

Trabalho colaborativo em saúde mental

Luiz F. Chazan,^{1*} Sandra P. Impagliazzo,¹ Angela M. Silva,² Kali V. G. Alves,¹ Andréa B. Albuquerque,¹ Roberta S. Ciuffo¹

Resumo

Introdução: Trata-se de um relato da parceria entre a Disciplina de Psicologia Médica (PSIMED) e o do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária (DMIF), que começa nos anos 80 com um trabalho conjunto no Ambulatório de Medicina Integral (AMI). Esta parceria vem se consolidando e atualmente se desenvolve para além do AMI, em unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF). **Materiais e Métodos:** Este trabalho interprofissional tem como eixo o cuidado colaborativo, com ferramentas como interconsulta e consultas conjuntas, que são utilizadas na ESF, por meio do apoio matricial oferecidos pelos Núcleos de Apoio à Saúde de Família (NASF). Outra estratégia são grupos com pacientes crônicos e portadores de HIV, importantes para a construção do cuidado compartilhado. O objetivo desta parceria é proporcionar um espaço de aprendizado e assistência que opera com os conceitos de integralidade, interdisciplinaridade e horizontalidade do cuidado para internos, *staffs*, residentes e pós-graduandos de saúde mental, medicina de família e pacientes. **Resultados:** Integração exitosa do DMIF e da PSIMED com a Secretaria Municipal de Saúde com foco nos NASF em clínicas da família. Também houve o incremento da formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e Saúde Mental. **Discussão:** Reconhecer que a subjetividade é parte indissociável da relação médico-paciente e que dispomos de ferramentas para o desenvolvimento de competências e habilidades, contribuindo para a formação dos profissionais de Saúde e para uma Atenção Primária resolutiva e reforçando a parceria firmada entre dois campos – saúde mental e medicina de família – que há anos vem se construindo de forma sólida e eficaz.

Descritores: Saúde Mental; Atenção primária à saúde; Integralidade em saúde; Assistência integral à saúde.

Abstract

Collaborative work in mental health

Introduction: This is a report about the partnership between the Discipline of Medical Psychology (PSIMED) and the Department of Integral Medicine, Familiar and Community (DMIF) starting in the 80s, with a joint work in the Ambulatory of Integral Medicine. This partnership keeps on consolidating, and it is currently developing itself to beyond the AMI, in Family Health Strategy (ESF) units. **Material and methods:** This interprofessional work has as an axis the collaborative care, with tools such as interconsultation and joint consults used in the everyday of Primary Care, using the matrix support model provided by the Family Health Support Nucleos (NASF). Another strategy is the work made with chronicle patients and carriers of HIV, important for

1. Unidade Docente Assistencial de Saúde Mental e Psicologia Médica. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
2. Serviço de Psicologia. Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

*Endereço para correspondência:

Rua Almirante Tamandaré, 66/1.119
Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 22210-060.
E-mail: lfchazan@gmail.com

Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2016;15(3):253-260
doi: 10.12957/rhupe.2016.29453
Recebido em 01/07/2016. Aprovado em 03/11/2016.

the construction of the shared care. The objective of this partnership is to provide a learning and assistance space that operates with the concepts of integrality, interdisciplinarity and horizontality of collaborative care to interns, staffs, residents and post-graduates of mental health, family medicine and the patients. **Results:** Successful integration of DMIF and PSIMED with the Municipal Health Secretary with focus on the NASF in Family Clinics. There has also been the increment of formation in Family and Community Medicine (MFC) and Mental Health. **Discussion:** To recognize that the subjectivity is an inseparable part of the doctor-patient relationship and that we have tools to develop skills and ability, contributing to the health professional's formation and to an efficient Primary Care, strengthening the partnership firmated between two fields – mental health and family medicine – which has been building itself in a solid and effective way over the years.

Keywords: Mental health; Primary health care; Integrality in health; Comprehensive health care.

Resumen

El trabajo colaborativo en la salud mental

Introducción: Este es un informe sobre la colaboración entre la disciplina de Psicología Médica (PSIMED) y el Departamento de Medicina Integral, Familiar y Comunitaria (DMIF), que empieza en los años 80 con un trabajo de colaboración en el Ambulatorio de Medicina Integral (AMI). Esta colaboración se ha consolidado gradualmente, y en el presente se desarrolla más allá del AMI, en unidades de Estrategia de Salud Familiar (ESF). **Materiales y métodos:** Este trabajo interprofesional tiene como eje el cuidado colaborativo, con herramientas como interconsultas y consultas conjuntas, que son utilizadas en la

ESF, por meio do apoio matricial oferecido por los Núcleos de Apoio a la Salud de la Familia (NASF). Otra estrategia son los grupos con pacientes crónicos y portadores de VIH, importantes para la construcción del cuidado compartido. El objetivo de esta colaboración es proporcionar un espacio de aprendizaje y ayuda que actúe con los conceptos de integralidad, interdisciplinariedad y horizontalidad del cuidado para internos, staffs, residentes y estudiantes de posgrado en salud mental, medicina de familia, y pacientes. Resultados: Integración exitosa del DMIF y PSIMED con la Secretaria Municipal de Salud con foco en los NASF en Clínicas de Familia. También hubo aumento de formación en MFC (Medicina

Breve história

Neste número especial da Revista HUPE, que soma à comemoração dos dez anos do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária (DMIF) da UERJ e os 40 anos do seu Programa de Residência, este artigo objetiva relatar a experiência exitosa de parceria entre a disciplina de Saúde Mental e Psicologia Médica (PSIMED) e o DMIF. Esta parceria vem, desde a década de 1980, se fortalecendo como alternativa às vicissitudes do ensino e da assistência hegemônicas, que se baseiam no modelo hospitalocêntrico, anatomoclínico e excludente.

Juntos testemunhamos os primeiros anos da Residência em Medicina de Família, Geral e Comunitária, da criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), do reconhecimento da Medicina de Família como uma especialidade médica, da criação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e da parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que ampliou de forma consistente a atuação do atual DMIF para além dos muros da UERJ.

As práticas de interconsulta¹² e consultas conjuntas³ tiveram início no Ambulatório de Medicina Integral (AMI), a partir da iniciativa de uma dupla de professores da Medicina Integral e da PSIMED que se dispuseram a compreender e acolher as questões e desafios vivenciados pelos internos no atendimento ambulatorial aos pacientes, oferecendo suporte tanto para o sofrimento físico quanto mental. O foco era na dupla interno-paciente, buscando nesta dinâmica a compreensão das angústias e soluções encontradas no processo terapêutico. Ao final do turno, era realizado um grupo com características de grupo Balint para discussão e melhor compreensão dos casos do dia — elementos hoje considerados fundamentais para o apoio matricial.

Este encontro foi possível em função de uma conjugação de conhecimentos e interesses que se mostraram complementares entre as partes. Por um lado, autores

Familiar y Comunitaria) y Salud Mental. Discusión: Reconocer que la subjetividad es parte inseparable de la relación doctor-paciente y que disponemos de las herramientas para el desarrollo de capacidades y habilidades, contribuyendo para la formación de los profesionales de Salud y para la Atención Primaria resolutive, reforzando la unión establecida entre dos campos — salud mental y medicina familiar — que, hace años se construye de forma solida y eficaz.

Palabras clave: Salud mental; Atención primaria de salud; Integralidad en salud; Grupo de atención al paciente; Atención integral de salud.

como Júlio de Mello Filho,⁴ Abram Eksterman,⁵ Danilo Perestrello,⁶ Donald Winnicott e Michael Balint⁷ subsidiavam a compreensão integradora e interdependente do ser humano, fundamental para o campo prático da PSIMED, que se constituía a partir das experiências assistenciais. Por outro lado, a Medicina Integral trazia, a partir da compreensão da tríade saúde-doença-cuidado, o impulso para reorganizar o modelo docente-assistencial biomédico hegemônico para o integral, a partir da atenção primária. Referindo-se à Residência em Medicina de Família e Comunidade, Ricardo Donato⁸ nos dá uma ideia do que já era uma proposta de formação médica integral:

Esperava-se que o egresso soubesse valorizar a relação médico-paciente e entendesse a importância do trabalho em equipe e da participação individual e comunitária nas questões de saúde. Era esperado também que desenvolvesse competências no campo da resiliência, isto é, da capacidade de superação, dessa totalidade biopsicossocial que é o ser humano.

Desde o início, a noção de atenção integral em saúde e de integralidade foram os grandes pilares de sustentação do trabalho colaborativo entre a Medicina Integral e a PSIMED, como veremos a seguir.

As bases conceituais do trabalho colaborativo para atenção integral em saúde

A atenção integral em saúde tem no conceito da integralidade um norteador importante para a ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença. O termo traz consigo a contraposição à ideia de que o adoecimento acontece em uma parte do corpo e não integralmente nele. Logo, as ferramentas muitas vezes utilizadas para recuperar tal 'parte' são tão limitadas quanto essa compreensão, que pode impactar negativamente nos indi-

ces de resolutividade do Sistema Único de Saúde (SUS).

O princípio da integralidade é um eixo orientador do SUS, presente na Lei 8.080/1990,⁹ que o cria e o regulamenta. Longe de querer aprofundar o estudo deste princípio, não pela sua pouca importância, mas por extrapolar o objetivo aqui delineado, cabe uma breve consideração a seu respeito antes de nos debruçarmos sobre o trabalho colaborativo para a integralidade no cuidado à saúde.

Tendo como base estudos realizados no Instituto de Medicina Social da UERJ sobre a integralidade no cuidado, fica nítida a riqueza deste conceito e sua aplicação na atenção à saúde, pois tem na amplitude de seu sentido, a concepção de saúde, a compreensão do sistema de saúde, a organização dos serviços, o trabalho em equipe interdisciplinar e a prática da intersectorialidade, além de ser um princípio e uma diretriz constitucionalmente definidos.

Acioli¹⁰ entende integralidade como

[...] uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta em planos distintos de atenção à saúde (plano individual - onde se constrói a Integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico - onde se garante a Integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.

Mattos¹¹ afirma que integralidade pode ser entendida de formas distintas, embora sempre indicando, em quaisquer dos deles, um rompimento do reducionismo e objetivação dos sujeitos presentes no cuidado à saúde e na prática da medicina ainda vigente; pode representar a ampliação do diálogo.

O autor reflete sobre três grandes conjuntos de sentidos do princípio de integralidade: o primeiro se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, ligados ao que se pode considerar como boa prática, caracterizado como princípio de integralidade orientador da organização das práticas; o segundo refere-se a atributos da organização dos serviços, caracterizado como princípio orientador da organização do trabalho; o terceiro está ligado às respostas governamentais aos problemas de saúde, caracterizado como princípio orientador da organização das políticas.¹¹

Assim, o conceito de integralidade é uma das bases conceituais do cuidar desenvolvido pelas disciplinas de PSIMED e de Medicina Integral da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ.

Utilizando ferramentas de cuidado integral e cola-

borativo - interconsulta, consulta conjunta, reuniões de equipe -, representam uma das bases estruturantes na prática da gestão interdisciplinar proposta por Campos,¹² como 'apoio matricial'.

O apoio matricial pode ser compreendido como "um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.¹³ Esse modelo tem sido norteador das experiências de integração - ou do cuidado colaborativo - entre a saúde mental e a atenção primária em diversos municípios do Brasil.

O termo 'apoio matricial', pressupõe uma transformação na abordagem e no manejo dos problemas apresentados nos serviços de saúde. Requer romper com a tradicional verticalização hierárquica na abordagem desses complexos problemas por meio de encaminhamentos, referência e contrarreferência para se assumir uma ótica horizontal que integre diferentes saberes, dos diferentes atores e nos diferentes níveis de assistência.

Com relação ao trabalho desenvolvido no AMI, vivenciamos uma troca de saberes em busca de uma estratégia de intervenção comum que privilegie um olhar integral para o paciente, na qual este paciente experiencie ser sujeito no seu processo saúde-doença, implicado na construção deste processo e também na estratégia de resolução do seu problema de saúde, buscando transformar a maneira de abordar e tratar os problemas de saúde.

A experiência nos mostra que ampliar a escuta ao paciente, ultrapassando o exame físico e a investigação dos sinais e sintomas, conseguir compreender quem é o sujeito que sofre, como ele pensa, que sentido produz para o que ele tem, como é a sua vida, o seu trabalho, a sua família, se está satisfeito com a vida que tem, ou se está com problemas familiares e/ou emocionais e/ou sociais possibilita colocar a doença num outro patamar e sob uma nova ótica. Esta compreensão mais aprofundada, esclarecedora e, geralmente, mais complexa, exige dos serviços de saúde uma resposta que contemple todas essas variáveis. Daí o apoio matricial ser uma estratégia que busca dar suporte às equipes assistenciais na abordagem e manejo dessas questões.

O que temos buscado nessa parceria, ao longo das últimas décadas, é proporcionar um espaço de aprendizado para todos os atores envolvidos: internos, preceptores, residentes e pós-graduandos de saúde mental e de Medicina de Família e o paciente. A lógica deste trabalho é que não existe uma área de saber hegemônica e sim saberes diferentes compartilhados em busca de

um olhar integral para o sujeito que adocece. Tal olhar só é possível pela lógica do trabalho em equipe que inclui a os diferentes saberes, assim como proposto no apoio matricial.

Esse novo modo de produzir saúde situa-se dentro da perspectiva do pensamento construtivista que trabalha com a hipótese de uma eterna reconstrução de pessoas e processos em virtude da interação dos sujeitos [...]. Essa capacidade se desenvolve [...] pela elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes."¹³

No AMI, temos a confluência de – por parte da PSIMED – psicólogos do curso de especialização, residentes R3 de Psiquiatria do Hospital Pinel e da UERJ e seus preceptores e – por parte do DMIF – internos, residentes de MFC e seus preceptores. A proposta é que o profissional de saúde mental atue nesta ótica colaborativa com a equipe médica, com intervenções que contribuam tanto para a assistência ao paciente quanto para a formação médica.

Assim, conhecer a pessoa do paciente, sua inserção familiar e social e estilo de vida são determinantes para se compreender sua forma singular de adoecimento, recuperação e manutenção de saúde. Importa saber como e porque essa patologia se manifesta nesse momento da vida dessa pessoa; importa saber como essa pessoa vivencia esse adoecimento, qual o sentido por ela atribuído a essa experiência e quais são suas possibilidades de tratamento.

É preciso ressaltar que algumas vezes as queixas somáticas representam a tentativa do paciente em expressar um sofrimento psíquico que não encontra expressão própria em seu universo simbólico. Outras vezes, a queixa somática pode ser a resultante do imbricamento de fatores psíquicos e somáticos. Ou ainda, talvez não seja possível distinguir, em uma queixa, o que é da ordem do psíquico e do somático, na medida em que é sempre a experiência singular daquela pessoa que se expressa na queixa, trazendo, portanto, necessariamente, elementos subjetivos.

Quando o médico foca apenas na queixa somática, buscando responder a essa queixa objetivamente, exclusivamente com recursos medicamentosos ou orientações higienodietéticas, deixa fora de seu campo de ação algo que também exige intervenção e que pode ser determinante para a eficácia da terapêutica propos-

ta.^{14,15} Nessa perspectiva, o processo diagnóstico engloba a escuta cuidadosa do relato do paciente acerca de seus problemas, sintomas ou doenças, o exame clínico e a observação atenta de como o paciente e seus familiares vivenciam essas experiências.

É no âmbito da relação médico-paciente que essa história vai sendo gradativamente construída: é a história desse paciente e de seu adoecimento que é relatada dessa forma para esse médico. O que o médico expressa em sua fisionomia, o modo como olha o paciente (ou não), as perguntas que faz, o modo como anota algumas informações (e não outras), enfim; todas as atitudes do médico pontuam, mesmo que inadvertidamente, o relato do paciente, direcionando-o discretamente.

Como uma via de mão dupla, também as atitudes do paciente, seu modo de falar, de olhar, de se expressar, geram impactos no médico, modulando, também discretamente, suas ações e reações. Em suma, a relação médico-paciente é sempre a relação entre duas subjetividades, com suas próprias histórias pessoais e seus valores, seus jeitos singulares de lidar com a vida. E é nesse espaço intersubjetivo, campo de afetação mútua, que a prática médica, em sua dimensão técnica, acontece.

É um desafio desenvolver abordagens clínicas que abarquem fatores psicossociais. Não se trata apenas de coletar dados da vida pessoal do paciente, mas de aprender a escutar, no discurso do paciente, tudo aquilo que diz respeito a seu modo singular de viver, ao seu jeito próprio de funcionamento psíquico e que diz do modo como adocece e como se cuida. Mas também não se trata apenas de saber escutar: há que se aprender como inserir, no raciocínio clínico, esses dados acerca da pessoa do paciente, sua história, de modo a efetuar um diagnóstico que efetivamente leve em consideração as particularidades de apresentação de determinada doença em determinada pessoa.

A interconsulta em saúde mental e, particularmente, a consulta conjunta se mostram recursos valiosos para promover a assistência integral ao paciente, ao mesmo tempo que contribui significativamente para a formação médica. Nesse contexto, a tarefa da saúde mental é trabalhar com o médico e o paciente de modo a favorecer a construção de uma relação que seja, efetivamente, terapêutica.

Segundo Botega,¹⁶ a solicitação de interconsulta depende da capacidade técnica e afetiva do médico no manejo de determinado problema clínico. Endossando essa perspectiva, Rossi¹⁷ assinala:

Parece haver um certo *script* a ser seguido por médicos e pacientes. O paciente espera ser acolhido,

examinado, diagnosticado e tratado. O médico espera que o paciente apresente um problema que ele possa tratar de forma eficaz. Quando algo foge disso, uma crise de confiança na relação médico-paciente se instala e pode levar ao encaminhamento do paciente para os profissionais “psi”.

Os motivos mais frequentes de solicitação de interconsulta são a identificação de transtorno mental (principalmente depressão e ansiedade), dificuldade de adesão ao tratamento e questões de ordem psicossociais, especialmente relativas a conflitos familiares. Esse fato remete de alguma forma ao estilo de vida do paciente, modo singular de lidar com as facilidades e dificuldades da vida cotidiana. E a conduta terapêutica envolve, necessariamente, alguma mudança nesse estilo de vida consolidado.

Para tal, faz-se necessário delinear os fatores que estão em jogo na construção e manutenção desse modo de viver. Ressalte-se que nem sempre próprio paciente sabe o que o mantém nesse modo de viver, o que o impede de efetivamente transformar suas atitudes de modo a minimizar seu próprio sofrimento.

Parceria no trabalho grupal

Outra estratégia importante utilizada na parceria entre o DMIF e a PSIMED é a realização de trabalhos com grupos que se mostraram extremamente eficazes dentro da proposta de cuidado integral.

O trabalho com grupos no cuidado em saúde tem sido extensamente estudado, com resultados muito positivos.¹⁸ Em relação a grupos interdisciplinares, há uma possibilidade de ampliação das perspectivas abordadas, como em um caleidoscópio, no qual cada “parte” se une às outras formando assim uma configuração única (e mutável a cada novo encontro).

Some-se a isso, a noção de que por “partes” consideramos: características biopsicossociais de cada integrante, configurações relacionais formadas a partir das diferentes pessoas participantes e as diversas formações dos profissionais envolvidos nas coordenações. E é diante desta pluralidade que o DMIF e a PSIMED, em função da alta demanda, iniciam um trabalho conjunto voltado para grupos com pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e com pacientes positivos para o HIV. Essa experiência avança na complexidade, acrescentando mais uma faceta: a da formação de profissionais de saúde (estudantes de medicina, residentes de MFC e do Serviço Social, especializando em PSIMED).

As experiências aqui descritas falam de grupos homogêneos interdisciplinares que são “grupos formados

por pacientes portadores da mesma patologia, o que permite oferecer-lhes possibilidades terapêuticas e preventivas que as consultas individuais não atingem ou atingem com menor eficácia”.²⁰ A coordenação conjunta e multidisciplinar integra as diferentes abordagens de cuidado e uma descentralização da coordenação, a partir da alternância de papel de coordenador, permite haver corresponsabilização de todos os envolvidos.

Grupo Com Vida: grupo aberto, iniciado em 1996. É voltado para o cuidado a pacientes portadores de HIV/AIDS a partir da perspectiva de informação, reflexão e suporte. Possui coordenação multidisciplinar desde o seu início. Em 2003, começou a receber profissionais em formação (graduação e pós-graduação), em decisão conjunta com os pacientes.

Grupo Conviver: em duas fases, fechado na primeira e aberto na segunda, voltado para ampliação do cuidado e autocuidado de pacientes portadores de hipertensão e diabetes. Proporciona uma interação entre residentes de Medicina de Família e alunos da Especialização em PSIMED, que, divididos em duplas, participam da organização, seleção e coordenação conjunta dos grupos. A supervisão também é integrada, reforçando a experiência de integralidade no cuidado.

Há nesses grupos também a proposta de construção de tecnologias conjuntas de trabalho, superando a tendência de superespecialização, o frequente isolamento dos conhecimentos em “guetos corporativos”, proporcionando a vivência de projeto terapêutico singular, integral e com corresponsabilização. Com isso, há a ampliação da capacidade dos pacientes no autocuidado, reforçando a característica de sujeitos ativos e reflexivos sobre sua condição de sofrimento biopsicossocial.

Grupo Balint: grupos de reflexão sobre o trabalho, com participação dos residentes de Medicina de Família e Comunidade e coordenação de profissionais da PSIMED, com “função estruturante, demonstrando a viabilidade prática da ideologia”.¹⁸

O trabalho com grupos desenvolvido em parceria entre a PSIMED e o DMIF, dessa forma, incrementou ainda mais a proposta de cuidado compartilhado, trazendo novas possibilidades e perspectivas de trabalho interdisciplinar, além de envolver a dinâmica dos processos grupais para o enfrentamento de situações que, individualmente, não teriam a mesma eficácia.

Aplicação dessa experiência nos NASF da APS-RJ

A experiência acumulada ao longo de anos da parceria entre o DMIF e a PSIMED foi capital para inte-

Relato exper

gração com a Secretaria Municipal de Saúde (SMSDC-RJ) com foco nos Núcleos de Apoio à Saúde de Família (NASF) em algumas clínicas da família.

Os NASFs²⁰ se estruturaram na forma de apoio matricial às equipes de saúde da família, que, pela complexidade de suas ações, exigem a contribuição de outros profissionais. Os profissionais de saúde mental têm participado do apoio às ESF sobre os cuidados aos portadores de sofrimento mental e seus familiares. Seu papel vem se ampliando, incluindo a atenção a idosos, usuários de álcool e outras drogas, crianças, adolescentes, mulheres vítimas de violência e outros grupos vulneráveis. Englobam também ações de enfrentamento ao sofrimento subjetivo associado ao adoecimento e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas.²¹

Ao olharmos a experiência já consolidada no AMI ao longo dos anos, vemos que este trabalho se amalgama como “natural” com o modelo de apoio matricial proposto para os NASF, conjugando-se organização e prática.

A configuração do NASF,²² com equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada às equipes de saúde da família, não foi uma novidade para aqueles que já desenvolviam um trabalho de integração entre a saúde mental e a medicina de família no AMI. Afinal de contas, essa integração já utilizava estratégias como a interconsulta, a consulta conjunta, a discussão de casos, a construção do cuidado colaborativo.

Nesse contexto, o apoio matricial ganha especial relevância. O AMI, como espaço de formação de profissionais de saúde, constitui o cenário de treinamento prático para profissionais “psi” em sua atuação como matriciadores e profissionais médicos na ampliação de seus recursos técnicos e subjetivos para intervenções de cunho psicossocial.

Uma pesquisa realizada na rede de Atenção Básica em Campinas - SP²³ mostrou que equipes de referência consideram sua formação insuficiente para lidar com as questões subjetivas e o sofrimento psíquico. A angústia e a insegurança relatadas pelos profissionais foram analisados como indicativos da falta de recursos teóricos e técnicos que embasem suas intervenções: “Muitos profissionais afirmam que podem acolher os pacientes e escutá-los em seu choro, mas, para além do acolher, não sabem como fazer uma intervenção que seja potente como resposta àquele choro.”²³

A partir de 2009, houve um significativo avanço da APS na cidade do Rio de Janeiro:

O Município do Rio de Janeiro, até o ano de 2009, apresentava uma organização de seu sistema público de saúde pobremente embasada na APS. A cobertura da Estratégia Saúde da Família era em torno de 7%. A partir desse ano, uma mudança radical na gestão da saúde pública foi iniciada. Forte ênfase foi dada para a APS, por meio do estímulo à Estratégia Saúde da Família, chegando ao final do ano de 2012 a uma cobertura de ESF de cerca de 40%.²⁴

Com o avanço da ESF no município, abre-se a possibilidade de o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do DMIF expandir seus espaços e passar a atuar em algumas clínicas da família. E também se inicia a integração da PSIMED com os NASFs da Área Programática (AP) 2.2, por meio do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária em Saúde (LIPAPS) e do Núcleo de Saúde Mental da Policlínica Piquet Carneiro (PPC).

Esta parceria envolve o apoio matricial realizado por profissionais de saúde mental vinculados ao LIPAPS e à PPC, seja como docentes, seja como psiquiatras contratados, residentes em psiquiatria do Instituto Philippe Pinel ou alunos do curso de Especialização em PSIMED. Atualmente essa parceria acontece em seis clínicas da família no Município do Rio de Janeiro. Percebe-se assim a continuidade, a consolidação e o amadurecimento do projeto iniciado a partir da parceria entre a PSIMED e o DMIF, agora fora dos espaços do HUPE e compondo uma rede de atenção à saúde que dá sentido ao cuidado integral à saúde.

Tal parceria entre o DMIF, a PSIMED e a SMS não se limita ao apoio matricial realizado nas clínicas da família. A partir dela, surgem importantes espaços de integração, como a participação da PSIMED nos Fóruns de Saúde Mental dos NASFs e nas supervisões de território, em que é possível discutir casos com as equipes do NASF.

Como forma de construir e consolidar uma rede efetiva de saúde mental, o Núcleo de Saúde Mental da PPC configura-se como ambulatório de retaguarda para pacientes assistidos nas clínicas da família e que demandam cuidados do nível secundário. Ou seja, os casos atendidos em apoio matricial e que o projeto terapêutico singular envolva o cuidado secundário, são atendidos na PPC, de forma integrada e compartilhada com a equipe de saúde da família. Esta experiência tem se mostrado como uma efetiva possibilidade de agregar os campos da Saúde Mental e da Atenção Primária em Saúde — coroando o projeto iniciado há quase 40 anos

no HUPE.

A assistência à saúde mental na APS é um desafio. Há uma alta prevalência de transtornos mentais comuns na APS²⁵ com uma falha na detecção de até 50% dos casos e com muitos quadros que não são diagnosticados ou não têm o diagnóstico correto. Muitas vezes os projetos terapêuticos são inadequados, com consumo incorreto de psicofármacos, principalmente benzodiazepínicos.²⁶ O apoio matricial surge como possibilidade de proposta de intervenção com eixo pedagógico-terapêutico. A experiência de integração entre a PSIMED e o DMIF na Estratégia Saúde da Família traz uma importante metodologia de educação permanente, tanto das equipes de saúde da família como das equipes de especialistas em saúde mental, em especial dos residentes de ambas as áreas.

O desenvolvimento de competências em intervenções em saúde mental pela equipe de saúde da família¹³ desmistifica a ideia de que o campo da saúde mental é exclusivo dos psiquiatras e psicólogos. O acolhimento, a escuta, o suporte e o esclarecimento — que integram a intervenção terapêutica em saúde mental — passam a ser entendidos como ações da equipe de saúde da família no cuidado aos pacientes. Assim, percebe-se que essas são habilidades essenciais ao médico de família e que são passíveis de serem aperfeiçoadas a partir do apoio matricial. Há, então, uma alta resolutividade da ESF com o uso de tecnologias de intervenção pelo não especialista, e essas tecnologias precisam ser desenvolvidas.

Por outro lado, a inserção de residentes de Psiquiatria e de especializando em PSIMED no campo de atuação da APS, possibilita que esses profissionais, em processo de formação, desenvolvam outra percepção do cuidado em saúde mental: o protagonismo do cuidado sai das mãos dos “psis” e passa a ser responsabilidade da ESF, com protagonismo do paciente, de sua família, seu território, seu contexto. Este é um aprendizado fundamental para os profissionais de saúde mental, já que permite um novo espaço de atuação, com novos desafios e perspectivas.

As experiências de integração com a rede de APS nos aponta que a educação permanente deve ser o grande norteador da inserção da saúde mental na APS, tendo como foco de atuação as equipes, especialmente os profissionais em processo de formação. Além de capacitar as equipes a reconhecer os casos de saúde mental que demandam algum nível de intervenção, enfatizando que a maioria deles encontra resolubilidade com ações realizadas pelo próprio profissional da Atenção Primária.

Estes são aprendizados que fazem parte do cerne da integração entre o DMIF e a PSIMED, união que teve a ousadia de se iniciar em uma época na qual a APS ainda era um embrião e a Psiquiatria, com raras exceções, estava confinada aos manicômios.

Referências

1. Ferrari H, Luchina N, Luchina IL. La Interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario. Buenos Aires: Nueva Visión; 1977. 146 p.
2. Lipowski ZJ, Wise TN. History of consultation-liaison psychiatry. In Textbook of Consultation Liaison Psychiatry. Edited by Wise MG, Rundell JR. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2002:3-11.
3. Mello Filho J, Silveira LMC. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde Rev. Bras. Educ. Méd. mai-ago 2005; 29(2):147-151.
4. Mello Filho J. Concepção Psicossomática: Visão Atual. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1978. 214 p.
5. Eksterman A. Material Didático [Internet] Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica. Acesso em 04 de jun de 2016. Disponível em: <http://www.medicinapsicossomatica.com.br/materialdidatico.htm>.
6. Perestrello D. A Medicina da Pessoa. 4ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 1989. 272 p.
7. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2005. 332 p.
8. Rodrigues RD. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UERJ: uma perspectiva histórica. Rev Bras Med Fam e Com. Rio de Janeiro. Out /dez 2007;3(11):149-156.
9. Brasil. Lei nº8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. DF: 1990. Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.html, acesso em 14 de maio de 2016.
10. Acioli S. Os sentidos das práticas voltadas para a saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Pinheiro R, Mattos RA. (orgs). Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p 157-166.
11. Matos RA. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões a cerca de valores que merecem ser definidos. Pinheiro, R. e Mattos, R.A. (orgs). Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. RJ: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.p 39-64.
12. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva, São Paulo. 1999;4(2):393-403.
13. Chiaverini, DH (Org.). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236p.
14. Farias CNF. Psicanálise/Medicina: Qual laço possível?. In: Coloquio Do Lepsi IP/FE-USP, 5., 2004, São Paulo. Proceedings online. Acesso em 30 de mai de 2016. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000032004000100021&lng=en&nrm=abn.
15. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. Interface (Botucatu) [Internet]. 2006 Dec [cited 2017 Apr 24];10(20):347-362.

- Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200006>
16. Botega NJ. Interconsulta Psiquiátrica: visão psicodinâmica. In: *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006. p.87-102.
 17. Rossi L. Gritos e sussurros: a interconsulta psicológica nas unidades de emergências médicas do Instituto Central do Hospital das Clínicas FMUSP. Dissertação. Programa de pós-graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia. USP, 2008.
 18. Mello Filho, J (Org.). Grupo e Corpo: Psicoterapia de Grupo com Pacientes Somáticos. 1ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 435p.
 19. Chazan LF. Grupos Homogêneos Interdisciplinares. In: Mello Filho J. (Org.). Grupo e Corpo: Psicoterapia de Grupo com Pacientes Somáticos. Porto Alegre: Artmed, 2000. p.163-171.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.
 21. Conselho Federal de Psicologia A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família/Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2009.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
 23. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2009 Feb [cited 2017 Apr 24];14(1):129-138. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018>.
 24. Organização Pan-Americana da Saúde. Série Técnica Inovação na Gestão; Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS: OPAS, 2013.
 25. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 2008 Mar [cited 2017 Apr 24];30(1):32-37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000100006&lng=en. Epub Dec 20, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000100006>.
 26. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2007 Feb [cited 2017 Apr 24]; 23(2): 399-407. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.