

Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde

Nucleus of Support to Family Health and Mental Health: therapeutic itineraries users accompanied in two Basic Health Units

Larissa Bertagnoni¹, Ana Lucia Marinho Marques¹, Melissa Tiek Muramoto², Elisabete Ferreira Mângia³

BERTAGNONI, L.; MARQUES, A. L. M.; MURAMOTO, M. T.; MÂNGIA, E. F. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 23, n. 2, p. 153-162, maio/ago. 2012.

RESUMO: Este artigo é parte do projeto “A rede de saúde mental no contexto do PET Saúde Mental USP: desafios na construção de práticas assistenciais e de ensino para o trabalho em equipe”, desenvolvido no contexto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde Mental) 2011-2012. Teve o objetivo geral de conhecer os itinerários terapêuticos de sujeitos com transtorno mental grave acompanhados em ações de saúde mental na atenção básica, no contexto do trabalho desenvolvido pelo NASF – Saúde Mental Vila Dalva e Jardim de Abril. E como objetivos específicos: conhecer a trajetória dos usuários na busca de ajuda para as suas demandas em saúde mental, as ofertas recebidas nos serviços e as suas opiniões sobre estas ofertas. A pesquisa teve caráter qualitativo e foi desenvolvida no período de junho de 2011 a junho de 2012. Concluiu-se que os participantes se apresentam como pessoas com importantes agravos à saúde física e mental que tem a única referência de cuidado na UBS, sendo acompanhados graças ao trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família. A rede de serviços disponíveis é escassa, além de ser pobre em recursos, oferece serviços muito distantes entre si o que inviabiliza o acesso dos usuários.

DESCRITORES: Saúde mental; Atenção primária à saúde; Saúde da família; Moradias assistidas; Equipe de assistência ao paciente.

¹. Terapeuta Ocupacional, membro do Laboratório Conexões.

². Terapeuta Ocupacional, Técnica Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP.

³. Docente do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP, coordenadora do Laboratório Conexões.

Endereço para correspondência: Rua Cipotânea 52, Cidade Universitária, São Paulo, SP, CEP: 05360-160. e-mail: mangeli@usp.br

INTRODUÇÃO

A construção da atual Política de Saúde Mental brasileira iniciada na década de 1980, no contexto do desenvolvimento e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi baseada na ruptura com o modelo centrado na hospitalização e na constituição de redes de serviços comunitários. (Brasil, 2001). Essas redes são compostas, dentre outros serviços, pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), Centros de Convivência (CECCOs), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e ações desenvolvidas por equipes de saúde mental na atenção básica e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2004).

Com a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a oferta de ações de saúde mental na atenção básica ganhou importância, de forma que deve ser articulada a partir de ações embasadas no território, nas redes de serviços e na intersetorialidade. São orientadas pelos princípios da reabilitação psicossocial, da promoção da cidadania e construção da autonomia de usuários e familiares (Brasil, 2003). Além disso, o cuidado deve ser ofertado de acordo com os níveis de sofrimento ou risco e em parceria com outros recursos locais, ganhando assim caráter intersetorial (Thornicroft; Tansella, 2009).

No contexto da ESF, as equipes de atenção básica atuam no território e realizam cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional e ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado continuado dos sujeitos e das famílias (Brasil, 2006). Dada sua proximidade com a comunidade, se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados a diversas formas de sofrimento psíquico (Brasil, 2005).

Considerando a complexidade do cuidado em saúde mental e a situação das pessoas com transtorno mental grave, as ações em saúde mental na atenção básica buscam promover respostas adequadas às necessidades dos usuários de modo a combater as formas de violência e estigma. Para potencializar o trabalho das equipes foi proposto o modelo de apoio matricial (Brasil, 2003).

O apoio matricial é definido como um “arranjo na organização dos serviços que complementa as equipes de referência” (BRASIL, 2004, p.11). No geral, as equipes de referência assumem a responsabilidade pela população que atendem e contam com o apoio para a equipe de matriciamento, que ocorre, sempre que necessário, para a elaboração de projetos terapêuticos e apoio no compartilhamento de novos conhecimentos para lidar com casos

complexos. Além disso, desenvolve atividades específicas de formação, realiza atendimentos conjuntos, disponibiliza contatos para situações emergenciais, dentre outras ações de corresponsabilização (Brasil, 2004).

No âmbito das ações em saúde mental, o matriciamento se coloca para o conjunto das práticas da ESF a partir das equipes dos CAPs e dos NASFs. As equipes dos NASFs, são classificadas em duas modalidades de acordo com a composição mínima de profissionais. O **NASF 1** deve desenvolver ações junto à, no mínimo, oito equipes da ESF e prevê cinco profissionais dentre os quais: assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, educador físico, farmacêutico, além de médicos; acupunturista, ginecologista, homeopata, pediatra, psiquiatra. O NASF 2 deve desenvolver ações junto à, no mínimo, três equipes de ESF e prevê três profissionais de ocupações não coincidentes (Brasil, 2008).

Propõe-se que os NASFs assumam oito áreas de ação: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (Brasil, 2008).

As ações em saúde mental correspondem a uma demanda importante da atenção básica, pois os agravos relacionados à saúde mental atingem grandes grupos populacionais ainda insuficientemente acolhidos pelas políticas públicas (Mângia; Lancman, 2008). O cuidado em saúde mental deve ocorrer em rede e contemplar a participação dos usuários e familiares como protagonistas na construção dos projetos terapêuticos.

Nesse contexto, é importante considerar as estratégias desenvolvidas pelos usuários na busca de ajuda para as suas necessidades, ou seja, seus *itinerários terapêuticos*, pois estes são instrumento para o direcionamento das possibilidades de intervenção. O reconhecimento dos *itinerários terapêuticos* propicia a compreensão sobre o movimento de identificação dos problemas e busca de soluções para estabilizar os cotidianos e organizar as vidas daqueles que apresentam transtornos mentais (Mângia; Yasutaki, 2008).

O conceito de “*itinerário terapêutico* designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto pré-concebido: o tratamento da aflição (...) o *itinerário terapêutico* é resultante de um determinado curso de ações realizadas ou o estado de coisas provocado por elas” (Alves e Souza, 1999, p.133).

As narrativas dos usuários sobre seus itinerários trazem elementos que podem orientar as proposições de cuidado e se constituem como via de acesso aos significados por meio dos quais cada um constrói sua visão de mundo

e as estratégias desenvolvidas diante dos problemas do viver. Assim, os *itinerários terapêuticos* “consistem em uma forma coerente e adequada de obter informações sobre práticas e saberes de um grupo social em relação à saúde” (Mângia; Yasutaki, 2008, p.62).

Nesse sentido, o objetivo geral deste estudo foi o de conhecer os *itinerários terapêuticos* de sujeitos com transtorno mental grave e persistente acompanhados em ações de saúde mental na atenção básica, no contexto do trabalho desenvolvido pelo NASF – Saúde Mental Vila Dalva e Jardim de Abril. Teve como objetivos específicos: conhecer a trajetória dos usuários na busca de ajuda para as suas demandas em saúde mental, as ofertas recebidas nos serviços e as suas opiniões sobre estas ofertas.

Focalizar sujeitos que apresentam transtorno mental grave e persistente, parte do pressuposto de que essa população deve ser priorizada pelas ações de atenção em saúde mental, no intuito de preservar e fortalecer seus laços sociais no território, contribuir para a sua autonomia e estimular seu protagonismo (Brasil, 2005).

Este trabalho é parte do projeto “A rede de saúde mental no contexto do PET Saúde Mental USP: desafios na construção de práticas assistenciais e de ensino para o trabalho em equipe”, desenvolvido no contexto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde Mental) 2011-2012. Foi aprovado nos Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 10/08/2011, protocolo nº 292/11 e no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal Saúde de São Paulo, em 14/10/2011, parecer nº 324/11, protocolo CAAE 92.0.162.000-11.

Cenário do estudo

O estudo foi realizado na região oeste do município de São Paulo, na área do Projeto Região Oeste, estabelecido, a partir de 2008, por contrato de gestão entre a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e a Fundação Faculdade de Medicina, para a reorganização da rede de saúde que compreende as famílias inscritas no Programa de Saúde da Família da Microrregião Butantã / Jaguaré. Esta região compreende Distritos Administrativos (Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno, Vila Sônia e Jaguaré) e conta com aproximadamente 420 mil habitantes. Com relação à rede de serviços do SUS, conta com catorze Unidades Básicas de Saúde (UBSs) cinco unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMAs), um Ambulatório de Especialidades (AME), um CECCO, um CAPS adulto, um Centro de Saúde Escola (CSE) e um Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS (SAE DST/AIDS) (DATASUS – CNES –

Cadastramento Nacional dos Estabelecimentos de Saúde).

O estudo foi realizado em duas UBSs: Vila Dalva – Guilherme Henrique P. Coelho, que possui cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), e Jardim D’Abril, com quatro equipes de ESF. Ambas contam com atividades de matriciamento em saúde desenvolvidas pela mesma equipe de NASF. Essa equipe é composta por dezessete profissionais (terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, e médicos: clínico geral, ginecologista, o psiquiatra, pediatra e geriatra). Desse grupo, cinco profissionais desenvolvem matriciamento em saúde mental: um psiquiatra, duas terapeutas ocupacionais e duas psicólogas.

O processo de trabalho de cada uma das UBSs é orientado a partir de estratégia comum e consiste em: reunião semanal de cada equipe de ESF; reunião de matriciamento semanal com as equipes de ESF com a integração de três profissionais do NASF; duas reuniões semanais da equipe NASF, uma para passagem e compartilhamento de casos e outra para discussão dos processos de trabalho; reunião mensal com todos os profissionais da UBS. O trabalho de campo desenvolvido pelas equipes de ESF estudadas se caracteriza pela realização de visitas, no mínimo, mensais a cada família. Cada visita é compartilhada, entre profissionais da ESF ou com profissionais do NASF. Em média cada equipe de ESF se responsabiliza por 200 famílias que inclui aproximadamente 2000 pessoas.

METODOLOGIA

A pesquisa, de caráter qualitativo, foi orientada pelo referencial etnográfico. Organizou-se a partir da investigação detalhada de um pequeno número de casos e da interpretação a partir de descrições e explicações verbais (Flick, 2009). Desenvolveu os seguintes procedimentos: pesquisa bibliográfica, entrevistas semi estruturadas e caderno de campo.

Foram realizadas sete entrevistas semi estruturadas a partir de roteiro e em acordo com os objetivos do estudo, com sujeitos com transtorno mental grave e persistente acompanhados pelas equipes das UBSs. As entrevistas aconteceram nas moradias dos entrevistados e contaram com a participação de familiares e agentes comunitários de saúde. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e codificadas. Foram iniciadas após a apresentação da pesquisa e seus objetivos, leitura e esclarecimento de dúvidas sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e explicação sobre o roteiro de questões para cada participante.

A dinâmica proposta nas entrevistas buscou propiciar

liberdade para que os depoentes expressassem suas opiniões, evitando-se ao máximo a interferência por parte dos pesquisadores. A construção do caderno de campo ocorreu, no ano de 2011, no contexto da inclusão dos pesquisadores no Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde Mental (PET Saúde Mental), que envolveu o acompanhamento de usuários e das atividades desenvolvidas pelas UBSs. As entrevistas foram realizadas nos meses de maio e junho de 2012 (USP, SMS, 2011).

BASE TEÓRICA

Para a construção do diálogo entre os dados levantados e os objetivos da investigação considerou-se a importância do aprofundamento sobre os temas que constituíram a base teórica do trabalho reflexivo: itinerários terapêuticos, necessidades de saúde e precariedade, vulnerabilidade e desfiliação.

Itinerários Terapêuticos e Necessidades de Saúde

O entendimento sobre como as pessoas e os grupos sociais realizam escolhas, aderem ou não aos tratamentos, e sobre como elaboram e constroem narrativas sobre esses processos, é fundamental para orientar as novas práticas em saúde. No geral, os contextos de vida dos usuários e suas histórias escapam aos serviços e aos profissionais de saúde, embora sejam eles que definam as possibilidades de oferta e acesso aos serviços de saúde (Mângia; Muramoto, 2008).

Nesse contexto, as narrativas são a forma de acesso aos *itinerários terapêuticos* e reportam-se ao tempo e espaço essenciais à compreensão da experiência da aflição mental no contexto relacional e à possibilidade dos sujeitos construir suas histórias. O estudo desses percursos, definidos como *itinerários terapêuticos*, envolve a ideia de que as distintas trajetórias individuais se viabilizam em um campo de possibilidades socioculturais contextualizadas em certo espaço e tempo. Diante disso, aponta para a importância da experiência vivida pelos sujeitos a multiplicidade de caminhos e escolhas presentes nesse processo (Rabelo; Alves; Souza, 1999).

A experiência de cada sujeito é permanentemente definida e modificada pelo agir cotidiano e busca de soluções práticas para os processos de adoecimento. Além disso, as formas como os sujeitos explicam tais processos não mostram, necessariamente, coerência com as ações que desenvolvem. Tais dimensões deveriam fazer parte das estratégias de cuidado, percebendo as experiências singulares como o motor da construção de projetos de cuidado (Mângia; Muramoto, 2008).

Para melhor compreender os *itinerários terapêuticos* são importantes as proposições de Cecílio (2001) ao diferenciar demanda e necessidade de saúde dos usuários. A demanda pode ser entendida como o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do sujeito. De certa forma, são as necessidades moldadas pela oferta que os serviços fazem. Já as necessidades de saúde, podem ser a busca de algum tipo de resposta para as condições de vida em que a pessoa se encontra, a necessidade de ter maior autonomia no modo de “andar a vida”, a procura de um vínculo com algum profissional, ou, mesmo, a de prolongar sua vida.

As necessidades de saúde estão associadas à assistência, são traduzidas pela procura do serviço de saúde a partir da identificação de uma alteração física, orgânica, ou algo que o sujeito reconheça como falta. Os sujeitos buscam a solução do problema, baseados em sua experiência, de demandas tratadas anteriormente ou das experiências de conhecidos que levaram suas demandas para o sistema de saúde. Em contrapartida, as ofertas de um serviço difundem um conhecimento sobre a resposta que um problema de saúde pode ter (Mângia et al, 2003).

Deve-se considerar também que as necessidades de saúde não são homogêneas, sendo influenciadas pelas desigualdades sociais, o modo de vida, o acesso aos recursos e, no caso da saúde mental, fatores singulares determinantes da história de vida de cada sujeito e de sua rede relacional (Mângia et al 2003).

Precariedade, Vulnerabilidade e Desfiliação

Castel (1994) considera as situações de inclusão ou vulnerabilidade social como processo dinâmico que resultante da conjunção de duas forças que atuam sobre os sujeitos e coletividades: a primeira é a presença ou ausência da inserção no trabalho e a segunda é a inclusão em uma rede relacional. No cruzamento dessas duas forças elabora um esquema conceitual no qual são definidas quatro zonas de existência social: a zona de integração, a zona de vulnerabilidade, a zona de assistência e a zona de desfiliação. Nesta última, estariam aqueles grupos marcados por um modo particular de dissociação do vínculo social denominado de *desfiliação*. Nela se encontram determinadas populações que requerem e mobilizam intervenções sociais, não apenas pela situação de pobreza em que se encontram, mas pela fragilidade de seu tecido relacional.

Esta formulação contribui para a compreensão das situações presentes no campo assistencial, especialmente aquelas que envolvem as pessoas com transtorno mental

grave. Castel nos mostra que a atualidade faz emergir novas figuras que revelam a marca de uma dupla precariedade: a da organização do trabalho e a da estruturação da sociabilidade ou redes sociais. “Esses seres de carne e osso, de sangue e sofrimento: aquele que vai da integração à exclusão na ordem do trabalho e aquele que vai da inserção ao isolamento na ordem sócio-relacional” (Castel, 1994, p. 28).

O autor propõe que a reflexão sobre a questão social na atualidade seja estruturada a partir dos conceitos de vulnerabilidade, caracterizada pela precariedade do trabalho e fragilidade dos apoios proporcionados pelas relações familiares e sociais e desfiliação. A nova posição marca a diferença entre a concepção de vulnerabilidade e desfiliação enquanto processos dinâmicos ao invés de estado permanente presente nos conceitos de exclusão e marginalização (Castel, 1994).

APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os entrevistados foram selecionados a partir de indicação da equipe de ESF e recomendação de que fossem acompanhadas por ACSs. As entrevistas aconteceram nas moradias dos entrevistados, propiciando assim, as participações dos familiares, usuários e ACSs. Além disso, a experiência dos pesquisadores no campo permitiu a aproximação com a realidade do território e sua contextualização, o que contribuiu para a descrição e discussão dos dados. Foram entrevistados cinco sujeitos e suas famílias, moradores em área territorial de alta vulnerabilidade social coberta pela mesma equipe de ESF, que conta com suporte matricial da equipe NASF.

Os *itinerários terapêuticos* dos sujeitos são apresentados a seguir a partir dos eixos analíticos propostos nos objetivos do estudo. No sentido de preservar a identidade dos entrevistados cada um deles será identificado pela letra S seguida de um número.

Itinerários terapêuticos

As entrevistas mostraram que os itinerários dos entrevistados são compostos por trajetórias simples de busca e acesso aos serviços de saúde, denotando as dificuldades de acesso e carências de suportes assistenciais presentes no território:

Sujeito 1 (S1)

Nascida em 1976, 36 anos de idade, S1 é a filha mais

velha de três irmãos e mora com os pais e um irmão mais novo. Com ensino médio completo, teve como atividade profissional o desenho de moda até a primeira crise, aos dezoito anos de idade. Conta sobre uma adolescência ativa, com alguns amigos próximos e muitos episódios de brigas e conflitos na escola e vizinhança. A família correlaciona a enfermidade com vários aspectos de sua vida: a morte do irmão mais novo aos dois anos de idade em decorrência de um neuroblastoma; o afastamento do pai durante dez anos; além de causas espirituais. Os pais passaram dez anos separados e reataram a relação há pouco tempo atrás

A primeira forma de tratamento experienciada por S1 foi a internação psiquiátrica há dezesseis anos. Desde então, passou por mais três internações, sendo a última há dois anos, na qual passou por sessões de eletrochoque. Episódio que ao qual a família atribui a acentuada perda de memória que S1 apresenta, pois ela não reconhece mais os pais e os considera apenas como “pessoas boas que a abrigam”.

S1 ajuda a mãe com as atividades da casa, faz desenhos simples e anda sozinha pelo bairro. Recebe apenas acompanhamento da UBS, por meio das visitas domiciliares e consultas com o médico de saúde da família que prescreve medicação psiquiátrica específica por interconsulta com um dos psiquiatras da unidade.

Foi ao CAPS de referência da UBS uma única vez e preferiu não voltar por não ter paciência de esperar para realizar a triagem e por não querer estar em um espaço “*onde só tem pessoas loucas*” (sic). Outro obstáculo é que esse CAPS é distante da residência da família, sendo necessário o uso de três conduções para chegar até ele. Refere que gostaria de receber atendimento especializado com psicólogo e psiquiatra.

Sujeito 2 (S2)

Nascida em 1957, 55 anos de idade, S2 é mãe de um filho adulto. Separada do primeiro esposo, vive com seu atual companheiro há vinte e seis anos. Trabalhou como assistente de enfermagem na área de pediatria em dois hospitais por mais de quinze anos, trabalho que abandonou em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Passou um longo período vivendo em situação de rua, junto a seu atual companheiro, em condições de extrema pobreza e vulnerabilidade. Após ter tomado a decisão de parar de usar álcool e drogas, teve um acidente vascular encefálico. Foi levada para o hospital por seu filho e companheiro, onde permaneceu até se mudar com o companheiro para um espaço doado por um conhecido. Relatou longo período de recuperação assistido por uma freira missionária da região, responsável por uma reforma

na moradia da família para oferecer condições mínimas de conforto e higiene, e profissionais da UBS.

Atualmente, apresenta sequelas, tais como: confusão mental, hemiparesia e dificuldade de fala e locomoção. Vive com o companheiro e um amigo, que ajudam nos seus cuidados básicos, assim como o filho e a nora que moram próximos. Recebe Benefício de Prestação Continuada, renda que mantém as necessidades dos moradores da casa juntamente ao dinheiro conseguido pelo companheiro com o trabalho com coleta seletiva. Conta com visitas semanais dos profissionais da unidade de saúde, com os quais tem relação próxima e pessoal, e tem tratamento medicamentoso, não participando de grupos ou outras atividades.

Sujeito 3 (S3)

Nascido em 1969, 43 anos de idade, S3 veio do Estado do Pernambuco há vinte e sete anos, onde deixou três filhos, com os quais mantém escasso contato, e seus pais, já falecidos. Veio para São Paulo em busca de melhores oportunidades de emprego, onde conheceu sua atual companheira, com quem passou longo tempo em situação de rua, fazendo uso abusivo de álcool e outras drogas.

Teve sua primeira crise há seis anos e ficou internado no Pronto Socorro da Lapa. Relata a vivência da internação com sofrimento e relaciona a negação atual por tratamentos com o medo de que a experiência se repita. Foi levado à UBS por uma freira missionária que ajudou a família nas necessidades básicas de alimentação e moradia por alguns anos. Desde então, é acompanhado com visitas domiciliares e faz uso de medicação receitada; ainda não compareceu para consultas na unidade.

Relaciona sua enfermidade ao uso abusivo de drogas e manifesta o desejo de parar de consumir bebida alcoólica em excesso. É o principal cuidador da companheira, que sofreu um acidente vascular encefálico.

Sujeito 4 (S4)

Nascido em 1955, 57 anos, S4 mora com a esposa e dois filhos, um deles com deficiência. Tem também outra filha e uma neta que visitam a família com frequência. Há pouco mais de um ano, foi internado pela família em uma clínica de recuperação, onde permaneceu abstinente do álcool por seis meses.

Após a saída da clínica, encontrou um trabalho como marceneiro, sua profissão. Este trabalho foi causador de seu atual sofrimento, pois não recebeu o pagamento combinado, o que o levou a mover um processo judicial. Desde então, relata recaída no uso do álcool e piora do seu quadro.

Com ajuda da esposa procurou a UBS para acompanhamento, tem recebido visitas domiciliares mensais e é acompanhado pelo médico de saúde da família na unidade para tratamento medicamentoso. Traz como principal necessidade conseguir trabalho para manutenção da família.

Sujeito 5 (S5)

Nascido em 1977, 35 anos, S5 é o filho mais novo de uma família de dois irmãos. A mãe faleceu há alguns anos em decorrência de atropelamento na saída da penitenciária após tê-lo visitado. Atualmente, vive apenas com o pai. Relata o histórico de internações nas quais vivenciou agressões físicas. A última internação aconteceu no Pronto Socorro da Lapa e teve duração de quatro meses.

O pai relata piora do quadro de saúde mental do filho em decorrência do uso abusivo de álcool, da dificuldade em cuidar sozinho de S5 e sobre a intenção de interná-lo. Menciona que S5 tem alucinações frequentes, não se alimenta, passa as noites andando nos bares do bairro e costuma voltar ferido para casa.

A pedido do pai, que iria se submeter a uma cirurgia e se preocupava com o cuidado do filho durante a sua ausência, S5 passou a ser acompanhado na UBS em 2008. Desde então, recebe visitas domiciliares regulares do médico de saúde da família e de uma terapeuta ocupacional da equipe NASF. Faz tratamento medicamentoso e vai uma vez por semana a UBS para tomar a medicação. Traz como necessidades principais a ajuda financeira e remédios que diminuam sua agressividade.

A contextualização do território e o acesso aos serviços de saúde

A vulnerabilidade social do grupo entrevistado é evidenciada em suas condições de moradia e saúde. De um modo geral, todas as moradias visitadas apresentam estrutura precária e restrições de iluminação e ventilação. Pouca condição de conforto para abrigar pessoas com dificuldade de locomoção. Além disso, todos os sujeitos apresentam graves questões de saúde mental e alguns de saúde física. Exemplo extremo se deu com um dos entrevistados que, no momento da entrevista, apresentava corte profundo na cabeça sem cuidados de higiene adequados.

Todo o grupo tem como única referência de cuidado a UBS, sem acesso anterior à rede de serviços especializada em saúde mental, a não ser pelo serviço hospitalar de urgência e internação psiquiátrica. Quatro entrevistados relataram que o início da atenção em saúde mental ocorreu a partir de internação hospitalar e por solicitação da família.

“Não, começou que já vieram aqui pra arrumar um tratamento pra mim, mas eu não vou porque meu medo é ficar internado.” (S3)

“Agora no posto é a segunda vez que eu sou cuidado. Já fiquei no Pronto Socorro da Lapa.” (S5)

Dois participantes relataram que encontraram suporte para os momentos de crise em uma freira pertencente a uma ordem religiosa missionária que trabalhou na comunidade. Ambos referiram que essa freira desenvolvia ações de aconselhamento, apoio domiciliar e apoio material relacionado ao cuidado em saúde, a questões de moradia e ao sustento da família. Foi também por intermédio dela que esses sujeitos chegaram até a UBS.

“Que me deu um ‘piripaque’ na cabeça, aí a irmã Nestina, me encaminhou no posto de saúde e me levou. Foi ela que me puxou, teve até o dia que ela me deu banho.” (S3)

“A cobertura e a escada não tinha. Essa rua quando chove, a água vem direto aqui, já deu na metade da parede. Ai, sorte que a irmã Nestina chegou e colocou o patamar e agora não entra mais água.” (S2)

A oferta de cuidado atual

Atualmente, todos são acompanhados pela equipe de ESF e recebem tratamento medicamentoso. Cada equipe realiza visitas regulares que variam de semanal a mensal, com presença do ACS e outro profissional da equipe ESF, médico ou enfermeiro, e por vezes algum profissional referência em saúde mental do NASF. Também são feitas interconsultas entre médico da família e médico psiquiatra para prescrição dos medicamentos. É interessante observar que os entrevistados não tem contato direto com o psiquiatra da unidade e um dos participantes recebe visitas regulares da terapeuta ocupacional. Nenhum dos entrevistados participa de outras atividades ou grupos terapêuticos na UBS.

“Eu participo do posto. O que eu participo do posto? Participo só de pegar remédio, eu pego.” (S2)

Dois dos entrevistados tem contato mais frequente e próximo com os profissionais da UBS e estabelecem relações informais com os ACSs e médicos, especialmente com as agentes responsáveis pelo seu domicílio. Em uma das entrevistas, a participante se mostrava muito grata pelo acompanhamento da ACS e fazia referências a ela em tom

de brincadeira.

“Não procurei médico nenhum, ninguém. Porque a maloqueira aqui resolvia tudo pra mim (referência à ACS). Como eu falei no início, tudo pra mim é o posto. Ela é quem sabe mais da minha vida. Ela é quem sabe de tudo, cuida de mim.” (S2)

“Eu não participo de atividade nenhuma, mas acho o posto excelente. Principalmente os médicos. O japonês que tava lá, muito boa pessoa e o Dr. que marquei por último. Muito educado e prestativo.” (S4)

Três participantes costumam ir até a unidade apenas quando são levados pela família ou convocados pelos profissionais para consultas ou outros procedimentos, como para retirar a medicação prescrita.

“Eu uso o posto quando a pessoa me chama. Eles ficam me chamando, né? Então eu vejo se eu posso ir.” (S5)

“Olha, eu vou falar a verdade, a (ACS) já marcou duas vezes e eu não fui nenhuma.” (S3)

Demandas e necessidades de cuidado

Os relatos demonstraram que os participantes apresentam necessidades sociais muitas vezes mais importantes do que as de saúde. Os depoimentos de quatro dos entrevistados revelaram a realidade de luta cotidiana pela sobrevivência que implica em dificuldades para garantir a alimentação e manter condições básicas de moradia.

“Nós vivia debaixo da marquise, no chão. Ali perto do sacolão, debaixo da marquise. Morava no chão, na sarjeta, em cima do papelão.” (S3)

Dois entrevistados relatam suas demandas de atendimento de saúde especializado e enfatizam a importância da medicação para a diminuição de seus sintomas psiquiátricos.

“É, ajuda psiquiátrica. Eu preciso de psicólogo. Um psicólogo, um psiquiatra, acho que é uma boa pra mim.” (S1)

“O que eu preciso é de um remédio pra tirar a briga, só isso.” (S5)

Além disso, dois deles mencionam nunca terem sido atendidos diretamente por um psiquiatra na UBS, recebendo medicação receitada por interconsulta entre o médico de saúde da família e o médico psiquiatra.

“No postinho, ela nunca passou com um psiquiatra. Ela passa com o clínico que conversa com um psiquiatra sobre os medicamentos.” (Familiar S1)

A falta de serviços especializados de saúde na região também é evidenciada por outros dois dos entrevistados, que salientam a dificuldade dada pela distância para chegar até os outros equipamentos da rede de saúde, como o CAPS e o AME.

“Não temos acesso a outros dispositivos na região e os poucos que tem são longe e envolvem ao menos o transporte com dois ônibus. Precisa de alguma atenção especializada aqui.” (Familiar S1)

Um dos entrevistados ressalta ainda, a dificuldade de ser acompanhado em um serviço não especializado para o cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico.

“O posto tinha que dar mais atenção às pessoas que tá com problema psiquiátrico. Porque às vezes você chega lá e eles falam: pô, esse cara aí bebeu, sempre bebe. E na realidade não é isso, precisa de atenção, conselho.” (S4)

DISCUSSÃO

Os participantes da pesquisa apresentam importantes agravos à saúde física e mental e seus itinerários terapêuticos mostram que encontram na UBS sua única referência de cuidado. Não referem acesso à rede de serviços de saúde mental, a não ser para internação psiquiátrica, colocada como alternativa indesejável por todos que narraram suas experiências. Além disso, o nível de vulnerabilidade social os situa na luta cotidiana pela sobrevivência, em relação a questões básicas como alimentação e habitação, o que dificulta a formulação das próprias necessidades de saúde e das ações que poderiam obter da UBS ou da rede de serviços.

A experiência em campo confirma essa percepção. A região se configura como um dos tantos espaços contraditórios na cidade de São Paulo, nela se observa o contraste entre extremos de pobreza e riqueza. De um lado as construções precárias, esgotos a céu aberto, calçadas sujas e repletas de obstáculos, falta de espaços de lazer e parques, de escolas

e recursos sociais de todo tipo, de transporte público. De outro a presença de um dos bairros mais ricos da região, com mansões, largas avenidas, parques e serviços destinados às classes sociais abastadas. Territórios vizinhos e contrastantes, onde a falta se separa da abundância apenas por guaritas particulares que dividem o território.

Assim, há no território grande necessidade de recursos intersetoriais. A rede de serviços disponíveis é escassa, frágil e dispersa, com serviços inacessíveis pela distância dos locais de moradia das pessoas, que não tem recursos sequer para arcar com o transporte.

A UBS se torna a única responsável pelos atendimentos dos sujeitos, atendidos graças ao trabalho das equipes de ESF, que chega até as casas para acompanhar pessoas que não teriam condições de procurar ajuda. Nesse contexto, a ESF é vista de forma positiva para as famílias que apresentam grande carência material e relacional. Os profissionais estabelecem relações próximas com os usuários e, ainda que não disponham de recursos específicos em saúde mental, conseguem passar a confiança de que as pessoas tem um lugar seguro para recorrer.

As narrativas coletadas indicam um grupo, em grande risco de desfiliação social, pois são claras as ausências de trabalho e de redes sociais fortes. O que reforça o papel da UBS e, principalmente da ESF como elo na manutenção do frágil equilíbrio que vivenciam. Os sujeitos entrevistados encontram na ESF não só o apoio em saúde, mas a possibilidade de acessar outras formas de suporte e construir redes para suas necessidades sócio-relacionais. Como seriam cuidadas essas pessoas não fossem os profissionais que chegam até as suas moradias? Elas teriam recursos para procurar ajuda em uma região tão desprovida de equipamentos de saúde?

Embora os profissionais tenham consciência da dimensão dos problemas e trabalhem na intenção de apoiar a população, vivenciam a impotência diante da ausência de redes de serviços. Nesse cenário, a equipe NASF tem sua atuação restrita pelas limitações ao atendimento de todo o contingente de pessoas com transtorno mental grave, mas não deixa de oferecer segurança e retaguarda de cuidado especializado para as equipes de ESF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grupo entrevistado se mostrou extremamente vulnerável, situação que reforça o papel dos serviços no reconhecimento de necessidades que muitas vezes não são percebidas por sujeitos que tem sua principal preocupação na sobrevivência alimentar. Os serviços de saúde presentes na rede do território estudado não são suficientes para assegurarem a integralidade do cuidado e a resposta às neces-

sidades de saúde dos sujeitos com transtorno mental grave.

O conhecimento construído com a elaboração desse estudo propicia a reflexão sobre a importância e centralidade das ações ofertadas pela articulação entre UBS e equipe do NASF junto aos sujeitos com transtorno mental grave em relação a possibilidade de oferta de apoio assistencial e sócio relacional para habitarem o território e efetuarem trocas sociais significativas, apesar das carências estruturais

e de redes de serviço.

Viu-se que há um longo caminho a percorrer até que as proposições da atual Política de Saúde Mental se efetivem plenamente e, para tanto, faz-se necessário atuarmos como agentes de transformação nesse desafio de produzir reflexão e produção de conhecimento objetivando a transformação do cenário de falta de assistência e invalidação da população com transtorno mental grave.

BERTAGNONI, L.; MARQUES, A. L. M.; MURAMOTO, M. T.; MÂNGIA, E. F. Nucleus of Support to Family Health and Mental Health: Therapeutic Itineraries users accompanied in two Basic Health Units. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n. 2, p. 153-162, maio/ago. 2012.

ABSTRACT: This article is part of the project “The network of mental health within the PET Mental Health USP: Challenges in building healthcare practices and education to work as a team”, developed in the context of the Labor Education Program for Health (PET - Mental Health) 2011-2012. Its aim was to know the therapeutic itineraries of people suffering from severe mental illness, assisted by mental health actions on primary health care settings. As secondary goals: to know the path of patients in their search from help to their mental health needs, the therapeutic offers given from the facilities and their opinion about these offers. The research was qualitative and was carried out from June 2011 to June 2012. It was concluded that research participants are presented as people with major health problems both physical and mental that has the only reference in UBS care, being accompanied by the work of teams of the Family Health Strategy. The network of services available is scarce, besides being poor in resources and offers services far between which prevents user access.

KEY WORDS: Mental health; Primary health care; Family health; Assisted living facilities; Patient care team.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. S. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

BRASIL. *Lei n. 10.216/2001*. Diário Oficial da União, abri. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília (DF), 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: OPS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS, Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS, Núcleo Técnico da Política

de Humanização. *Equipe de referência e apoio matricial*. Brasília, 2004.

BRASIL. *Portaria GM n. 154*, de 24 de janeiro de 2008 - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília, 2008.

CASTEL, R. Da indignância, à exclusão, à desfiliação. In: *Saúde e loucura*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 21-48.

CECÍLIO, C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS- UERJ-ABRASCO, 2001.

DATASUS – CNES – *Cadastramento nacional dos estabelecimentos de saúde*. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em jun. 2011.

FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MÂNGIA, E. F.; ASSUMPCÃO, C. N.; QUINTA, J. M.; RUFINO, M. F. Necessidades de adolescentes com sofrimento psíquico. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 14, n. 3, p. 123-32, 2003.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.19 n. 3, 2008.

MÂNGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*,

v. 19, n. 1, p. 61-71, 2008.

RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. *Boas práticas em saúde mental comunitária*. Barueri: Manolle, 2009.

SÃO PAULO. Universidade de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. *Projeto: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde / Saúde Mental 2011-2012*, São Paulo, 2012, [mimeo].