são unânimes em afirmar que a ESF fortalece o processo de mudança do modelo médico-privatista para a construção de um novo modelo, na medida em que promove à ampliação da participação e controle social. Além disso promove o resgate da relação dos profissionais de saúde e usuários do SUS, a oportunidade de diminuição do abuso de alta tecnologia na atenção em saúde, assim como o fortalecimento da importância da escuta, do vínculo e do acolhimento¹⁰.

Pereira & Vianna (2009), afirmam que a ESF apresenta alta resolutividade ao atendimento de quadros de sofrimento mental, tais como: reação aguda ao estresse (quadros reativos a situações de vida desfavoráveis: luto, perda de emprego, imigração, violência); depressão e ansiedade sem risco de vida ou perda grave de autonomia; somatizações, transtorno dissociativo e conversivo sem alteração grave da personalidade; abuso de álcool e outras drogas; tabagismo; insônia

sem doença psiquiátrica; retardo mental, demência e epilepsia sem distúrbio grave do comportamento; pacientes psicóticos estabilizados de baixa complexidade de manejo farmacológico; identificação precoce de doenças da infância e adolescência e orientação para as escolas e família¹¹.

A abrangência territorial pré-definida pela ESF na atenção domiciliar, principalmente executada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), é um recurso muito rico na abordagem desses problemas, já que o tratamento exige monitoramento contínuo, cuidadoso e criativo no sentido de inserir o paciente na sua comunidade¹¹. Com os trabalhos de Modesto & Santos (2007), constatou-se a importância da atuação dos ACS na detecção precoce dos casos de sofrimento mental, encaminhando para a psiquiatria e integrando os projetos terapêuticos¹².

Na ESF, o acolhimento, o vínculo, a construção da referência instituída no técnico e a longitudinalidade da assistência são imprescindíveis para nortear o PTS. Essa estratégia deve orientar todos os profissionais envolvidos no acompanhamento do paciente, possibilitando um compartilhamento de responsabilidade na equipe. Assim, não apenas o técnico de referência é responsável pela execução dos cuidados à pessoa com sofrimento mental. Se o

técnico estiver de férias ou ausente na unidade, o paciente não ficará sem a continuidade da assistência, uma vez que o PTS será trabalhado em conjunto com toda a equipe. Ademais, o projeto propicia a participação do paciente no seu tratamento, na construção de laços sociais e na retomada da cidadania. O PTS deve ofertar ao paciente atendimento individual, a tomada de decisão quanto à definição da frequência aos serviços de saúde e os encaminhamentos necessários a sua especificidade¹.

Para Cunha (2007), o PTS na APS é desenvolvido em quatro momentos, sendo eles, o diagnóstico (a equipe deverá avaliar o paciente de maneira integral e holística), a definição de metas (sugerir propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o paciente pelo profissional que tiver melhor vínculo com o mesmo), a divisão de responsabilidades (é notória a necessidade de definir as tarefas de cada membro da equipe com clareza) e a reavaliação (momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo ao tratamento)¹³.

Portanto, elaborar um plano terapêutico desarticulado da estratégia do PTS corre-se o risco de provocar no paciente o isolamento social, a segregação e o rompimento com o contexto da vida comunitária. A APS não pode servir de

ambulatório para a pessoa com sofrimento mental, assim como se constituir num serviço para triagem e encaminhamento do paciente, fazendo disso um grande potencial para efeito adverso ao tratamento proposto. Na APS, o trabalho em equipe e a construção do caso baseado na singularidade evita a alienação do paciente como objeto do tratamento científico. Assim o paciente não se aliena ao tratamento hospitalar, podendo dividir seus desejos e anseios em prol de sua autonomia e da atenção terapêutica. Através do vínculo e da longitudinalidade, é possível evitar internações desnecessárias e uso inadequado de medicações, uma vez que o paciente poderá procurar a ESF sempre que se sentir inseguro quanto ao seu tratamento. Além disso, o acompanhamento dos egressos de hospitais psiquiátricos, a orientação aos familiares e os esforços para evitar a medicalização do sofrimento mental possibilitam atenção integral ao paciente a partir do território, reduzindo as internações psiquiátricas desnecessárias e facilitando o atendimento integral à família e ao paciente, com consequente modificação das relações de cuidado e das práticas em saúde^{4,6}.

ACOLHIMENTO, VÍNCULO E LONGITUDINALIDADE: A CONSTRUÇÃO DA REFERÊNCIA NO

TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA APS

Diversos trabalhos demonstram que a criação de condições para atenção em saúde mental na APS vem apresentando bons resultados. Através do compartilhamento de responsabilidades no cuidado, da intervenção através do acolhimento, do vínculo, da referência e da longitudinalidade é possível intervir no atendimento a crise e propor o acompanhamento domiciliar da pessoa com sofrimento mental. Assim é possível a detecção e o tratamento precoce de sintomas psíquicos nos pacientes da comunidade¹².

O acolhimento surge como um recurso terapêutico de atendimento que engrandece a necessidade do resgate da dignidade humana, do atendimento de qualidade, além de constituir um elemento fundamental no processo de trabalho na APS. Ademais, permite o desenvolvimento de maior competência e sensibilidade para reconhecer as reais necessidades e demandas dos pacientes e da comunidade.

Sendo assim, o acolhimento deve ser realizado por todos os funcionários que participam do processo de trabalho na ESF. Não deve ser confundido com o processo de simples triagem do paciente, assim como não deve ter horário pré-estabelecido e nem ser atribuição de

determinada categoria profissional. O paciente que se dirige a uma unidade de saúde é um cidadão que exerce o seu direito de lançar sua demanda ao funcionário público que o atende. O acolhimento é a postura inicial do profissional de acolher, dar seguimento a um PTS e promover a assistência à pessoa com sofrimento mental. Esse paciente não deve ser encaminhado à equipe de saúde mental ou ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) pelo simples fato de trazer uma demanda psíquica ou emocional. Deve ser acolhido juntamente com sua família, se for o caso, no intuito de dar uma resposta adequada a cada demanda, de acordo com a singularidade.

Percebemos a potencialidade do acolhimento em dois casos citados por Lancetti (2001). Fenícia era uma idosa que vivia em prisão domiciliar, sofria maus tratos do neto, foi encontrada pela equipe da ESF em péssimas condições de higiene, emagrecida, em plena atividade delirante alucinatória. Após negociação com o neto, a idosa foi convidada a comparecer a unidade de saúde da família. Lá, recebeu cuidados da equipe e iniciou o tratamento e atenção integral. Membros da equipe mobilizaram os vizinhos e a filha de dona Fenícia no intuito de organizar e reformar a casa da idosa. Posteriormente a idosa estabilizou-se e passou a circular na

comunidade e visitar pessoas que segundo a mesma, não via há anos¹⁴.

Em outra intervenção da equipe, conheceram Fabiana, usuária de crack e cocaína, aidética, emagrecida, descuidada, com medo de morrer, solicitava ajuda para abandonar as drogas e cuidar da saúde. O marido da paciente era usuário de crack, vendera os móveis da casa para sustentar o vício. Tinham uma filha de dez anos de idade que não freqüentava a escola há meses. Outros familiares moravam com o casal e teriam saído de casa devido à situação. Fabiana foi convidada para ir à unidade de saúde da família e foi pactuado que ela seria acolhida pela equipe quando chegasse. A paciente foi até a unidade de saúde, suas demandas foram acolhidas, inicia-se o tratamento e a intervenção da equipe. Passada uma semana, Fabiana vai à casa da agente comunitária de banho tomado, cabelos alinhados, disposta a freqüentar a unidade de saúde, iniciando um período de cuidados e substituição gradativa do crack pela maconha. Posteriormente, a paciente passou a alimentar-se melhor, os familiares voltaram a morar com ela e a filha estava freqüentando a escola de forma assídua¹⁴.

A postura da equipe em acolher os dois casos supracitados fez com que tanto dona Fenícia quanto Fabiana tivessem restabelecida a sua cidadania e melhorado a qualidade de vida.

Etimologicamente, vínculo é um vocábulo de origem latina e significa algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A constituição do vínculo depende de movimentos tanto dos pacientes quanto da equipe¹⁵. O vínculo é um recurso terapêutico que propicia a humanização e cuidado integral no atendimento a pessoa com sofrimento mental. Além disso, o estabelecimento do vínculo entre profissional e pessoa com sofrimento mental traz maior resolutividade às demandas do paciente, reforçando a relação de confiança mútua. Estabelecido o vínculo, há busca compartilhada de soluções para demanda de cada paciente, visando à singularidade no atendimento e à melhoria da qualidade de vida. Assim é possível compreender quais os fatores causam a não adesão ao tratamento e desenvolver a autonomia do paciente no seu cuidado.

O caso Dara, ocorrido no município de Belo Horizonte, retrata a importância do vínculo como recurso terapêutico. Dara, seis anos de idade, é encaminhada pela escola à unidade de saúde da família, com hipótese diagnóstica de autismo. Os professores relatam que a criança sabe ler, no entanto permanece em quadro de mutismo, o que dificulta a avaliação

pedagógica. Descrevem que já tentaram fazer a criança falar a qualquer custo, todavia permanece o silêncio, a criança se joga no chão e começa a rolar. A equipe da escola julga como melhor saída para Dara, o uso de medicação e acompanhamento psiquiátrico, uma vez que a psicoterapia não trazia resultados. Os pais reclamam da atitude da escola em forçar a criança a falar, queixam que os professores insistem em incluir a paciente em uma escola especial. Dara e seus pais passam a ser acompanhados pelo profissional da equipe de saúde da família. Foi realizado pela ESF trabalho juntamente à escola, onde é pontuado que mesmo se ela nada dissesse a escola deveria acolhê-la, pois o trabalho é pela inclusão da paciente. Logo, Dara foi incluída no Projeto Arte e Saúde e participou da Oficina de Artes e Artesanato por seis meses. Está indo a escola, melhorou o contato, gosta de brincar com os amigos, conta que está namorando. Frequentemente a unidade de saúde, relata que vai levar notícias ao profissional que a acolheu. Não foi preciso medicá-la, os pais passaram a frequentar a unidade mesmo na ausência de queixas¹⁶.

O vínculo se efetiva como um recurso terapêutico quando o profissional estabelece uma relação de confiança com Dara, decodifica as expressões manifestadas, respeita a sua singularidade, mostra-se disposto a investir no seu

tratamento, orienta e atende os pais da paciente, além de discutir o caso com a equipe da escola. As equipes devem trabalhar conjuntamente na construção de um PTS, o que facilita a condução do caso e coordenação do cuidado.

Quando o acolhimento e o vínculo se estabelecem de forma efetiva, o profissional ou a unidade de saúde podem tornar-se referência para a pessoa com sofrimento mental. A referência ocorre no âmbito institucional ou na figura do profissional que acolhe o paciente que chega à unidade de saúde. O paciente vai à unidade, procura por determinado funcionário que se tornou referência devido à disponibilidade da acolhida e da condução do caso.

O técnico de referência pode ser o profissional que acolheu o paciente e realizou a entrevista ou ser designado a tal função conforme a organização de cada serviço. Sendo uma referência para pessoa com sofrimento mental, esse profissional deverá acompanhar de perto o paciente e traçar o primeiro esboço do projeto terapêutico, o qual irá focalizar e servir de orientador para o trabalho em equipe durante o tratamento daquele paciente. Deve discutir o projeto com a equipe, aceitar sugestões e propor mudanças conforme a singularidade de cada paciente, articulando a gestão do cuidado e

estruturando as diferentes formas de abordagem e intervenção.

Na ESF, o técnico de referência pode realizar visitas domiciliares, definir qual a frequência a pessoa com sofrimento mental irá ao serviço, realizar contato com a família, garantir os direitos sociais quando houver (aposentadorias, benefícios, afastamentos), sugerir grupos operativos e atividades de convivência, estabelecer novos cuidados e fazer a reavaliação do processo terapêutico. As intervenções são construídas e seus efeitos são avaliados nas reuniões de equipe. A postura ética dos profissionais que conduzem o caso e a disponibilidade para investir na acolhida são essenciais para qualquer PTS.

A longitudinalidade é a relação mútua entre paciente e profissional de saúde, pautado na continuidade de oferta de atenção, sendo uma fonte habitual e regular de cuidado para o paciente e não para doença. Essa relação pessoal ao longo do tempo permanece independente do tipo de problema de saúde ou até mesmo na ausência de uma patologia. A essência do cuidado é o uso da fonte habitual de atenção, na qual é estabelecida e mantida uma relação pessoal. Além disso, a longitudinalidade facilita a observância da medicação prescrita, fator imprescindível à pessoa com sofrimento mental grave¹⁷. A atenção longitudinal à pessoa com sofrimento mental pode ser verificada

quando o paciente identifica uma fonte de atenção como própria para si, havendo a existência de um contrato de atenção orientada para o mesmo.

Nas experiências de Lancetti (2001), é possível perceber no caso Leão, a efetivação da referência estabelecida com a ACS, assim como a longitudinalidade da assistência. Leão, 57 anos, história de várias internações psiquiátricas, morava em dois cômodos isolados, próximo à casa dos pais. Encontrado pela equipe do Qualis/PSF, recebeu visita da agente comunitária e da médica da família para desvendar melhor o caso do paciente. Leão era isolado, não saía de casa, sempre era internado no hospital psiquiátrico com apoio dos pais. A equipe de Lancetti passa a acompanhar o paciente e tenta incluí-lo no grupo de caminhada da unidade de saúde da família. No entanto, resistente, acuado e cabisbaixo, Leão sentia-se excluído devido aos comentários e a postura pouco acolhedora dos vizinhos que participavam da caminhada. A partir dessa situação, a agente comunitária percebe o preconceito dos integrantes do grupo de caminhada e propõe a Leão que faça caminhada juntamente com duas agentes comunitárias em dias alternados da semana. Leão aceita a proposta, mostra-se resistente no início e posteriormente sente-se acolhido, tornando membro atuante no grupo de caminhada. Passa a frequentar a

unidade de saúde da família, participa de passeios promovidos pelo grupo, relaciona com mulheres, faz tratamento odontológico, higieniza-se diariamente, passa perfume, frequenta o grupo de artesanato e tem a agente comunitária como referência para si, indo à unidade de saúde mesmo na ausência de doenças ou desestabilização psíquica. É acolhido independente do horário que chega, tendo assistência de forma longitudinal e integral. Circula na comunidade, faz amigos e tem sua cidadania restabelecida¹⁴.

Esse caso é um exemplo de como o conceito de referência sai do campo institucional e passa a atuar, enquanto função, no tratamento assumido pela ACS com o apoio da equipe. O atendimento a Leão ao longo do tempo pelos profissionais da ESF, o primeiro contato estabelecido pela agente comunitária, o investimento na condução do caso, a coordenação do cuidado e a disponibilidade da unidade em ofertar atenção a esse paciente, representam a potencialidade da referência e o estabelecimento do vínculo, tornando possível o acompanhamento longitudinal.

DESAFIOS NO ATENDIMENTO A PESSOA COM SOFRIMENTO MENTAL NA ESF

No eixo da saúde mental o acolhimento do paciente, não raramente, é realizado na forma de simples triagem e encaminhamento ao CAPS ou as equipes de apoio a ESF. A ESF trabalha as especialidades de forma operacional, padronizada e sistematizada, conforme os protocolos clínicos utilizados. Há uma mitificação a respeito do uso de protocolos, o que tende a provocar um trabalho alienado. Ou seja, como as decisões estão sendo tomadas a priori para situações sempre iguais, não cabe aos trabalhadores refletir e ponderar sobre a conveniência de uma intervenção diferenciada¹³.

O acolhimento e o vínculo podem ser prejudicados devido ao resquício de um sistema de saúde que possui raízes profundas nos modelos hospitalocêntricos, o que representa, portanto, um grande desafio sua superação. Além disso, se não houver a vontade de mudar, por parte dos profissionais, o desejo de fazer um trabalho diferenciado pela equipe, a proposta do acolhimento e o vínculo no trabalho com a pessoa em sofrimento mental na APS será comprometida.

Na literatura, encontramos trabalhos que destacam as fragilidades identificadas ao longo da transposição do atendimento centrado no hospital psiquiátrico para o tratamento focado na comunidade em que se insere o paciente.

Reinaldo (2008) identifica como entrave a fragmentação da atenção ao longo do tempo, a imprecisão dos limites da saúde mental na APS e a dificuldade da integração dos saberes dos profissionais envolvidos³. Nas entrevistas realizadas com profissionais da APS, Vecchia & Martins (2009) destacam como obstáculos a necessidade de um suporte profissional mais específico, a falta de formação na área de saúde mental, os limites e questionamentos quanto ao encaminhamento para a atenção especializada⁶. Campos (2001) aponta para a necessidade de uma clínica que acolha o paciente em situação de crise em todos os níveis do sistema de saúde¹⁸. Assim a equipe encontra dificuldade em acolher, incluir a pessoa com sofrimento mental nas atividades da equipe, responsabilizar-se e criar vínculos com pacientes e famílias¹⁹.

Souza *et al* (2007) indicam como empecilho a não formação específica dos profissionais ou ausência de atualizações na área de saúde mental. Tal situação tornar-se um agravante, bem como dificulta o acompanhamento de mudanças propostas pela reforma psiquiátrica. Sem formação específica, a equipe pode encontrar dificuldades para desenvolver ações nesta área, bem como para acompanhar mudanças propostas nas diretrizes da política vigente.⁸ Contudo, vale refletir a respeito da formação

específica e da cientificação do sofrimento mental. No caso Leão, por exemplo, a agente comunitária não tinha formação específica em saúde mental, o que não a impediu de investir na construção do caso¹⁴. A contribuição do matriciamento realizado pela equipe de apoio a ESF é fundamental para trocas de saberes entre a equipe. Realizar a escuta, dar oportunidade ao paciente para expressar seus sentimentos, mostrá-lo que não está sozinho, recorrer à equipe de matriciamento para construção do caso são estratégias que facilitam o acompanhamento da pessoa com sofrimento mental na APS. Se não houver o desejo de fazer diferente, a disponibilidade para ouvir e a investida na construção do caso a titulação acadêmica de nada resolverá.

Ressaltamos, ainda, como empecilhos a insuficiência de serviços de saúde mental em quantidade e qualidade, a desarticulação da rede de serviços de saúde mental e o desconhecimento da proposta de inclusão da saúde mental no território, a partir da ESF, como estratégia potencial para a efetivação de ações em saúde mental na APS⁴.

Outro impasse é a necessidade de rompimento das barreiras existentes entre o CAPS e a ESF, o que dificulta a sincronia, o acompanhamento, a discussão de casos e a capacitação dos profissionais

da APS. É necessária a construção de projetos terapêuticos estabelecidos no diálogo entre equipes, profissionais e pacientes, respeitando a subjetividade e a direção do tratamento singular¹⁹. Um dos fatores que interferem na qualidade do atendimento é a incapacidade dos profissionais de diagnosticarem corretamente e acompanharem as pessoas com sofrimento mental na área de abrangência. A presença de sofrimento mental nos pacientes atendidos na rede de APS costuma passar despercebida, apesar de sua alta prevalência²⁰.

A construção da referência e a longitudinalidade da assistência podem ser prejudicadas devido à alta rotatividade de profissionais nas unidades de saúde, além da baixa qualidade do registro de informação no prontuário. Ademais, a contratação no setor público, raramente é estruturada a partir do perfil profissional para desempenhar a função e trabalhar na área desejada.

Outro desafio a ser superado é fazer com que o trabalho na ESF seja entendido a partir da função exercida pela pessoa que acolhe o paciente. Entender que o atendimento a pessoa com sofrimento mental é uma relação pautada pela escuta e pelo desejo de acolher, recursos esses imprescindíveis ao tratamento.

PERSPECTIVAS NO ATENDIMENTO A PESSOA COM SOFRIMENTO MENTAL NA ESF

Por outro lado, experiências de matriciamento em saúde mental a partir da APS têm demonstrado viabilidade e resultados positivos, tanto para o paciente, os familiares e os trabalhadores, quanto para o próprio sistema de saúde, que reduz gastos com atendimentos especializados e internações desnecessárias⁴.

O apoio matricial ou matriciamento constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações primárias de saúde para a população. Profissionais externos à equipe compartilham casos e discutem propostas de intervenção com as equipes de saúde da família. Podem ser trabalhadores dos CAPS, de equipes volantes ou ligados ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Com isso, se produz co-responsabilização, promoção de ações conjuntas nas famílias e na comunidade. Assim é possível excluir a lógica do encaminhamento, facilitar o acolhimento e o vínculo, aumentando a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe. Além disso, há o estímulo a interdisciplinaridade e a

aquisição de novas competências para a atuação em saúde¹¹.

Essa metodologia é fundamental, porém devem-se considerar os aspectos particulares de cada realidade, ao invés de buscar generalizações⁴. Neste sentido, o apoio matricial da saúde mental é potente para propiciar maior consistência às intervenções em saúde em geral e em saúde mental em particular. No trabalho realizado no município de Sobral por Tófoli & Fortes (2007), foi possível perceber que o matriciamento em saúde mental trouxe integração da saúde mental com a ESF. Através disso, os profissionais auxiliam a ESF na discussão de casos e na tomada de decisão de fluxos e encaminhamentos quando necessários. Tanto a ESF quanto os pacientes e familiares foram acolhidos e sentem-se seguros com o apoio do matriciamento em saúde mental²¹. A partir de discussões clínicas conjuntas com as equipes, é possível qualificá-las para uma atenção ampliada em saúde mental, favorecendo o acolhimento, o vínculo, a referência e a longitudinalidade da assistência⁷. Espera-se, no futuro, que parcela significativa do matriciamento em saúde mental seja realizada por profissionais de saúde mental, ligados ao NASF¹¹. Os casos citados da dona Fenícia e Fabiana elucidam a articulação do trabalho em

conjunto, da equipe de saúde mental em

matriciamento com a equipe da ESF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo apurou que conceitos referenciados como atributos para organização da APS, a saber, o acolhimento, o vínculo, a referência e a longitudinalidade, são também recursos capazes de modificar o processo de trabalho nesse nível de atenção e de conferir qualidade assistencial às pessoas com sofrimento mental. Esses recursos entrelaçados no PTS, desenvolvido em equipe, comprovam a possibilidade de realizar o atendimento integral e acompanhamento da pessoa com sofrimento mental na APS.

Acolher a pessoa com sofrimento mental na ESF requer atenção voltada ao paciente e sua família e não à enfermidade. Neste sentido, torna-se clara a necessidade de um trabalho prévio com as equipes, para que as mudanças conceituais e posturais possam realmente se efetivar, garantindo a reflexão sobre sua responsabilidade com ampliação do acesso, humanização das relações, criação de vínculos e satisfação profissional.

Nos exemplos citados, vimos as possibilidades de intervenção da ESF nas questões pertinentes a saúde mental. O

acolhimento leva em consideração a inserção do paciente no contexto e na dinâmica de toda a família. A atenção contínua e cuidadosa pela formação e consolidação do vínculo favorece a autonomia e melhora a qualidade de vida do paciente ao mesmo tempo em que a referência ao profissional não necessita ser totalmente abandonada ou desfeita. Nesse sentido, lembramos que a longitudinalidade na APS é pautada na continuidade de oferta de atenção.

Na vida cotidiana temos vários exemplos espontâneos, sobre como a noção de referência é importante e corriqueira nas relações entre as pessoas, e, como, a partir dela, se formam os vínculos. As relações colhidas nas rotinas da vida comunitária são exemplos, onde as pessoas se conhecem e na troca ou na prestação de serviços se referenciam: o padeiro, o pedreiro, o electricista. Estas relações se reproduzem naturalmente na demanda e se estendem como um movimento das pessoas em direção aos profissionais e aos serviços de saúde.

Quando o profissional vira referência para a pessoa com sofrimento mental a continuidade do tratamento e a coordenação do cuidado acontecem de forma mais efetiva. Assim como no

cotidiano, a pessoa em sofrimento mental buscará ajuda no profissional que o acolheu de forma humanizada e tornou-se referência para ele. É necessário deslocar a referência institucional para a referência na pessoa do técnico. O saber científico a priori não garante a eficácia no tratamento se o discurso do paciente, se o acolhimento forem secundários. Viganó (2002) afirma que a pessoa com sofrimento mental precisa de um ponto de referência, um muro vivo para barrar o assédio do outro, do delírio. O psicótico precisa dessa referência, pois a vida social é perigosa, é persecutória e o muro vivo o defende disso.²² Neste sentido, a constituição da referência na ESF terá esse papel fundamental de mostrar ao psicótico que ele não está sozinho, que ele pode contar com o profissional de referência e este, por sua vez, deve valorizar o diálogo na equipe, aceitar sugestões e propor mudanças para tratar das questões surgidas nos atendimentos.

REFERÊNCIAS

1. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em saúde mental. Linha guia da saúde mental. 2^a ed. Belo Horizonte: SES; 2007.

Logo, tendo como referencial o território, o habitat, reconhecendo a família e a pessoa com sofrimento mental, este trabalho mostra que a ESF tem a capacidade de propor uma assistência de qualidade conforme os pressupostos da reforma psiquiátrica. Através do acolhimento, do vínculo, da função de referência e da longitudinalidade da assistência à pessoa com sofrimento mental é possível reduzir o número de atendimentos ambulatoriais em CAPS e frear o ciclo de re-internação do paciente. Isso diminui custos para o estado e municípios e propõe cidadania e acompanhamento sistemático ao paciente. A visita domiciliar, o reconhecimento do território, a presença constante do ACS na comunidade faz com que sejam percebidas as queixas do paciente, antes que ocorra o agravamento do quadro. Ao paciente e à sua família é promovida a qualidade de vida, a oportunidade de permanecer no território, a inclusão social e a retomada da cidadania.

2. Cavalheri SC. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. Rev Bras Enferm. 2010 Jan/Fev; 63(1): 51-7.

3. Reinaldo MAS. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. Esc

- Anna Nery Rev Enferm. 2008 Mar; 12(1): 173-8.
4. Mielke FB, Olchowsky A. Saúde mental na estratégia saúde da família: avaliação de apoio matricial. Rev Bras Enferm. 2010 Nov/Dez; 63(6): 900-7.
5. Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(1): 139-48.
6. Vecchia MD, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(1): 183-93.
7. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(1): 129-38.
8. Souza AJF, Matias GN, Gomes KFA, Parente ACM. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2007 Jul/Ago; 60(4): 391-5.
9. Brêda MZ, Augusto LGS. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2001; 6(2): 471-80.
10. Brêda MZ, Rosa WAG, Pereira MAO, Scatena MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Rev Latino-am Enfermagem. 2005 Mai/Jun; 13(3): 450-2.
11. Pereira AA, Vianna PCM. Saúde Mental. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.
12. Modesto TN, Santos DN. Saúde mental na atenção básica. Rev. baiana saúde pública. 2007 Jan/Jun; 31(1): 19-24.
13. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
14. Lancetti A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: Jatene AD, Lancetti A, Mattos SAF. Saúde loucura: saúde mental e saúde família. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 11-52.
15. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da saúde mental – Tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(7): 3051-60.
16. Pinto MAGP. A criança e o adolescente: experiências da atenção básica. In: Nilo K, Moraes MAB, Guimarães MBL, Vasconcelos ME, Nogueira MTG, Abou-Yd M. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: SMS; 2008. p. 69-74.
17. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

18. Campos RO. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*. 2001 Mai/Ago; 25(58): 98-111.

19. Neves HG, Lucchese R, Munari DB. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. *Rev Bras Enferm*. 2010 Jul/Ago; 63(4): 666-70.

20. Ribeiro MS, Alves MJM, Silva PM, Vieira EMM. Comparação da assistência em saúde mental em unidades básicas de saúde com ou sem equipe do Programa de Saúde da Família. *Rev Psiquiatr RS*. 2009; 31(1): 40-50.

21. Tófoli LF, Fortes S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. *SANARE*. 2005/2007 Jul/Dez; 6(2): 34-42.

22. Viganò C. Trabalho em equipe na rede: a enfermeira e a instituição parceira: In Conferência proferida por Carlo Viganó em 11/09/2002, no Conselho Regional de Enfermagem - COREN MG, 2002.

Endereço para correspondência:

Enf. Willy Moreira Batista Simões

Rua A, número 210, Eldorado, Contagem, Minas Gerais. CEP: 32341-025. Telefone: +55 31 8786-5318/ +55 31 2557-5841.

Email: willysimoes@hotmail.com

Recebido em: 21/11/2012

Aceito em: 07/09//2013