



IV JORNADA DE
PESQUISA EM
PSICOLOGIA
DESAFIOS ATUAIS NAS
PRÁTICAS DA PSICOLOGIA

25 e 26 de novembro de 2011
UNISC - Santa Cruz do Sul

TECENDO REDES EM SAÚDE MENTAL

*Carine Guterres Cardoso
Cibele de Bem Alves Nemecek
Silvia Areosa Coutinho
Ana Luiza Portela Bittencourt
Universidade de Santa Cruz do Sul*

Resumo

A proposta deste trabalho foi refletir sobre um tema que despertou interesse a partir da prática de estágio do curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC no Centro de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência – CAPSIA. Tema este que se refere a questões de saúde em um serviço especializado em saúde mental e a possibilidade de aproximação com a atenção básica, visando à prevenção de doenças e a promoção de saúde, além deste tema os pressupostos da reforma psiquiátrica, embasa e norteia este trabalho. Entende-se que a parceria visando à promoção de cuidados em saúde mental a partir de ações articuladas com diferentes serviços é de extrema importância no sentido de incluir o paciente em saúde mental para que este possa receber tratamento em seu próprio território. Assim, as estratégias utilizadas foram reuniões de equipe, acolhimento e visitas domiciliares, buscando propiciar uma aproximação entre a atenção básica e o CAPSIA.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Visita Domiciliares; Matriciamento.

Introdução

A partir da percepção da importância de uma rede bem articulada no que se refere à atenção prestada à Infância e Adolescência, se almejou, através do projeto “Tecendo redes em saúde mental: uma aproximação entre o Centro de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência – CAPSIA e a Estratégia de Saúde da Família – ESF”, a possibilidade de aproximação de um serviço especializado em saúde mental com a atenção básica, visando à

prevenção de doenças e a promoção de saúde. Da mesma forma, buscou-se despertar um caráter reflexivo através de momentos de compartilhar vivências com a equipe do ESF Menino Deus, visando à compreensão sobre como os elos se estabelecem e em quais direções estes se firmam em relação ao CAPSIA.

O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS enquanto unidade de base do processo substitutivo às práticas manicomiais reverte-se em práticas de cuidado, de atenção e de tratamento clínico no campo da saúde mental. É regido pelas diretrizes das políticas públicas de saúde mental e tem seu funcionamento preconizado pela efetivação de um serviço que se desenvolve pela articulação em rede.

Nesse patamar, buscou-se utilizar estratégias como: reuniões de equipe, acolhimento, elaboração de oficinas terapêuticas, e visitas domiciliares conjuntas partindo de um estudo de prontuários de atuais usuários do CAPSIA que moram no território de abrangência da ESF Menino Deus, ambos os serviços são localizados em Santa Cruz do Sul/RS. Deste modo, procedeu-se a análise e o esclarecimento da forma como estavam acontecendo às relações entre o CAPSIA e a unidade de saúde escolhida voltando o olhar no sentido de refletir sobre como colocar em prática as estratégias pensadas.

O objetivo inicial do projeto era propiciar através do desenvolvimento da oficina terapêutica na ESF Menino Deus uma aproximação entre a atenção básica e o CAPSIA, onde o paciente em saúde mental pudesse receber tratamento em seu próprio território. Ao proceder na análise do local, percebeu-se que a demanda era outra na ESF. Além dos casos levados pelas estagiárias, outras questões emergiram no sentido da atenção às crianças e adolescentes assistidos pela ESF, mediante a identificação de alguns “nós” que impediam a aproximação não só com o CAPSIA, mas também com a ESF Menino Deus, começou-se então a elaborar outras estratégias de intervenção.

Caminhos e descaminhos: o andamento do processo

A partir de março do corrente ano, foram iniciados os contatos telefônicos entre as estagiárias de Psicologia do CAPSIA e a ESF Menino Deus, a fim de agendar a data e horário para ser realizada a apresentação do projeto, bem como as intervenções pretendidas. No dia e horário agendados, os diálogos foram realizados na própria ESF.

De acordo com a abordagem deste projeto buscou-se coletar dados de uma maneira informal tendo em vista o propósito de verificar como estão os processos de comunicação entre o CAPSIA e a ESF Menino Deus, utilizando de momentos de reuniões semanais com as Agentes Comunitárias de Saúde e quinzenais com a equipe do ESF Menino Deus.

Quanto ao desenvolvimento de oficinas terapêuticas na ESF no sentido de propiciar uma aproximação entre a atenção básica e o CAPSIA utilizou-se outra estratégia de aproximação de acordo com a demanda do local, as visitas domiciliares das acadêmicas junto com as Agentes Comunitárias de Saúde tornaram-se o principal dispositivo para que ocorresse uma aproximação entre os dois serviços e o início de um processo de matriciamento. Outro fator que contribuiu para a não realização das oficinas terapêuticas foi o fato de a ESF não possuir um local adequado para a realização de grupos que levasse em consideração a preservação do sigilo.

As visitas domiciliares atingiram cerca de vinte famílias, foram realizadas visitas tanto a pacientes do CAPSIA como a crianças e adolescentes apenas usuários da ESF Menino Deus. Também foi realizada uma aproximação com a Escola Menino Deus onde a Psicopedagoga e a Supervisora Educacional trouxeram, para as estagiárias, casos que consideravam graves, foram realizadas visitas domiciliares para a averiguação das situações e possíveis encaminhamentos. Todas as visitas domiciliares estão registradas nos prontuários das famílias cadastradas na ESF Menino Deus, aqueles que são pacientes do CAPSIA também possuem o registro da evolução no prontuário deste serviço.

Durante todo o andamento do processo, nos caminhos e descaminhos que este projeto traçava surgiram duas demandas: as demandas das instituições envolvidas e a demanda de cuidados à saúde do usuário. E com isso, houveram adaptações, pois essa última não pode ser entendida como simplesmente espontânea e independente, pois é influenciada pelas informações e representações que circulam na sociedade, nos territórios ocupados e subjetivados. O psicólogo trabalha com a subjetividade e a valoriza, considerando as necessidades vitais do sujeito e os processos de inclusão social. Tenta através de suas práticas evitar preconceitos e estigmatizações, por isso é necessário estar sempre avaliando se suas ações estão de acordo com as necessidades da comunidade que está sendo atendida. Este fazer requer que o psicólogo mantenha uma postura dialógica

com a comunidade e a equipe de trabalho, isto implica em disponibilidade, comunicação horizontal, colaborativa e solidária (VIEIRA FILHO, 2005).

Visita domiciliar: limites e possibilidades

Com o pressuposto da reforma psiquiátrica de desinstitucionalização, o núcleo de atenção ao usuário de saúde mental deixa de ser o hospital psiquiátrico, e seu acompanhamento passa a estar diluído em vários centros de atenção territorializados, como, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência – CAPS, visando assim à inclusão social do usuário de saúde mental. Desta forma, o usuário não vai estar mais afastado do convívio familiar e social, e sim, presente na sua comunidade, com isso se faz necessário um acompanhamento comunitário e familiar.

A realização das visitas domiciliares pelas estagiárias de Psicologia proporcionou a aquisição de uma dimensão transcendente e a emersão de um olhar investigador, provocador e complexificador sobre o fazer. Proporcionou a reflexão não só do ponto de vista do psicólogo na saúde pública, mas também da formação como cidadão, comprometido com a realidade na qual está inserido (SOUSA e CURY, 2009).

Atualmente, a visita domiciliar constitui uma prática de diferentes profissionais de diversas áreas do conhecimento, sendo um importante instrumento metodológico. Este dispositivo potencializa as condições de conhecimento do dia-a-dia dos sujeitos, no seu ambiente de convivência familiar e social, proporcionando a apreensão de aspectos que geralmente escapam às entrevistas de consultórios (PERIN, 2010).

Podemos dizer que o objetivo principal da visita domiciliar é buscar a capacitação das famílias para que estas possam utilizar recursos próprios, a fim de resolverem suas problemáticas. Desta forma, o paciente passaria a estar incluído no seu processo de tratamento, já que, esta capacitação pode possibilitar que a família se sinta mais segura e confiante para lidar com os conflitos suscitados com o convívio com seu meio social (PIETROLUONGO e RESENDE, 2007).

Quanto ao objetivo da visita domiciliar, este deve ser informado com clareza, demonstrando uma postura respeitosa, dialógica e de não-intimidação, pois assim a receptividade por parte dos sujeitos será muito maior, assim como sua participação. A visita

domiciliar deve ser feita com respeito ao sigilo, levando em consideração a história de vida daqueles sujeitos, assim, não deve ser realizada com a presença de estranhos no ambiente, a não ser que estes estejam autorizadas pelos próprios usuários (PIETROLUONGO e RESENDE, 2007).

Não há um tempo único de permanência do profissional na casa dos sujeitos, este dependerá de distintos fatores que poderão estar presentes no momento. Outro questionamento que perpassa o trabalho com visitas domiciliares refere-se a se os usuários devem ser avisados previamente da ocorrência da visita ou não. Diante disso, pode-se entender que é responsabilidade do profissional avaliar a necessidade de agendamento ou não da visita domiciliar, desde que pautar sua ação profissional pela premissa da postura ética. Entretanto, deve-se analisar se o agendamento prévio pode interferir de algum modo, principalmente quando busca-se por meio da efetivação da visita domiciliar, apreender a realidade dos sujeitos tal como ela se apresenta, ou seja, de modo espontâneo. De toda forma, os sujeitos têm o direito de não aceitar a visita domiciliar, o que deve ser respeitado pelo profissional, mas isto não é impeditivo de que a partir do diálogo e de uma postura respeitosa, possa se tentar a construção de um vínculo que possibilite a realização da mesma (PERIN, 2010).

Equipes de referência e equipes de apoio matricial

A reestruturação do modelo da atenção à saúde, centrado não mais no modelo hospitalocêntrico, e sim, num modelo voltado para a prevenção de doenças e a promoção de saúde, trouxe a necessidade de organização de equipes de referência e equipes de apoio matricial. O apoio matricial refere-se a um saber específico e diferenciado de uma determinada especialidade e, quando integrado e compartilhado com os profissionais da equipe de referência, possibilita o favorecimento da capacidade resolutiva e de ampliação da assistência à saúde (SOUSA e CURY, 2009).

Para o estabelecimento desse contato entre equipes de referências e de apoio matricial há duas maneiras básicas. Mediante a combinação de encontros periódicos e regulares entre as equipes que estão participando do matriciamento. Nestes encontros, objetiva-se discutir/analisar/refletir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe

de referência, para assim elaborar projetos terapêuticos conjuntos e acordar possíveis linhas de intervenção para os profissionais envolvidos. Recomenda-se reservar momentos para a discussão sobre temas clínicos, de saúde coletiva, de gestão do sistema, enfim temas que atravessam e transversalizam as práticas realizadas. Além desse dispositivo das reuniões, em casos imprevistos e urgentes, o profissional de referência deve acionar a equipe de apoio matricial, de preferência por meios diretos e rápidos de comunicação e não apenas por meio de encaminhamento impresso entregue ao paciente. Não é recomendável aguardar a reunião regular para a solicitação de intervenção ao serviço apoiador, desta forma é necessário, nessas circunstâncias, proceder-se a uma avaliação de risco (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Os encontros entre as duas equipes deram-se tanto na própria ESF Menino Deus como no CAPSIA, nestes encontros foram discutidos casos de pacientes, a organização e funcionamento de trabalho destes serviços, como alguns temas que perpassam estes dois serviços, como por exemplo, a drogadição na infância e adolescência. Os encontros ocorreram nos moldes de roda de conversa, onde houve trocas de informações e conhecimentos entre as diversas áreas envolvidas.

Sentimentos e percepções que emergiram a partir das visitas domiciliares

É necessário ressaltar aqui que após a experiência de se inserir na casa das pessoas, acompanhando as visitas domiciliares com as Agentes Comunitárias de Saúde ficou explícita a desconstrução do mito da objetividade, pois as pessoas são constituídas pelas/nas relações sociais, desta forma são interdependentes, não podendo ser concebidas como elementos isolados de um sistema.

Realizar este projeto, ultrapassando a rígida fronteira estabelecida entre pobreza e riqueza, entre limpeza e sujeira, entre saber e não saber provocou nas estagiárias, o desejo de querer vivenciar o estranhamento, de produzir esse estranhamento, de estranhar-nos, mas também a necessidade de lutar, lutar por uma sociedade mais justa. Sair dos muros da universidade e do local de estágio que se constituem como proteção e aventurar-se. Adentrar na comunidade por si só já é uma experiência ímpar, deparar-se com as dificuldades que se apresentavam corroboraram para a não acomodação, pois se encontrou

imprecisões e amplitudes que geraram ansiedade, mas também esperanças de uma prática que gere promoção de saúde.

Considerações finais

A visita domiciliar apresenta-se como uma ferramenta teórica e técnica que propicia aos profissionais uma mudança de perspectiva, pois o depara com o cotidiano dos sujeitos. Dessa forma, propicia a aproximação entre o profissional, o serviço e a comunidade, fortalecendo os elos que se estabelecem nesta relação dialógica. Este instrumento tem destaque para o conhecimento e a demonstração da realidade social, tal como ela se manifesta no cotidiano das pessoas, atrelado a isto se tem a potencialidade do trabalho em equipe, da potência do conhecimento multi e interdisciplinar capaz de transformar realidades. Daí a importância da aproximação e da afetação entre os serviços, mas principalmente entre os diferentes profissionais e seus conhecimentos. Pode-se dizer que se foi afetada e afetou-se, mergulhou-se naquela realidade e naquela equipe, deixou-se “desenCAPSular”, saiu-se do espaço físico ofertado no CAPSIA em busca de uma clínica ampliada.

Referências

CAMPOS, Gastão Wagner Souza; DOMITTI, Ana Carla. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2007. v. 23, n.2, fev. p. 99-407

PERIN, Silvana Dóris. A visita domiciliar como instrumento de apreensão da realidade social. *Ciênc. saúde coletiva* [online], 2010, v.16, p. 1-11. Disponível em: <1<http://www.mpdft.gov.br>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

PIETROLUONGO, Ana Paula da Cunha e RESENDE, Tania Inessa Martins de. Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2007, vol.27, n.1, p. 22-31. Disponível em <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100003&lng=es&nrm=>>. Acesso em: 05 jun. 2011

SOUSA, Valdemar Donizeti de; CURY, Vera Engler. Psicologia e atenção básica: vivências de estagiários na Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, suppl.1, p. 1429-1438. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 jun. 2011.

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes. A prática complexa do psicólogo clínico: cotidiano e cultura na atuação em circuito de rede institucional. *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2005, vol.22, n.3, p. 301-308. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2005000300008&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 jun. 2011.