

Matriciamento em Saúde Mental
A construção de um fazer

Greice Pedroso Zanini

Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização em
Psicologia – Ênfase em Saúde Comunitária – sob orientação da
Prof^a. Dr^a. Clarissa De Antoni

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Porto Alegre, março/2012

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo realizar relato de experiência sobre o processo da implantação da estratégia de Matriciamento em Saúde Mental no município de Encruzilhada do Sul –RS. O Matriciamento em Saúde Mental constitui-se como uma forma de organização do fluxo dos usuários de saúde mental, bem como visa a construção da rede de cuidados junto as unidades básicas de saúde, desviando a lógica de encaminhamentos indeterminados para uma lógica de responsabilização. Para tanto foi construído junto à rede de saúde do município uma forma própria de trabalhar de acordo com as peculiaridades deste município, enfrentando inúmeras dificuldades, tais como a resistência dos profissionais da rede básica em trabalhar com pessoas em sofrimento psíquico, e gratificações relacionadas ao identificar que as ações começaram a organizar a rede de atenção em saúde mental.

Palavras-chave: matriciamento em saúde mental; rede de cuidados; unidade básica de saúde.

Introdução

A história da loucura no Brasil mostra que a hospitalização de pessoas com transtornos mentais é bastante recente, sendo que nos três primeiros séculos após o descobrimento do país, estas vagavam pelos campos e ruas das cidades, ou ainda ficavam reclusas nas casas das famílias mais abastadas. Com o crescimento urbano, a presença dos loucos e outros desviantes nas ruas se tornou indesejável e, com isso, foram colocados em prisões e porões das instituições religiosas, como as Santas Casas. Em função dos maus-tratos, os políticos da época fizeram apelos humanitários direcionados à criação de instituições exclusivas para acolhê-los (Souza & Braga, 2006). Com base na legislação de 1934, o modelo de assistência psiquiátrica estava calcado na hospitalização e asilamento, indo ao encontro da idéia de manter a segurança da ordem e da moral pública (Moura, 1987, citado por Gonçalves & Sena, 2001).

A mudança deste paradigma no Brasil foi contemporânea à Reforma Sanitária na década de 1970, bem como teve ressonância a partir das políticas públicas no país que tiveram um marco teórico e político na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), culminando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) (Brasil, 2005; Hirdes, 2009). Além disso, este movimento social teve como importante sustentação a “Declaração de Caracas”, que foi importante documento para as reformas na atenção à saúde nas Américas, aprovada na última sessão da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, realizada em Caracas, na Venezuela em 1990 (Boarini, 2006).

Cabe ressaltar que a Reforma Psiquiátrica no Brasil teve como inspiração a experiência italiana da desinstitucionalização, que se baseou em um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais relacionados às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes (Brasil, 2005). Essas transformações decorrentes da desinstitucionalização vão ao encontro de romper uma lógica de “problema-solução” (doença – cura) para a construção de uma lógica de “probabilidade – possibilidade” (produção de vida, de sentido, de sociabilidade e convivência) (Rotelli et al., 1990).

Nesse sentido, a reforma psiquiátrica brasileira é entendida como um processo político e social complexo, uma vez que compreende um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais acerca das pessoas portadoras de sofrimento psíquico grave e persistente. Esta foi impulsionada através do movimento social pelos

direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país, com início no ano de 1978. Em 1989 surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, que propõe a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. No Brasil a rede de atenção em saúde mental é constituída pelos CAPS, ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas, centros de convivência e cultura, serviços de saúde mental, emergências e leitos psiquiátricos em hospitais gerais e atendimentos em saúde mental na rede básica de saúde, etc.

Esta rede de atenção está integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é regulamentado pelas leis 8080/90 e 8142/90, e conforme o capítulo II, art 7º da lei 8080/90 os princípios norteadores do SUS são: a universalidade de acesso aos serviços de saúde; a equidade no atendimento; a integralidade da atenção; a descentralização político-administrativa; a resolutividade; participação e controle da sociedade civil, entre outros (Brasil, 2005).

Ao entender que a lógica da reforma psiquiátrica requer expansão da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, bem como o fortalecimento da saúde mental na rede básica, surge a estratégia institucional de Apoio Matricial (AM) (Bezerra & Dimenstein, 2008), que se propõe a oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico às equipes de referência, objetivando a promoção da clínica ampliada e a co-responsabilização dos casos (Campos & Domitti, 2007). Cabe ressaltar que as equipes de Estratégia da Saúde da Família recebem diariamente demandas da saúde mental que abrangem casos de depressão, dependência química, violência doméstica, etc, e segundo o estudo realizado por Bezerra e Dimenstein (2008) essa demanda desperta mal-estar nas equipes por não sentirem-se preparadas para lidar com tais questões.

De acordo com o relatório de saúde mental de 2004 (Brasil, 2004), os CAPS deverão assumir o papel estratégico na articulação e tecimento de redes de atenção em saúde mental, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher pessoas com transtornos mentais graves e/ou persistentes, estimulando sua integração social e familiar, bem como apoiá-las em suas iniciativas de busca de autonomia. Para tanto existem diferentes modalidades de CAPS. O CAPS I apresenta capacidade operacional para atender municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, deve funcionar durante os cinco dias úteis da semana, em dois turnos (manhã e tarde). O CAPS II apresenta

capacidade para atender municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes, também funciona durante os cinco dias úteis da semana, entretanto pode funcionar até três turnos (manhã, tarde e noite até às 21h). O CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, constitui-se como serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24h, diariamente, incluindo feriados e finais de semana (Portaria 336/MS, 2002).

Além dos CAPS citados acima, existem outras modalidades que atendem populações específicas, tais como o CAPS I e II, que é um serviço de atenção psicossocial especializado no atendimento de crianças e adolescentes, em municípios com população a partir de 200.000 habitantes, com funcionamento nos cinco dias úteis em dois turnos, podendo, de acordo com a demanda, comportar um terceiro turno, e o CAPS ad II, que é um serviço destinado para o atendimento de pessoas com transtorno decorrente do uso e dependência de substâncias psicoativas, atende municípios com população a partir de 70.000 habitantes e tem seu funcionamento em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas (Portaria 336/GM, 2002).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) surgiu com o objetivo de reorientar as práticas de saúde de acordo com os princípios do SUS. Estes princípios, já citados anteriormente, vão ao encontro da promoção da saúde, através da construção do cuidado por meio de “trocas solidárias, críticas, capazes de envolver a comunidade, desenvolver as habilidades pessoais e reorganizar os serviços de saúde, integrando as instâncias práticas da vida das pessoas ao seu estado de saúde” (Guedes & Guimarães, 2007 citados por Martins, Braga & Souza, 2009, p.166). Dessa forma as unidades de ESF tornam-se importantes espaços para a promoção da Saúde Mental e prevenção de possíveis agravos, isso por ser um serviço comunitário, centrado na participação popular, o que propicia a construção da autonomia. A partir desta idéia, as unidades de ESF devem ter espaços de inclusão aos indivíduos com sofrimento psíquico, a fim de possibilitar a valorização das potencialidades dos usuários, bem como se comprometer com a integralidade deste (Martins, Braga & Souza, 2009).

Tendo em vista que existe alta prevalência de demanda em saúde mental na atenção primária no Brasil caracterizada, principalmente, por casos de quadros depressivos e ansiosos leves, assim como preocupações, irritabilidade e múltiplos sintomas psicossomáticos (Polet & Hungler, 2004), torna-se importante o suporte técnico especializado do apoio matricial em saúde mental às unidades de Estratégia de Saúde da Família. Além disso, de acordo com estes autores, é função do ESF promover ações em prol da promoção da saúde mental e do reconhecimento de situações de risco para o

adoecimento mental, atuando em todos os níveis, da promoção até a assistência dos casos identificados.

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência da implantação da estratégia de Matriciamento em Saúde Mental, que está em andamento, no município de Encruzilhada do Sul – RS, articulada com a revisão bibliográfica sobre o tema no Brasil.

Contextualização do Serviço

O município de Encruzilhada do Sul está localizado na Serra do Sudeste, 170 Km distante da Capital Porto Alegre, possui uma população de 24.537 habitantes (CENSO, 2010), sendo destes, 7.400 população rural. Do total de habitantes 12.321 são homens e 12.216 são mulheres, a expectativa de vida ao nascer é de 70,22 anos e 17.036 habitantes são alfabetizados, o que corresponde a 86% da população.

A Secretaria de Saúde do município conta com cinco unidades de ESF, uma Unidade Básica de Saúde que atende a população do interior do município, um centro materno-infantil, um Pronto Atendimento, um Hospital, um CAPS I, e com o serviço de saúde mental destinado às crianças e adolescentes independente dos outros dispositivos.

As Unidades de Estratégia da Saúde da Família

O Ministério da Saúde começou a fomentar a implantação do Programa Saúde da Família na atenção básica dos municípios a partir de 1994 (Brasil, 2000). No município de Encruzilhada do Sul a implantação do Programa ocorreu durante o ano de 2005, tendo 5 unidades para cobertura urbana. Observe na tabela abaixo a divisão populacional por ESF e o número de famílias que cada um assiste.

Tabela: *Divisão das Equipes da Saúde da Família no Município de Encruzilhada do Sul*

<i>Unidade de ESF</i>	<i>Nº de Famílias</i>	<i>População</i>
Mariano da Rocha	1167	3935
Paraíso	1139	3586
Alto Alegre	1327	4009
Lava-Pés	1203	4127
Campos Verdes	1385	4394
TOTAL	6221	16042

As equipes de ESF são compostas por 01 médico clínico geral, 01 enfermeiro, 01 técnico em enfermagem, 01 atendente de saúde, 01 serviços gerais, ou seja, a equipe mínima. Entretanto, algumas unidades de ESF têm uma vez por semana atendimentos de especialidades, tais como pediatria e ginecologia. Além disso, cada equipe conta com 05 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que, obrigatoriamente, devem ser moradores da área de abrangência da ESF a qual fazem parte.

A profissão do Agente Comunitário de Saúde é caracterizada pelo trabalho relacionado à prevenção de doenças e promoção de saúde, através de ações domiciliares ou comunitárias individuais ou coletivas. Além disso, há unanimidade no entendimento de que o ACS tem papel de mediador entre o Serviço e a comunidade, bem como entre os diferentes saberes (Bornstein & Stotz, 2008).

Cabe ressaltar, que, as equipes das unidades de ESF encontram-se desfalcadas, duas equipes estão sem médicos e outras três equipes estão com falta de Agentes Comunitários de Saúde. A falta de médicos acontece em função de não haver candidatos às vagas disponibilizadas pela Secretaria Municipal de saúde. Já, as Agentes Comunitárias de Saúde, algumas pediram demissão para trabalhar em outras atividades, e, ainda não houve processo seletivo para estas vagas.

O CAPS – Centro de Atenção Psicossocial I

O CAPS em Encruzilhada do Sul foi inaugurado em 2006. Antes disso, toda a demanda da Saúde Mental do município era atendida em um espaço dentro de uma unidade básica de saúde. Os profissionais da Saúde Mental, que trabalhavam na época (três psicólogos e uma médica psiquiatra), mobilizados fizeram o projeto e conseguiram autorização e verba para o funcionamento do CAPS I.

Atualmente, o CAPS de Encruzilhada do Sul conta com 11 funcionários, sendo estes 03 psicólogos, 01 médico psiquiatra, 01 enfermeira, 01 técnico em enfermagem, 01 oficinheiro, 01 administrador, 01 atendente de saúde, 01 médico clínico geral e 01 serviços gerais. Este realiza cerca de 1100 atendimentos por mês, entre sessões de psicoterapia individual e em grupos, acolhimentos, consultas de enfermagem, atendimento médico e oficinas terapêuticas.

Uma das problemáticas enfrentadas pelo serviço é de que o mesmo atende, não só os casos de transtornos graves e persistentes, mas também aqueles casos mais leves, e dessa forma funcionávamos tal qual um ambulatório de Saúde Mental. De acordo com o

Ministério da Saúde (Brasil, 2007) os Ambulatórios de Saúde Mental prestam assistência às pessoas com transtornos mentais menores (cerca de 9% da população – todas as faixas etárias). Nos municípios menores estes ambulatórios podem, junto a uma rede efetiva de CAPS, servir de suporte dando conta dos casos menos graves, articulando-se, também, com a rede de atenção básica.

O Matriciamento em Saúde Mental

O Matriciamento em Saúde Mental é um arranjo de estratégias articuladoras no processo de construção e transformação da Assistência em saúde mental. É uma estratégia institucional de gestão que visa a construção de uma rede de cuidados, desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de coresponsabilização, sob a ótica da resolutividade à assistência em saúde (Bezerra & Dimenstein, 2006).

A implantação da estratégia de matriciamento em saúde mental no município de Encruzilhada do Sul surgiu a partir da necessidade de fomentar o fortalecimento da rede, bem como de organizar o fluxo de encaminhamentos ao Centro de Atenção Psicossocial, uma vez que o serviço estava recebendo muitos casos que não eram de sua especificidade, os quais a Unidade Básica de Saúde poderia dar conta.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2003) os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de saúde mental, sempre orientado ao resgate das potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, bem como a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados. No município de encruzilhada do Sul, o CAPS conta com uma rede de cuidados ampla, embora em processo de articulação ainda, a qual abrange as Unidades de Saúde, a Assistência Social (que compreende o Centro Referência em Assistência Social - CRAS, Casa de Passagem, entre outros), a Casa de Cultura, a Secretaria de Educação, o Poder Judiciário, o Conselho Tutelar, a Brigada Militar, Polícia Civil, uma ONG, Associação de familiares e usuários do CAPS, Hospitais Gerais da região da 8ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Para tanto, busca-se trabalhar na lógica da intersetorialidade, que conforme Jardim, Cartana, Kantorski e Quevedo (2009, p.246) se constitui em “uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades complexas das pessoas”, e, neste contexto, o CAPS tem o papel de articular o usuário dentro da rede de atenção a fim de que suas necessidades sejam atendidas de forma integral. Sendo assim, utiliza-se de todos os

serviços e dispositivos existentes no território que possam fornecer benefícios a pessoa, relacionados a diferentes setores, como: Educação, Jurídico, Social e da Saúde.

O trabalho do matriciamento em saúde mental foi iniciado nas cinco unidades de ESF do município, através do treinamento para agentes de saúde, com o intuito de instrumentalizá-las para a identificação de sinais de sofrimento psíquico na comunidade, para posterior acolhimento na unidade de saúde. Ademais foram estabelecidas com a equipe de cada unidade datas para a realização de reuniões de equipe.

O acolhimento é uma tecnologia do trabalho em saúde no sentido de garantir o acesso universal aos usuários aos serviços de saúde. Além disso, acolher significa aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, dar acolhida, atender, isso de acordo com pesquisa realizada por Selli, Guimarães, Ern, Gosenhermer, Krahl e Paiva (2007) os quais entrevistaram profissionais da saúde que atuam em ESFs. Takemoto e Silva (2007) trazem em seu estudo a idéia do acolhimento como uma rede de conversações, que se direciona para uma busca de reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários, e, dessa forma, procura organizar os trânsitos dos usuários pela rede assistencial.

As equipes, inicialmente, tiveram dificuldade em aceitar que os profissionais da saúde mental não estavam lá para “atender” e sim para compartilhar os casos. Como estratégia, começamos a realizar acolhimentos e discuti-los em equipe como forma de pontuar o que era necessário investigar, e, também, discutir como essa escuta poderia ser feita pelos profissionais da ESF. No momento em que as resistências estavam sendo desfeitas, as equipes foram modificadas em função de concurso público. Além disso, a falta de médico no município desfalca as equipes. Com isso, mais uma vez as resistências em trabalhar com saúde mental têm que serem trabalhadas com essas equipes. Para tanto, foram realizadas reuniões de equipes para levantar quais os receios em trabalhar com a saúde mental, bem como foi realizada reunião com a Coordenadora Regional de Saúde Mental a fim de sensibilizar as equipes em prol do trabalho com a saúde mental.

Além disso, nestas reuniões foi construído fluxograma para os atendimentos em saúde mental dentro da lógica da intersetorialidade, o referido fluxograma foi baseado em modelo publicado originalmente por Barban e Oliveira (2007, p.56). Entretanto, os profissionais das ESFs ainda demonstram insegurança para a realização dos acolhimentos e implantação de estratégias para dar conta dos usuários acometidos por sofrimento psíquico nas Unidades Básicas de Saúde.

Souza, Vilar, Rocha, Uchoa e Rocha (2008) realizaram pesquisa com usuários e profissionais de ESF sobre acolhimento e perceberam que a pressão da demanda dos usuários se reflete em sobrecarga de trabalho, gerando estresse e cansaço nos

profissionais, e estes autores evidenciaram que os profissionais necessitam de capacitações, melhores salários, incentivos, espaços de escuta pela gestão, níveis de autonomia para o trabalho, e cuidados.

Franco e Magalhães Júnior (2004) referem que realizar encaminhamentos sem haver esgotado as possibilidades na rede básica, denota um modo de operacionalização do trabalho em saúde, que apresenta uma lacuna no que diz respeito à solidariedade e responsabilidade no cuidado ao usuário. Além disso, a resolutividade dos atendimentos na rede básica está relacionada ao conhecimento técnico dos profissionais, ao acolhimento, ao vínculo que se estabelece com o usuário, etc.

As idas da equipe de matriciamento ao ESF são semanais, um turno dedicado a cada unidade, isso com o intuito de mostrar que existe constância no trabalho, que o profissional está disponível para aquele serviço. Já os atendimentos específicos, individuais, objetivam identificar casos que mereçam a elaboração de um projeto terapêutico singular, ou mesmo a alteração da avaliação diagnóstica ou procedimentos de cuidado. Também tem objetivo de baixar a ansiedade da equipe e usuários através de uma escuta qualificada (acolhimento). No que se refere às reuniões de equipe, estas estão a serviço de discutir casos identificados pelas equipes da atenção básica que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas; discussão de casos clínicos e quando houver casos de transtorno mental grave ou persistente discutir entre a equipe antes de encaminhar o usuário, e, assim, efetivar a troca de conhecimentos.

Nesse sentido, cabe falar sobre a clínica ampliada, que vai ao encontro de proporcionar ao usuário a integralidade na atenção, uma vez que busca integrar as diferentes abordagens para manejar de forma resolutiva as complexidades relacionadas ao processo saúde-doença. Desta forma, a clínica ampliada tem o seu norte na conversação e compartilhamento entre os saberes. Sendo que “este compartilhamento vai tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e a da ação intersetorial, como no sentido dos usuários” (Brasil, 2009 p. 15).

A integralidade que aqui se fala, vai ao encontro de entender o usuário como um todo. Com isso, o acolhimento se torna importante instrumento de cuidado com o usuário. A proposta é de que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde possam acolher os casos de saúde mental. Ademais, Fratini, Saupe e Massaroli (2008) quando falam sobre a integralidade fazem crítica ao modelo de referência e contra referência com fluxos ascendentes e descendentes. De acordo com esses autores a referência representa encaminhamentos para atendimentos em níveis mais complexos, e a contra referência refere-se ao encaminhamento para atendimento em nível primário.

É importante atrelar a idéia da clínica ampliada ao conceito do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que como o nome sugere, busca a singularidade, a diferença, como elemento central. O PTS é de grande relevância, tendo em vista que parte das necessidades de cada usuário, e estabelece entre o técnico de referência (que é o profissional com maior vínculo com o usuário), o usuário e sua família e/ou responsável, novos projetos baseados nas habilidades e potencialidades destes sujeitos. Geralmente, o PTS contém quatro movimentos: a definição de hipóteses diagnósticas; a definição de metas; divisão de responsabilidades e reavaliação do PTS (Brasil, 2009; Soares, 2005).

As Reuniões de Equipe

A equipe do CAPS realiza semanalmente um turno por semana a sua reunião de equipe, essa é realizada de portas fechadas, ou seja, o serviço pára, para que esta seja feita. Como o acontecimento das reuniões no serviço já estavam incorporadas ao seu funcionamento, foi difícil para a equipe matricial entender a dificuldade dos ESFs para ter um momento de parar para pensar sobre o processo de trabalho, sobre os usuários, sobre o compartilhamento das produções.

Muitos obstáculos existem, segundo as equipes dos ESFs, tais como o número de usuários a serem atendidos, a não participação dos médicos nas reuniões, a falta de pauta, o cumprimento de tarefas burocráticas com datas para entrega, etc. Aos poucos a equipe matricial foi conseguindo agendar reuniões com as equipes, apesar destas terem periodicidade aleatória. Todos estes dados parecem estar relacionados com a falta de interesse dos profissionais de saúde, que muitas vezes entendiam como mais uma tarefa a desempenhar, e/ou também com a resistência de atender usuários da saúde mental.

O espaço da reunião de equipe pode ser naturalmente um espaço de formação permanente para ambos, tanto para as equipes de ESF, quanto para os apoiadores matriciais, que também terão a oportunidade de aplicar seus saberes em condições complexas, com inúmeras variáveis. Todavia, para que as reuniões funcionem é preciso contrsuir um clima favorável ao diálogo, na qual todos os participantes aprendam a falar, ouvir, inclusive as críticas (Brasil, 2009).

As Capacitações

As capacitações em saúde mental foram aceitas pelos Agentes Comunitários de Saúde e pelos profissionais do Pronto Atendimento (P. A.). Para que estas acontecessem

realizou-se previamente levantamento de necessidades formativas. As capacitações foram realizadas no CAPS, mensalmente com todos os ACSs do município, tendo duração aproximada de 2h30min cada. E, com os profissionais do P. A. foram realizados três encontros, com duração aproximada de 1h e 30 min, o primeiro encontro aconteceu no próprio P. A. e os demais no CAPS.

Os temas solicitados pelos ACSs foram os seguintes (elencados aqui por ordem de prioridade formativa, de acordo com levantamento de necessidades): “Como trabalhar a família?”; “Aceitação/manejo da doença mental”; “Medicamentos”; “O que é doença?”; “Religião e Doença Mental”; “Preconceito”.

Ao final do processo, que ainda está em andamento, será realizada avaliação sobre os momentos de capacitação. Entretanto, se percebe maior proximidade entre os ACSs e a equipe do CAPS, bem como encaminhamentos direcionados de forma mais efetiva e resolutiva nos casos que competem à saúde mental.

Apesar da unidade de Pronto Atendimento (P. A.) não ser uma unidade básica de saúde, ela faz parte da rede de saúde mental, e realizava de forma indiscriminada os encaminhamentos ao CAPS, ou solicitava que algum profissional do CAPS fosse até o Pronto Atendimento para “manejar” o usuário com sofrimento psíquico que estivesse lá. Com isso, a equipe do CAPS sugeriu que fosse realizada capacitação com os profissionais que trabalham no Pronto Atendimento. Inicialmente, realizou-se levantamento de necessidades para que fossem realizadas as capacitações.

Os temas escolhidos pelos profissionais do P. A. foram: Acolhimento em saúde mental e Manejo da crise. Para tanto, foram feitos três encontros, no primeiro apresentou-se o CAPS, seu funcionamento, os profissionais e o espaço físico. Nos outros dois foram trabalhados os outros temas solicitados.

Nos achados da pesquisa de Büchele, Laurindo, Borges e Coelho (2006) encontrou-se que a falta de capacitação em saúde mental se apresenta como um desafio para a integração das ações na atenção básica, e que os profissionais da atenção básica se sentem pouco capazes para desenvolver ações em saúde mental. Para tanto, estes autores referem que a capacitação está implicada com a possibilidade de apropriação de saberes e práticas, mas também entendem como desafio a incorporação das equipes matriciais nas unidades de ESF, bem como todo o montante de estratégias a serem utilizadas no matriciamento, incluindo as capacitações.

Obstáculos, Gratificações e Possibilidades

Obstáculo para o Dicionário Aurélio significa: o que impede, que se opõe, que faz parar (nos sentidos próprio e fig.). Na física significa o que resiste ou serve de resistência a uma força. (Sin.: estorvo, oposição, dificuldade, resistência, impedimento, barreira, embaraço.). Nesse sentido, foram identificados vários obstáculos ao desenvolvimento da implantação do matriciamento em saúde mental. O mais significativo deste é a falta de sensibilização dos profissionais das unidades de PSF em prol da saúde mental. Ao se pensar que os serviços de saúde são constituídos de pessoas, entende-se que quando estas não apresentam o desejo de fazer algo no trabalho, a produção não aparece, não flui, e a partir disso aparecem os outros obstáculos.

A falta de espaço para reunião e discussão de casos também é percebida como obstáculo à concretização da clínica ampliada, do compartilhamento de responsabilidades, à integralidade, enfim à própria estratégia organizacional do matriciamento em saúde mental.

A mudança constante nas equipes e a falta de alguns profissionais se constitui como uma dificuldade. Em algumas equipes faltam médicos, em outra enfermeira, em todas faltam um ou dois agentes comunitários de saúde. Os gestores têm feito esforços visíveis para resolver esta situação, ou seja, tem procurado/ofertado a vaga em universidades aos médicos recém formados; para a área da enfermagem foi realizado concurso público e no que diz respeito aos agentes comunitários de saúde, será realizado, em breve, processo seletivo. Alguns destes obstáculos descritos acima foram identificados em outros trabalhos acadêmicos, como, por exemplo, no artigo de Arona (2009) que discute a implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. Neste foi evidenciado que o quadro de funcionários incompleto, a falta de reuniões de equipe e a dificuldade de trabalhar em modelo multidisciplinar empacam o funcionamento da estratégia do matriciamento.

As gratificações ocorrem na medida em que diminui a chegada de casos novos que não sejam graves no serviço especializado (CAPS). Além disso, o retorno das capacitações com os ACSs, que conseguem identificar os casos de saúde mental e realizar os encaminhamentos adequadamente, bem como através destas capacitações aproximação entre os profissionais que permitiu a criação de espaço de trocas com estes profissionais e a equipe matricial. As capacitações com os profissionais do P. A. também trazem gratificações, uma vez que os mesmos conseguem manejar os casos de

crise sem a presença constante dos profissionais do CAPS e realizam os encaminhamentos de forma mais adequada.

Em relação às possibilidades, pode-se pensar em maior implicação dos gestores no processo do matriciamento, no sentido de responsabilizar os profissionais e trabalhar o comprometimento da rede básica de saúde em relação à saúde mental. Outra possibilidade seria um Ambulatório de Saúde Mental no município, para o qual pudessem ser encaminhados os casos que necessitem de tratamento/acompanhamento, mas que não tenham um transtorno grave e/ou persistente.

Considerações Finais

O matriciamento em saúde mental é uma estratégia que permite a organização de fluxos, o compartilhamento de responsabilidades clínicas, a clínica ampliada e a concretização da rede. Implantar este modelo organizacional é difícil, pois mexe com estruturas arraigadas dos modos de organização e cultura do trabalho. Isto é, ainda hoje, percebe-se a compartimentalização dos saberes e fazeres, um exemplo disso é o entendimento de que os profissionais da área “psi” são os únicos que devem dar conta dos usuários acometidos por transtornos mentais.

Por esta via, entende-se que o matriciamento em saúde mental também serve para desmistificar o trabalho com pessoas acometidas por transtornos mentais, ou seja, é um trabalho de desconstrução e (re) construção. Vale lembrar a importância de publicações sobre o tema, que, no momento, se apresentam como este trabalho, ou seja, relatos de experiência por se tratar do matriciamento em saúde mental uma nova tecnologia dentro do SUS e que, posteriormente, sejam realizadas pesquisas quantitativas e qualitativas sobre a efetividade deste modo de trabalhar em longo prazo.

Tendo em vista que inúmeros profissionais da área da saúde são absorvidos pelo SUS, torna-se importante que os cursos de graduação e pós-graduação possam preparar os seus alunos para enfrentar essa nova fatia do mercado de trabalho. Além da preparação para atuar no SUS, também é imprescindível que a saúde mental possa ser trabalhada dentro do espaço acadêmico nas diversas áreas de conhecimento.

Por fim, pode-se pensar que a implantação do matriciamento em saúde mental no município de Encruzilhada do Sul – RS foi de extrema importância para que se pudesse movimentar com as formas de trabalhar, observar e pensar nas falhas de articulação da rede de saúde e, ainda, visualizar os acertos, sendo agora o momento para as implementações e reorganizações das ações da equipe matricial.

REFERÊNCIAS

- Arona, E. da C. (2009). Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. Saúde e Sociedade. 18 (1), 26-36.
- Barban, E. & Oliveira, A. (2007). O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). Ciência & Saúde. 14 (1), 52-63.
- Bezerra, E & Dimenstein, M. (2008). Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. Psicologia Ciência e Profissão, 28 (3), 632-645.
- Brasil (2000). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Avaliação da implantação e funcionamento do programa de saúde da família – PSF. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil (2003). 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. Mimeo.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Série F. Comunicação e Educação em saúde. Brasília: DF.
- Brasil (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 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. OPAS. Brasília.
- Brasil (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003 – 2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção à saúde, Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Brasil (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – Brasília: Ministério da Saúde.

Boarini, M. L. (2006). A loucura no leito de Procusto. Maringá: Dental Press.

Bornstein, V. J., Stotz, E. N. (2008). Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de Saúde: uma revisão de literatura. Ciência & Saúde Coletiva, 13(1): 259-268.

Büchele, F., Laurindo, D. L. P., Borges, V. F., Coelho, E. B. S. (2006). A interface da saúde Mental na Atenção Básica. Cogitare Enfermagem. Set/dez; 11 (3):226-33.

Franco, T.B. Magalhães Júnior, H.M. (2003). Integralidade na Assistência à Saúde: a Organização das Linhas do Cuidado. In: Merhy, E.E. e cols. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo. Hucitec. p. 12534.

Campos, G. W. de S., Domitti, A. C. (2007). Apoio Matricial e Equipe de Referência; uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Caerno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 (2): 399-407.

Fratini, J. R. G.; Saupe, R.; Massaroli, A. (2008). Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. Ciência Cuidado e Saúde, Jan/Mar; 7(1): 065-072.

Gonçalves Alda Martins, Sena Roseni Rosângela de. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Revista Latino-Americana de Enfermagem [periódico na Internet]. Abr [citado 2011 Jun 01]; 9(2): 48-55. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692001000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692001000200007&lng=pt) &lng=pt. doi: 10.1590/S0104-11692001000200007

Jardim, V. M. R.; Cartana, M. do H. F.; Kantorski, L. P.; Quevedo, A. L. A. de. (2009). Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de centros de

atenção psicossocial. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis. Abr-jun; 18(2):241-8.

Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.

Martins, Álissan Karine Lima; Braga, Violante Augusta Batista; Souza, Ângela Maria Alves. (2009). Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo bibliográfico. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Fortaleza, v. 10, n.4, p. 165-172, out./ dez.

Hirdes, Alice. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Ciência & Saúde Coletiva, 14 (1): 297-305.

Portaria nº336/GM em 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Polet, D.F., Hungler, B.P. (2004). Fundamentos da pesquisa em Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas

Rotelli, et al. (1990) Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec.

Selli, L.; Guimarães, C. F.; Gosenheimer, E.; Krahl, F.; Paiva, F. (2007). O entendimento dos profissionais da saúde das unidades de saúde da família de Charqueadas, RS acerca do acolhimento. In: Medeiros, J. E.; Guimarães, C. F. (orgs). Sementes do SUS: Sapucaia do Sul: IBSaúde.

Soares, S. R. R (2005). Centro de Atenção Psicossocial: Como o usuário vivencia o cotidiano do Serviço. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto.

Souza Ângela Maria Alves e, Braga Violante Augusta Batista. (2006). Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. Acta paulista de enfermagem [periódico na Internet]. Jun [citado 2011 Jun 01]; 19(2):207-211. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002006000200013&lng=pt. doi: 10.1590/S0103-21002006000200013.

Souza, E. C. F. de; Vilar, R. L. A. de; Rocha, N. de S. P. D; Uchoa, A. da C.; Rocha, P. de M. (2008). Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:5100-5110.

Takemoto, M. L. S.; Silva, E. M. (2007). Acolhimento e transformações no processo de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro. 23(2):331-340.