

PROCESSO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL BASEADO NA IMPLANTAÇÃO DO APOIO MATRICIAL EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Francielli Karine Pasa¹

Ana Paula Della Giustina²

RESUMO

A análise realizada neste artigo refere-se à implantação do apoio matricial em saúde mental em uma estratégia de saúde da família (ESF) de Curitiba-SC. Este estudo foi construído com subsídios adquiridos da experiência prática e com a pesquisa bibliográfica sobre o tema, tendo início com aprovação e autorização do secretário municipal de saúde para atuação. Na sequência, realizou-se reunião com a diretora de saúde, coordenadora ESF e CAPS, visando propor a implantação de um projeto piloto de matriciamento em saúde mental. Historicamente a política de Saúde Mental, apresentou-se com ações direcionadas para o atendimento em âmbito hospitalar, práticas de confinamento, exclusão e cronificação, além da hegemonia dos saberes e práticas centradas na figura do médico. Vários questionamentos surgiram quanto ao tratamento dessas pessoas, levando-se com isso a idealização de novas formas substitutivas ao regime manicomial. Foi-se criando uma rede de serviços especializada, como os centros de atenção psicossocial (CAPS) e a estratégia de saúde da família (ESF) que oferece uma assistência mais humanizada. Ambas com o intuito de devolver qualidade de vida ao indivíduo, resgatando a cidadania das pessoas principalmente acometidas pela Doença Mental e reinseri-las no convívio familiar e social. Assim a soma desses olhares é a principal proposta do apoio matricial em saúde mental, objetivando uma abordagem integral ao indivíduo, descentralização da assistência, arranjo organizacional e suporte técnico, corresponsabilização de casos, organização das ações, interdisciplinaridade e retaguarda especializada. Foi observada nesta fase de implantação do apoio matricial, uma já evidente melhoria no acesso e qualidade do atendimento aos portadores de transtorno mental, como compartilhamento e monitoramento de casos entre CAPS e ESF, visa-se ainda a consolidação de dados estatísticos de saúde mental neste município.

Palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Estratégia Saúde da Família (ESF). Apoio Matricial.

ABSTRACT

The analysis I do in this article refers to the implementation of the matrix support in mental health in a family health strategy (ESF) Curitiba-SC. This study is a descriptive, qualitative approach, which began with the approval and authorization municipal health secretary to act in sequence meeting was held with the health director, coordinator, and ESF CAPS order so if propose the implementation of a pilot project of matricial mental health. Historically, the politics of Mental Health presented with actions directed to the service in the hospital, containment practices, exclusion and chronic, and the hegemony of knowledge and practices focused on the doctor. Several questions have arisen regarding the treatment of these

¹Enfermeira, Universidade do Vale do Itajaí-UNIVALI, Acadêmica do Curso de Pós Graduação em Gestão de Saúde Pública – UNC Campus Curitiba-SC. E-mail: enf_franpasa@hotmail.com.

²Professora orientadora, mestre em Gestão Moderna de Negócios pela Universidade Regional de Blumenau (FURB). Docente da Universidade do Contestado e tutora online (UnC), Campus Curitiba-SC. E-mail: anapaula.dg@unc.br.

people, this has led to new forms of idealization substitute the asylum system. It is creating a network of specialized services such as psychosocial care centers (CAPS) and the strategy of family health (ESF) which provides a more humanized care. Both in order to return the individual quality of life, rescuing the citizenship of persons particularly affected by Mental Illness and reinsert them into the social and family life. Thus the sum of these looks is the main purpose of the matrix support in mental health, aiming at a comprehensive approach to the individual, decentralization of care, organizational arrangement and technical support, co-responsibility cases, organization of activities, interdisciplinary and specialized rear. Was observed at this stage of implementation of the matrix support, have a clear improvement in access and quality care to patients with mental disorders, such as sharing and monitoring of cases between CAPS and ESF, aims to further the consolidation of mental health statistics in municipality.

Keywords: Center for Psychosocial Care (CAPS). The Family Health Strategy (FHS). Matrix Support.

INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta um relato de experiência acerca da implantação do apoio matricial em saúde mental, em uma estratégia de saúde da família (ESF)³. O apoio matricial em saúde mental, objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados pela atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. Com esta proposta pretende-se assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde mental e também investir na construção de autonomia dos usuários. Nessa perspectiva e de acordo com a circular conjunta n. 03/11/03, que regulamenta as ações de Saúde Mental na Atenção Básica⁴- “o vínculo e o diálogo necessários”. Foi proposto o Apoio Matricial em Saúde Mental a uma equipe de Estratégia da Saúde da Família (ESF) do município de Curitiba-SC. Diante do exposto, amadureceu-se a

³ A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

⁴ A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida.

ideia de implantação do apoio matricial em saúde mental na atenção básica (ESF), objetivando assim prestar apoio, contribuir, instrumentalizar e motivar ações de saúde mental neste âmbito da saúde. Melhorando conseqüentemente a qualidade do atendimento em saúde mental e implantando as políticas de saúde mental propostas pelo MS.

Desde a década de 70, o processo de Reforma Psiquiátrica possibilitou a construção de uma nova política de atenção à Saúde Mental, provenientes de exigências de um novo modelo de atenção no Brasil, que surgiu a partir da lei 10.216 de 06 de abril de 2001, apresentada pelo Deputado Federal Paulo Delgado e que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, direcionando o modelo assistencial em Saúde Mental.

A partir desta reforma da saúde, contextos de tratamentos alternativos emergiram ao longo de todo continuum de cuidados da saúde mental, especificamente os hospitais estão sendo transformados em sistemas clínicos integrados, que oferecem cuidados de internação, hospitalização parcial ou tratamento dia, cuidados residenciais, domiciliares e ambulatoriais ou para pacientes externos (STUART, G.W; LARAIA, M.T. 2001).

Conforme visto a assistência em Saúde Mental passou e ainda tem passado por profundas mudanças e transformações, onde o tratamento é pautado em base comunitária, cabendo novas práticas como a integração entre serviços de Saúde Mental e Atenção Básica; ESF.

Segundo Campos e Dominitti (2007, p. 400), a relação entre essas duas equipes constitui um novo arranjo no sistema de saúde, o “apoio matricial e equipe de referência são ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.”

Portanto, para que haja essa integração, o equipamento de saúde mental (Centro de Atenção Psicossocial-CAPS ou Ambulatório de Saúde Mental) precisa conhecer e interagir com as equipes de Atenção Básica/ESF, estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território. O apoio matricial consiste em fornecer orientação e assessoria, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar atividades educativas permanentes e realizar visitas domiciliares, quando necessário. (CAMPOS, 1999).

O matriciamento visa, portanto, através desta integração da rede de saúde mental, proporcionar retaguarda especializada em saúde mental, funcionar como arranjo organizacional, integrar esses serviços em rede favorecendo o processo de referência e contrarreferência, desenvolver a intersetorialidade estimulando a interdisciplinaridade. Busca

a corresponsabilização de casos onde as discussões e intervenções devem ser conjuntas, inclusive com a família e comunidade. Ou seja, o apoio matricial deve prestar apoio a ESF, condicionando o entendimento das ações em Saúde Mental dentro de uma política de atenção biopsicossocial.

RESGATE HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL

O modelo hospitalocêntrico⁵ predominou por várias décadas como forma de tratamento aos portadores de transtorno mental, modelo este, voltado à exclusão e cronificação. Este modelo foi revelando para a sociedade sua verdadeira face, onde intensificava o sofrimento mental, a perda do direito de cidadania e o retirava do convívio familiar, fortalecendo principalmente o preconceito e segregação do portador de transtorno mental.

De acordo com Teixeira, Mello e Grandó (2007), até o século XVIII os doentes mentais eram vistos como seres possuídos por demônios. Devido este motivo eram mantidos isolados, acorrentados e tratados como criminosos. Tanto que a “cura” desses indivíduos envolvia um ritual de exorcismo para livrar o corpo dessas forças indesejadas. Isto consistia muitas vezes em espancamentos brutais, inanição ou outros meios de tortura. Outros ainda consideravam que o indivíduo mentalmente doente podia ter quebrado um tabu ou pecado contra outro indivíduo ou contra Deus, pelo que era necessário um ritual de purificação ou eram exigidos diversos tipos de retribuição (TOWNSEND, 2002).

A partir destes contextos, vários questionamentos surgiram quanto ao tratamento destas pessoas, levando-se a idealização e articulação de novas formas substitutivas ao regime manicomial. Iniciando-se assim os primeiros movimentos em prol do tratamento aberto e comunitário, respeitando a diversidade de cada indivíduo acometido pelo transtorno mental.

Essas novas formas substitutivas ao regime manicomial, articuladas e idealizadas vieram a se chamar Movimento da Reforma Sanitária, um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde. Deu-se ainda a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, dois grandes movimentos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a fim de mudar a forma com que a loucura era vista pela sociedade.

Conforme Amarante (1998), a Reforma Psiquiátrica teve como objetivo principal o poder de transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da

⁵Modelo baseado nos cuidados da saúde em hospitais, uma remediação com a doença já instalada, ao invés de utilizar-se a forma de prevenção primária (não precisa ir ao hospital).

superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados. Ou seja, a Reforma Psiquiátrica buscou um novo olhar sobre a loucura e conseqüentemente no tratamento das pessoas portadoras de sofrimento psíquico, direcionando principalmente os serviços de atendimento a essas pessoas, desconstruindo os manicômios e criando os serviços substitutivos (CAPS).

A partir daí os portadores de transtorno mental excluídos socialmente, estigmatizados como pessoas violentas, perigosas, sem condições de reabilitação passam a ser de responsabilidade não apenas da psiquiatria e sim de uma equipe multiprofissional, envolvendo os serviços especializados, a atenção básica e a família.

Conforme contextualizado o modelo de cuidado em saúde mental vem caminhando com importantes mudanças, onde os dispositivos extra hospitalares e ou substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial ganham espaços no tratamento, cuidado, reabilitação e principalmente ressocialização do portador de transtorno mental no meio social e familiar.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS

São dispositivos estratégicos criados para serem substitutivos aos modelos de tratamento excludentes e de segregação disponibilizados pelos manicômios ou hospitais psiquiátricos. São serviços de referência em saúde mental, cabendo a eles a organização da demanda e rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território.

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário, que ocupa lugar de referência no tratamento de pessoas que sofrem de transtornos mentais, em especial os transtornos severos (psicoses), persistentes (neuroses graves) e dependentes químicos, que necessitam de cuidado e acompanhamento intensivo diferenciado das ações desenvolvidas em ambulatório. (BRASIL, 2007).

Estes serviços devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico e têm demonstrado grande efetividade na substituição das longas internações, por um tratamento que não isola os pacientes de suas famílias e da comunidade, mas que envolve os familiares no atendimento, ajudando na recuperação e na integração social do indivíduo.

Importante destacar que os mesmos devam buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica em seu território, pois tem papel fundamental no acompanhamento, capacitação e no apoio dessas equipes no cuidado às pessoas com transtornos mentais.

Para que tal integração seja realizada, primeiramente são necessários dispositivos ou serviços com capacidade e ações voltadas ao compartilhamento do cuidado, captação de casos, bem como comprometimento e conhecimento das necessidades locais. Com este intuito foi criada as Estratégias de Saúde da Família (ESF).

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF

A estratégia de saúde da família (ESF) iniciou em 1994, e segundo Coelho (2002), teve como objetivo contribuir para o aprimoramento e consolidação do SUS⁶, tendo como foco de atenção a reativação da assistência primária de saúde, assim como o estabelecimento de laços de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e população.

É entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implementação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. (BRASIL, 2011).

Portanto, traz muitos e complexos desafios a serem superados para consolidar-se enquanto tal. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a ESF vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança no modelo de atenção à saúde vigente. Este modelo é enfrentado desde a década de 1970 por um conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo, que valoriza ações de promoção, proteção, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas, além da própria comunidade que não está acostumada com o trabalho preventivo e de promoção à saúde, e sim apenas curativo.

Todo o trabalho em saúde atual envolve a coletividade, ou seja, ações conjuntas, multidisciplinares e focando a rede local de saúde para que então se possa prestar uma assistência à saúde de qualidade com integralidade, respeitando as particularidades de cada sujeito. A partir daí enfoca-se a necessidade de multiplicação de saberes através do suporte especializado e compartilhamento de casos, chamado então de apoio matricial.

⁶ Estabelecida a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas Leis 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90, a descentralização da gestão e das políticas da saúde no país – feita de forma integrada entre a União, estados e municípios – é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com este princípio, o poder e a responsabilidade sobre o setor são distribuídos entre os três níveis de governo, objetivando uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade e também a fiscalização e o controle por parte da sociedade. A partir do conceito constitucional do comando único, cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Neste sentido, a autoridade sanitária do SUS é exercida: na União, pelo ministro da saúde; nos estados, pelos secretários estaduais de saúde; e, nos municípios, pelos secretários municipais de saúde.

APOIO MATRICIAL

Visto a necessidade e importância de uma melhoria na rede de atenção à saúde mental o M.S criou no ano de 2003 a circular conjunta nº. 01/03 de 13/11/03 Saúde Mental e Atenção Básica- “o vínculo e diálogo necessários”, com o intuito de aumentar a oferta e a resolutividade dos problemas de saúde mental, bem como reafirmar os princípios do SUS. A partir daí surgiu, ficando evidente a necessidade de implantação, o matriciamento a estas equipes de ESF ou atenção básica, com o intuito de assegurar retaguarda especializada em saúde mental e dar suporte técnico a estas equipes, melhorando consequentemente o atendimento nesta área.

Campos e Domitti (2007) retratam o objetivo do apoio matricial como: assegurar retaguarda especializada às equipes, incluindo suporte assistencial e técnico-pedagógico às equipes de referência.

O matriciamento, ou seja, o estabelecimento de ações conjuntas entre saúde mental e ESF amplifica o potencial do CAPS como agenciador de novos modos de cuidar, estendendo a outros espaços a responsabilidade pelo cuidado integral às pessoas com sofrimento psíquico. Funcionando assim com unidades de apoio as ESF, que continuaram sendo referência para estas pessoas, caminhando no sentido da integralidade da atenção.

Percebe-se então o apoio matricial em saúde mental como uma forma de melhor organizar ações de saúde mental, melhorar a integração dos serviços, e desenvolver a intersetorialidade fortalecendo o vínculo, o acolhimento e a integralidade. Ou seja, seria impossível cumprir o objetivo da Reforma Psiquiátrica que é a desospitalização e a inclusão do indivíduo na família e sociedade se não existisse uma integração da atenção à saúde mental com a atenção básica - ESF.

REDE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO EM QUESTÃO

Atualmente segundo informações fornecidas pela diretora municipal de saúde de Curitiba, o município possui em sua rede de saúde mental cinco equipes de saúde da família (ESF), uma unidade básica de saúde, uma unidade central de saúde, um programa de agentes comunitários de saúde (PACS), um hospital geral com ala psiquiátrica, uma comunidade terapêutica, um ambulatório de saúde mental com atendimento adulto e infantil e um CAPS I. Esta rede conta com três médicos psiquiátricos.

O CAPS, responsável pelo atendimento de casos graves de transtorno mental, conta atualmente com uma equipe de referência em saúde mental neste município, sendo composta por um médico psiquiatra, uma enfermeira, uma psicóloga, dois técnicos de enfermagem, uma assistente social, uma coordenadora, uma estagiária administrativa, um motorista e uma funcionária de serviços gerais.

A organização desta rede e demanda em saúde mental é supervisionada ou coordenada pelo CAPS que trabalha com pronto acolhimento, ou seja, toda pessoa que procurar ou necessitar de atendimento em saúde mental será atendida e avaliada por esta equipe especializada que fará os encaminhamentos e norteará o atendimento. Os casos de emergência são atendidos no hospital geral por encaminhamento ou procura espontânea e caso haja necessidade de internação é hospitalizado em clínica psiquiátrica do próprio hospital. Em situações emergenciais, no próprio CAPS em que o médico psiquiatra esteja em serviço, ele mesmo faz o atendimento e realiza a internação hospitalar, conforme for o caso.

O ambulatório de saúde mental atende os casos leves de transtorno mental e conta com equipe de um médico psiquiatra e uma psicóloga. Atende pela lógica de encaminhamento. A comunidade terapêutica atua na rede através de convênios do SUS. As unidades básicas e ESF atuam com identificação de demanda, acompanhamento e encaminhamento ao CAPS ou ambulatório (informação verbal)⁷.

METODOLOGIA

Este estudo foi construído com subsídios adquiridos da experiência prática e com a pesquisa bibliográfica sobre o tema.

Teve início com aprovação e autorização do Secretário Municipal de Saúde para o seu desenvolvimento. Na sequência realizou-se reunião com a diretora de saúde, coordenador do ESF e coordenadora do CAPS, visando a proposta da implantação do apoio matricial na Atenção Básica (ESF).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho exploratório, estruturada na modalidade da pesquisa-ação. Por seu duplo objetivo de modificar a realidade e produzir conhecimentos, a pesquisa-ação favorece que os participantes e pesquisadores se envolvam de modo cooperativo e participativo, produzindo novas reflexões e práticas (BARBIER, 2002; THIOLLENT, 1996).

⁷ Informações fornecidas por Luely K. Katto, Diretora de Saúde de Curitiba-SC em 13 de maio de 2015.

As estratégias de atuação foram elaboradas e decididas nesta reunião, onde decidiu-se a implantação de um projeto piloto de matriciamento, a ser iniciado/aplicado na ESF (Conjunto Habitacional Anita Garibaldi)- COHAB I. Após, realizou-se espécie de entrevista ou “bate papo” com os membros desta equipe a fim de identificar as expectativas e conhecimentos acerca do apoio matricial e a saúde mental. Os encontros realizaram-se quinzenalmente nas quartas-feiras durante duas horas, conforme cronograma de reunião e fechamento desta unidade de saúde em questão. Já o cronograma de como se procederia os encontros foi decidido em 1ª reunião do matriciamento com toda a equipe da Estratégia de Saúde da Família e executores do projeto. Decidiu-se que o projeto seria avaliado três meses após o seu início. O público alvo foi o território de abrangência desta ESF que é de aproximadamente 4.000 famílias, bem como os pacientes já inseridos no CAPS e que fazem parte desta área de abrangência, somando aproximadamente 25 pacientes. Os responsáveis pela execução do projeto são os componentes da equipe do CAPS e conseqüentemente a ESF COHAB I.

O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO APOIO MATRICIAL

Diante do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) que exige que se empregue a lógica da integralidade, permitindo assim o entrelaçamento de diversos programas, no reconhecimento dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais relativos à saúde da população, conjuntamente com a circular conjunta nº 03/11/03, que regulamenta as ações de Saúde Mental na Atenção Básica- “o vínculo e o diálogo necessários”, iniciou-se o processo de implantação do Apoio Matricial (projeto piloto) em saúde mental a uma equipe de Estratégia da Saúde da Família (ESF) do município de Curitiba - SC.

Optou-se, assim, por descrever o processo de implantação através de fases que o mesmo passou até instituir-se realmente o matriciamento nesta citada ESF.

1ª FASE: AUTORIZAÇÃO E REUNIÃO

A primeira fase da implantação foi referente a apresentação ao gestor local - secretário municipal de saúde sobre a importância da melhoria da qualidade da assistência do atendimento aos portadores de transtorno mental através da implantação do apoio matricial em saúde mental na ESF, ou seja, melhorar a rede local de saúde mental.

Neste sentido, SOARES *et al*, (2000, p. 25)

sugere uma política de saúde, baseada nos princípios da universalidade de cobertura da equidade de oferta de atenção para igualdade de resultados finais da descentralização democrática da integralidade e da complexidade, não pode realizar-se plenamente sem uma política de saúde mental.

Na sequência realizou-se reunião com a diretora de saúde e coordenador das ESF e coordenadora CAPS, a fim de identificar expectativas quanto à implantação do apoio matricial, bem como elaborar um plano de atuação em conjunto para o início do processo. Optou-se pelo início de um projeto piloto em uma das três ESF do município. Nesta reunião ficou decidido que o piloto seria aplicado na ESF COHAB I, no momento, com a equipe melhor composta. Foi atrelado que o projeto fosse executado primeiramente por um período de quatro meses, ou seja, período de implementação, e depois avaliado por ambas as equipes, bem como gestores. Para termos uma noção de como seria a visão da equipe da COHAB I acerca da implantação do projeto, atrelamos que a Enfermeira informalmente em reunião com sua equipe, faria a exposição do projeto levantando as expectativas e conhecimento da equipe acerca do assunto. Nesta espécie de “bate papo” onde os membros da equipe escreveram suas expectativas sobre o matriciamento foi detectado: falta de conhecimento sobre a rede local de saúde mental, falta de capacitação e orientação acerca do manejo e abordagem ao portador de transtorno mental, falta de conhecimento acerca dos transtornos mentais, centralização da assistência em saúde mental e principalmente falta de dados de cadastro e acompanhamento, ou seja, dados estatísticos acerca dos portadores de transtornos mentais. A partir destes dados pudemos melhor planejar nosso processo de inserção do apoio matricial nesta ESF.

2ª FASE: ENCONTRO MATRICIAL (PRIMEIRO)

Em nossa primeira reunião matricial foi exposto como aconteceria nossos encontros, a execução, tempo de duração e avaliação do projeto. Foi trabalhado e exposto matérias referentes às políticas de saúde mental, reforma psiquiátrica e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Nesta fase inicial buscamos delinear um panorama geral da população, levantamos as dificuldades mais frequentes no campo da abordagem ao portador de transtorno mental. Observamos o nível de entendimento dos processos inter-relacionados ao transtorno mental, assim como o sofrimento psíquico e também como ocorre na prática à atuação profissional no atendimento e abordagem destes casos. Através desta observação, ficou evidenciado pouco conhecimento acerca da saúde e doença mental.

Neste panorama Barbam; Oliveira (2007, p. 54) trazem que “a pouca afinidade das equipes com os conceitos de saúde e doença mental distancia a unidade das reais necessidades

da população nesse campo, e a atitude mais frequente é o encaminhamento para os serviços secundários”.

Diante desta problemática, decidimos por iniciar o processo matricial através de uma espécie de pequena capacitação, a fim de melhorar os conhecimentos acerca do tratamento, assistência, abordagem e manejo ao portador de transtorno mental, bem como orientar, capacitar a equipe quanto a rede local de saúde mental, como da importância de se trabalhar em rede.

3ª FASE: ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA- “MINI CAPACITAÇÃO”

Foi a fase onde planejamos (equipe matricial) como abordar a problemática de saúde e doença mental na ESF, onde tínhamos desde o médico generalista até os ACS, ou seja, graus de instruções diferentes, onde não optamos por trabalhar separadamente neste primeiro momento. Decidimos trabalhar alguns eixos desta problemática e optamos também por nos alçar do guia prático de matriciamento em saúde mental, criado pelo Ministério da Saúde, que poderia melhor delimitar nosso trabalho. Criado nossa forma de atuação seguimos com o processo.

4ª FASE: SEGUNDO ENCONTRO MATRICIAL - “MINI CAPACITAÇÃO”

Neste encontro trabalhamos as ações de saúde mental na atenção básica-ESF, matriciamento e a possibilidade de implantarmos fichas de acompanhamento e monitoramento destes pacientes, bem como a implantação de um fluxograma da rede de saúde mental neste município, para que a partir deste acompanhamento pudéssemos pensar em criar banco de dados ou forma de condensar estes dados para se ter dados estatísticos de saúde mental no município.

Explanamos sobre a importância das ações de saúde mental na atenção básica, como a proximidade com famílias e comunidades, uma vez que elas são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos e atenção às diversas formas de sofrimento psíquico. Discutimos as responsabilidades compartilhadas entre as equipes matriciais e a ESF e as formas como aconteceria o processo matricial.

Com a responsabilização compartilhada se exclui a lógica do encaminhamento e busca-se aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Estimula-se a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe: o resgate e a valorização de outras

dimensões, não somente a biológica e a dos sintomas, na análise singular de cada caso, riscos sociais e outros se incorporam a avaliação clínica. (MS, 2011).

Observamos neste encontro certa ansiedade, receio e insegurança da equipe com relação ao novo, ou seja, ao trabalho com os portadores de transtorno mental. Tais questões foram minimizadas colocando-nos a equipe matricial como estando ao lado.

Questões estas, comuns no início de um processo de trabalhar a saúde mental, pois esta insegurança nasce não apenas do desconhecimento técnico, mas também das visões preconceituosas e estigmatizantes da presença de fenômenos mentais dos profissionais, tais como a identificação, a transferência e a contrarreferência que são vividos como aspectos difíceis da relação com o sofrimento emocional e que normalmente surgem nas pessoas nessas situações enfrentadas pela equipe (MS 2011).

5ª FASE: TERCEIRO ENCONTRO MATRICIAL - “MINI CAPACITAÇÃO”

Iniciamos trabalhando, questionando sobre o que é a saúde mental para que então na sequência se abordasse a doença mental. Trabalhamos os transtornos mentais leves (depressão e ansiedade). Cabe destacar de maneira bem simples e objetiva para que alcançássemos todo o nosso público alvo, objetivando a partir da base de conhecimento uma melhor abordagem desta clientela e um olhar diferenciado.

Observamos vários questionamentos advindos principalmente dos ACS, que se assemelhavam significativamente com os assuntos ou sintomatologias expostas. Trouxeram ainda alguns pequenos casos que serviram como exemplos. Cabe destacar que detectamos que os ACS são os profissionais mais expostos aos dramas familiares dos usuários, visto que sua principal função é a visita domiciliar. São profissionais com intensa sobrecarga emocional, muitos deles entrando em sofrimento psíquico, sem conseguir separar o pessoal do profissional. Talvez também por não possuírem preparo, qualificação ou capacitação para trabalharem com esta clientela.

6ª FASE: QUARTO ENCONTRO MATRICIAL - “MINI CAPACITAÇÃO”

Deu-se sequência à “mini capacitação” trabalhando-se os transtornos mentais maiores (Esquizofrenia, Psicose e Transtorno de Humor Bipolar). Ambos, principais diagnósticos em tratamento e acompanhamento no CAPS, não sendo muitas vezes atendidos ou assistidos na atenção básica por entender-se que necessitam unicamente do CAPS.

Conforme levantado pelo MS (2011, p.200), os serviços de saúde da atenção primária encaminham para os especialistas nos ambulatórios, CAPS e ou hospitais e na maioria das vezes não sabem o resultado da consulta ou internação do usuário. Dessa forma, o portador de sofrimento psíquico é encaminhado e não é sentido pelos profissionais da atenção primária como de sua responsabilidade, apesar de estar no seu território, na sua comunidade.

Foi trazido ainda de forma bastante sucinta o uso e abuso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas).

Observou-se neste encontro, principalmente a dificuldade de abordagem e acolhimento da equipe a estes pacientes, bem como uma baixa vinculação da unidade de saúde/ESF com este publica alvo. Conseqüentemente a unidade de saúde ainda não é referência a estes pacientes. Fato este que dificulta de certa forma a ação matricial. Cabendo então à equipe matriciadora trabalhar esta vinculação, iniciando por desmistificar e diluir os estigmas e preconceitos que englobam o portador de transtorno mental. Talvez iniciando pelas visitas domiciliares conjuntas ou até mesmo realizando agendamentos conforme a necessidade do usuário, na unidade de referência por intermédio na unidade matriciadora.

Na horizontalização do processo matricial, o sistema de saúde se reestrutura da seguinte forma: em equipe de referência (ESF) e equipe de apoio matricial. Sendo a equipe de referência conforme preconizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde) a referência interdisciplinar, atuando com a responsabilidade sanitária, do cuidado longitudinal, além do atendimento especializado. (MS, 2011).

Na finalização deste encontro foi solicitado que fossem elencados pela equipe/ESF os “recursos ocultos” da comunidade para que atrás deles pudéssemos pensar em grupos de apoio no próprio território de abrangência, bem como realizarmos a reinserção social de nossos pacientes.

7ª FASE: QUINTO ENCONTRO MATRICIAL (ASSESSORIA E OPERACIONALIZAÇÃO)

Neste encontro, deu-se início a outra fase da implantação, onde dividimos nosso tempo em quatro: “recursos ocultos” da comunidade, fichas de acompanhamento, fluxograma de atenção em saúde mental e avaliação destas primeiras fases.

Iniciamos revendo alguns recursos ocultos na comunidade que poderiam nos ser úteis como apoiadores da reinserção social dos usuários. Foi elencado o clube de serviços Lions, a associação de moradores que está em processo de reativação e algumas moradoras que fazem

trabalho manual de tricô e poderiam a vir coordenar grupos na comunidade. Surgiu também a possibilidade de estruturação de grupos na própria unidade de saúde.

Na sequência foi apresentado ao grupo a ficha de acompanhamento de portadores de transtornos mentais, a qual contém diversos dados pertinentes e de interesse na saúde mental. Quanto ao cadastramento desses pacientes, discutiu-se entre ambas as equipes e decidido utilizar a própria ficha “A” já utilizada na atenção básica, onde incluiremos a sigla TM para identificar tais usuários. Será necessário criar um sistema para ser alimentado mensalmente com estes dados para que assim possamos ter dados estatísticos da saúde mental neste município, uma vez que a atual política de atenção básica não possui incluso o transtorno mental.

Portando desta assessoria poderemos realizar: monitoramento de casos de maior complexidade, em articulação com os serviços especializados do nível secundário e terciário (com referência e contrarreferência aprimoradas); atendimentos compartilhados; em corresponsabilidade na unidade ou nas visitas domiciliares aos casos prioritários de famílias em risco; estimular a criação de formas de notificação interna para estudo epidemiológico e diagnóstico para ações de prevenção em saúde mental e de impacto na comunidade; fomentar a intersetorialidade local e com outras instituições, nas questões pertinentes à saúde mental, ampliando as formas de atuação das equipes. (BARBAM; OLIVEIRA, 2007.).

Construímos nas discussões com a ESF um instrumento de organização de nosso trabalho. O Fluxograma de atenção em saúde mental, que esquematiza a dinâmica de seguimento dos pacientes que necessitam de atenção em saúde mental, servindo como instrumento de organização da rede municipal de saúde mental, trabalhando as práticas de intersetorialidade.

Trabalhar em rede é tecer possibilidades, aumentando as oportunidades de atuação dos indivíduos, dos profissionais e dos dispositivos de saúde numa crescente corrente de corresponsabilidades. (MS, 2011). O matriciamento é um exercício da rede em que a ESF junto com a saúde mental constroem projetos terapêuticos, incluindo qualquer ator da rede necessário para aquele indivíduo e ou família.

Na última etapa de nosso encontro realizamos a avaliação do processo matricial até este momento. Foi trazido pela ESF que nos primeiros encontros estavam todos muito ansiosos e preocupados sobre como aconteceria a execução do projeto. Trouxeram ainda que hoje o CAPS está como membro participante da ESF e não centralizado em uma unidade. Bem como dados relativos à melhoria no manejo e abordagem dos portadores de transtorno mental, onde se diminui o estigma, o medo e o “receio” em cuidar ou visitar estes pacientes. Obtendo-se

consequentemente um melhor acolhimento e capacidade de ouvir mais e julgar menos, criando-se e ou fortalecendo-se o processo vinculoacional entre ESF e portadores de transtorno mental.

8ª FASE: SEXTO ENCONTRO MATRICIAL

Neste encontro iniciamos o processo matricial propriamente dito, ou seja, o processo de retaguarda especializada da assistência em saúde mental, onde iniciamos os estudos de casos a partir de situações de riscos encontradas.

Deve, portanto, o matriciamento proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. (MS, 2011).

Foi solicitado pela enfermeira da ESF para que todos os ACS (Agente Comunitário de Saúde) elencassem em sua micro área de abrangência um caso que lhe chamasse atenção ou que houvesse dificuldade de abordagem e vinculação. Conseguimos discutir ou trabalhar neste encontro seis casos, onde elaboramos Planos Terapêuticos em conjunto de ações para melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

Observamos neste encontro engajamento e comprometimento de toda a equipe da ESF frente aos estudos de caso matriciamento. Evidenciou-se, no entanto, questões de preocupação, principalmente dos ACS com relação ao sigilo e ética profissional frente a algumas situações. Pois na maioria das vezes os mesmos encontram-se entre o profissionalismo e o pertencimento a comunidade. Cabendo então, a equipe matricial sensibilizar tais profissionais desta importante categoria sobre a relevância do sigilo em saúde mental.

Na finalização do encontro, ficaram algumas tarefas do Plano Terapêutico de responsabilidade de cada unidade (ESF/CAPS) e ficou encerrado o processo de implantação do apoio matricial na ESF Cohab I, seguindo então, os próximos encontros mensalmente para as consultas conjuntas e ou estudos de caso. Sendo que quando a unidade matriciada encontrar ou verificar necessidade imediata do matriciamento deverá esta realizar contato imediato com a equipe matricial que fará o suporte especializado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção da saúde mental na ESF COHAB I de Curitiba-SC foi um espaço conquistado pela equipe matricial CAPS. Iniciamos tentando seguir o esboço de nosso projeto

piloto, adequando-o conforme o seguimento das reuniões. Era uma experiência nova no âmbito da saúde mental em nosso município, ou seja, um desafio, porém estávamos principalmente interessados em somar e construir um novo modelo de atenção à saúde mental na ESF. Tínhamos a única certeza de criar algo novo. Buscamos algumas experiências que nos ajudaram a traçar todo o processo e seguimos alçados do guia prático de matriciamento criado pelo Ministério da Saúde. Nesta primeira etapa foram três meses de reuniões sistemáticas para que ocorresse realmente a implantação do matriciamento.

Observamos neste período muitas angústias, impotência e várias dificuldades na lida com os portadores de transtorno mental e familiares. Já as expectativas variavam do desejo de ter o atendimento do especialista de saúde mental na ESF até a necessidade de aprimoramento e capacitação em saúde mental. Buscamos sensibilizá-los para não estigmatizar, aprimorar e ampliar a clínica. Trabalhamos desde a história da loucura, da reforma psiquiátrica, da psicopatologia e psicofarmacologia, do abuso de álcool e outras drogas até o acompanhamento e monitoramento de tais pacientes.

Os encontros variaram de certa resistência passiva, no início, ao maior entendimento com as questões de saúde mental e também do nosso papel e inserção como apoio matricial na ESF. Avaliamos tal experiência como positiva, onde estamos principalmente conseguindo romper barreiras do preconceito e estigma ao portador de transtorno mental, bem como estamos iniciando um caminho com um novo modo de olhar e cuidar destas pessoas, realizando um acompanhamento mais efetivo e principalmente melhorar a lógica de referência e contrarreferência. Ou seja, já estamos conseguindo melhoria no acesso e qualidade do atendimento em saúde mental, bem como compartilhamento de casos e monitoramento dos mesmos, para que assim se possam consolidar dados estatísticos de saúde mental neste município, dados estes ainda ausentes na atual política de saúde mental.

Pois, somos atores e protagonistas desta transformação. O modelo de matriciamento em saúde mental na ESF foi proposto como forma de reorganização da atenção básica no município de Curitiba- SC. É a saúde mental no SUS, na busca de um novo modelo.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Loucos pela liberdade. **Revista ÉPOCA**. São Paulo. Setembro, 1998.

BARBIER, René. **A pesquisa-ação**. Brasília/DF: Liber Livro Editora, 2007. Série Pesquisa, v. 3.

BARBAN, E.G.; OLIVEIRA, A. A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no Programa Saúde da Família do município de São José do Rio Preto. **Arq. Cienc. Saúde**, v.14, n.1, p.54-65, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Secretaria de Atenção à Saúde, Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004; Ministério da Saúde, Secretaria- Executiva Secretaria de atenção à Saúde. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006**: saúde mental no SUS - acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da saúde(MS). **Saúde Mental: CAPS**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1 Acesso em 13 de jun.2011.

BRASIL. Ministério da saúde(MS). **Programa saúde da família: PSF**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149. Acesso em 20 de jun.2011.

CAMPOS G.W.S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial**: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 1999, 2: 393-409.

CAMPOS. G.W.S. DOMITTI. A.N. **Apoio matricial e equipe de referência**: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de saúde pública*, v. 23, n.2. Rio de Janeiro. fev.2007.

COELHO. C.M.A. **Impacto Provocado pela Implantação do Programa de Saúde da Família sobre as Ações dos Agentes Comunitários de Saúde**: o caso Sobral-CE. Monografia de especialização com caráter de residência em saúde da família. Universidade Vale do Acaraú-UVA e escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. 2002. 82p.

Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental e Atenção Básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.

Ministério da Saúde (BR). **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**, Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

STUART, G.W, LARAIA, M.T. **Enfermagem Psiquiátrica**: Princípios e Prática. 6 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

SOARES, M.S. et al. **Plataforma para reorientação da atenção à saúde mental no Ceará**. *Revista Sustentação*.Ano II, n 4.Set-Out-Nov-Dez 2000.

TEIXEIRA, M. B, MELLO I.M.GRANDO, L.H, FRAIMAN, D.P. **Manual de Enfermagem Psiquiátrica**. São Paulo: Atheneu, 1997-2007.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TOWNSEND, M.C. **Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.