

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

MARYNÉLIA MENDES TEIXEIRA

**MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM UM MUNICÍPIO
DO MARANHÃO**

São Luís
2017

MARYNÉLIA MENDES TEIXEIRA

**MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM UM
MUNICÍPIO DO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Saúde Pública da
Faculdade Laboro, para obtenção do
título de Especialista em Saúde
Pública.

Orientadora: Prof. Dra. Mônica Elinor
Alves Gama

São Luís

2017

Teixeira, Marynélia Mendes

Matriciamento em saúde mental na atenção básica em um município do Maranhão / Marynélia Mendes Teixeira -. São Luís, 2017.

Impresso por computador (fotocópia)

39 f.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade LABORO como requisito para obtenção de Título de Especialista em Saúde Pública. -. 2017.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Elinor Alves Gama

1. Matriciamento. 2. Saúde Mental. 3. Atenção Básica. I. Título.

CDU: 613.86

MARYNÉLIA MENDES TEIXEIRA

**MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM UM
MUNICÍPIO DO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Saúde Pública da
Faculdade Laboro, para obtenção do
título de Especialista em Saúde
Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Mônica Elinor
Alves Gama

Aprovada em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

1º Examinador (a)

2º Examinador (a)

A Deus, por ter me concedido a oportunidade de vivenciar momentos de aprendizagens em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi fruto de esforços de várias pessoas movidas em um mesmo objetivo. Como forma de agradecimento, dedico essa parte àqueles que, de alguma maneira, contribuíram nesta grande caminhada em direção a um sonho hoje realizado.

Agradeço, primeiramente a Deus, pois sem ele nada sou. Ele é minha força, que me impulsiona a cada dia e fornece. Obrigada por tudo meu Pai Celestial.

À minha família, por ter suportado e compreendido as minhas ausências durante o transcorrer dessa trajetória.

À orientadora Prof^a Mônica Elinor Alves Gama, pela disponibilidade e confiança que sempre depositou em nós.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para a efetivação deste trabalho.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes.”

Martin Luther King

RESUMO

Análise sobre o conhecimento dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), sobre o matriciamento em saúde mental em implantação na atenção básica em um município do Maranhão. O matriciamento na ESF, compreende um apoio em saúde mental pelos profissionais especializados nesta área de saúde, o que facilita o cuidado de pessoas com transtorno mental no seu próprio território de atendimento. A metodologia utilizada neste estudo foi descritiva-exploratória, com abordagem qualitativa, realizado na unidade básica de saúde de um município do Maranhão. Descreve-se acerca do apoio matricial em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Analisa-se a percepção dos profissionais de saúde sobre a ação do apoio matricial na resolutividade dos casos de saúde mental. Apontam-se dificuldades a serem enfrentadas pela ESF na implantação do matriciamento em saúde mental no município em estudo. Na percepção dos profissionais de saúde da ESF, o matriciamento compreende uma estratégia que beneficia o atendimento integral dos usuários em saúde mental, favorecendo o acompanhamento em saúde integral dos mesmos em seu próprio território, com a corresponsabilização da equipe de ESF, usuário, familiares e equipe de apoio matricial, diminuindo a demanda por encaminhamento a outras instituições de saúde.

Palavras-chave: Matriciamento, Saúde Mental, Atenção Básica.

ABSTRACT

Knowledge analysis of the health professionals of the Family Health Strategy (ESF) on mental health maturation in primary care setting in a municipality of Maranhão. Matriciamento at the FHS, includes mental health support to professionals specialized in this area of health, which facilitates the care of people with mental disorders in their own territory of care. The methodology used in this study was descriptive-exploratory, with a qualitative approach, carried out in the basic health unit of a municipality of Maranhão. It is described about the matrix support in mental health in the Family Health Strategy. The perception of the health professionals about the action of the matrix support in the resolution of the cases of mental health is analyzed. It is pointed out difficulties to be faced by the FHS in the implantation of mental health matriciaria in the city under study. In the perception of the health professionals of the FHS, the matriciamento comprises a strategy that benefits the integral care of the users in mental health, favoring the accompaniment in integral health of the same ones in its own territory, with the joint responsibility of the ESF team, user, family and Matrix support team, reducing the demand for referral to other health institutions.

Keywords: Matriciamento, Mental Health, Basic Attention.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	Objetivo geral.....	14
2.2	Objetivos específicos.....	14
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
3.1	A saúde mental na atenção básica.....	15
3.2	O apoio matricial em saúde mental nas unidades básicas de saúde.....	21
4	METODOLOGIA.....	26
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
6	CONCLUSÃO.....	34
	REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

Nas década de 1970 e 1980, surgem dos importantes movimentos, que modificam a concepção de saúde. O primeiro foi a Reforma Psiquiátrica, que afasta como essencial a ideia de internamento em manicômios para tratamento de pessoas com transtornos mentais. Concomitante, a este movimento, surge a Reforma Sanitária, que influencia no texto da Constituição Federal de 1988, alterando a estrutura a saúde pública brasileira, por meio do surgimento do Sistema Único de Saúde.

Com o processo de Reforma Psiquiátrica surge em todo o Brasil uma série de novos serviços que se configuram como experiências múltiplas e heterogêneas, novas formas de intervenção frente à loucura, serviços substitutivos ao modelo manicomial, que mesmo apresentando suas singularidades, têm em comum a proposta de oposição e transformação do modelo clássico em Psiquiatria. Visam à transformação da estrutura manicomial, possibilitando uma nova e complexa realidade no campo da saúde mental, sendo o ponto de partida para mudar as tradicionais perspectivas em Saúde Mental.

A Reforma Psiquiátrica, possibilita um novo modo de pensar na assistência psiquiátrica, com a criação de dispositivos e estratégias de cuidado, comprometida com a saúde enquanto responsabilidade do Estado, afastando o internamento desnecessário das pessoas com transtorno mental, procurando a reinserção social e ressocialização desses usuários. A desospitalização, representa apenas uma etapa do processo mais amplo, que é a desinstitucionalização. Este movimento, portanto, visa a produção de outras formas de conceber o sofrimento psíquico e os modos de cuidado que são produzidos para lidar com este agravo (AMARANTE, 1998).

Em meados da década de 1970, iniciou-se um dos principais movimentos que levaram a criação do modelo atual de Saúde Pública, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que foi formado por profissionais da área de saúde, juntamente com participantes da sociedade em geral. Esta mobilização, decorreu da insatisfação da sociedade diante da péssima ou nenhuma assistência em saúde prestada à população, onde se reivindicava uma nova política de saúde, que abrangesse a todos os cidadãos brasileiros.

Bravo (2006) enfatiza que o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira promoveu um avanço na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo que privilegiava o produtor privado. Neste sentido, Paim (1992, 31) menciona que: “[...] o projeto da Reforma Sanitária foi gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais”.

Os sanitaristas possuíam entre suas principais reivindicações: a universalização do acesso à saúde, a qual deveria ser compreendida como direito social, portanto, um dever do Estado em fornecer-la aos cidadãos. Almejavam ainda a reestruturação do setor de saúde, por meio da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, com o intuito buscar um grande reordenamento setorial, proporcionando com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva. Almejavam ainda a descentralização do processo decisório, que deveria ser compartilhado pelos estados e municípios, assim como visavam, o financiamento efetivo e a democratização do poder local, por meio de novos mecanismos de gestão, ou seja, os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2006).

O grande marco do Movimento ocorre em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, com a participação de aproximadamente cinco mil pessoas da área de saúde, além de políticos, lideranças populares e sindicais, estabelecendo a base para as propostas de reestruturação do Sistema de Saúde brasileiro. Esta conferência objetivava o acesso dos serviços e ações de saúde para toda a população, havendo o debate de variados temas, principalmente sobre a relação entre a saúde pública e a sociedade, assim como a participação de entidades representativas da sociedade civil, além do sistema único, desvinculado da Previdência Social, que deveria centralizar as políticas governamentais para o setor, assim como regionalizar o gerenciamento da prestação de serviços, priorizando o setor público e universalizando o atendimento. O relatório formulado na mencionada conferência, preconizava a saúde como direito de todos os brasileiros, que deveria ser obrigação do Estado em patrociná-la. Suas propostas influenciaram sobremaneira na elaboração da nova Constituição Federal (SIMÕES, 2009; RONCALLI, 2003).

Em outubro de 1988 foi aprovada a nova Constituição Federal, mediante uma nova ordem social implantada no país, sendo denominada de “Constituição Cidadã” por expressar em seu texto o bem-estar e a justiça social, garantindo os direitos individuais de todo o brasileiro, entre os quais o direito à saúde.

O direito à saúde é mencionado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, estabelecendo que a mesma como um direito de todos os brasileiros, assim como a obrigação do Estado de garantir esse direito à população, devendo implantar políticas para reduzir o risco de doenças, assim e outros agravos. Estabelecendo que a saúde deve ser de acessada universalmente e de forma igualitária, com ações e serviços, que busquem a sua promoção, assim como proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal, ao garantir o direito à saúde a toda população brasileira, especificando que esta garantia é dever do Estado, que deve realizar ações e serviços, a fim de propiciar condições de saúde à sociedade, passa a estender a conceituação, a qual assume também um caráter preventivo, a fim de proporcionar a boa qualidade de vida aos brasileiros, independente destes contribuírem ou não à previdência social.

No texto constitucional, infere-se ainda sobre a criação de um sistema de saúde e suas diretrizes, instituído suas constituição e organização no art. 198. A Carta Magna, institui propostas para a implantação de um sistema de saúde que possibilitasse os serviços nesta área em termos universais, firmando-se aí o embrião para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) antes proposto pelo Movimento da Reforma Sanitária.

O Sistema Único de Saúde disponibiliza o atendimento à saúde para todos os brasileiros, devendo não somente se constituir em serviços curativos, mas também que englobe a prevenção e tratamento de doenças e ações sanitárias e epidemiológicas, conforme destaca o art. 200 da Constituição Federal, que institui também entre suas atribuições: formulação de políticas públicas; ações de saneamento básico; desenvolvimento tecnológico e científico; fiscalização e inspeção de alimentos e bebidas; colaboração com a proteção do meio ambiente; controle e a fiscalização de elementos de interesse para a saúde; participação na produção de medicamentos, procedimentos, produtos e substâncias de interesse da saúde, além da saúde do trabalhador (BRASIL, 1988).

Portanto as ações estabelecidas ao SUS incidem desde a consecução de políticas públicas até o cuidado com a saúde do trabalhador, fornecendo desta forma uma atenção a todos os segmentos da sociedade, de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada, que permitiu a formação do atual modelo de atendimento implantado no país pela saúde pública, em que em prevê a instalação

em todos os municípios brasileiros de Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais possibilitam atendimentos sem complexidade, e sendo detectada a complexidade do atendimento são encaminhados conforme o caso para unidades especializadas para realizar as ações necessárias em saúde.

No estabelecimento do Sistema Único de Saúde, a atenção primária, por meio da unidade básica de saúde, passa a utilizar equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), compostas por profissionais em saúde, que atendem famílias em territórios específicos de um determinado município, procurando levar a prevenção, promoção em saúde, com controle e tratamento de doenças, assim como acompanhamento dessas pessoas. Este dispositivo, torna-se um estratégia eficaz na inversão do modelo assistencial que era antes implantado no Brasil, ou seja, basicamente curativo e hospitalocêntrico.

Todavia, as equipes de ESF, ficavam impedidas de ofertar um atendimento integral às pessoas com saúde mental, pois não possuíam conhecimento suficiente para atendê-las, restando somente encaminhá-las a outras instituições em saúde, que nem sempre ficava no próprio município, afastando geralmente o doente do convívio de seus familiares. Diante disso, surge o matriciamento, como forma de a atenção básica em saúde ter um apoio de profissionais especializados no atendimento em saúde mental, constituindo-se em um suporte especializado para a atenção básica.

O matriciamento compreende uma nova forma de produção de saúde, constituindo um apoio especializado a equipes de saúde, embasado em uma metodologia de constituição repartida, onde são criadas sugestões de intercessão pedagógica-terapêutica, organizando as ações de saúde, assim como propiciar aumentar o acesso nas equipes de saúde da família, favorecer a construção de novos arranjos. Nestes novos arranjos, com equipes mais qualificadas, seria possível imaginar cada situação dentro de suas peculiaridades, sob diversos olhares (CHIAVERINI et al., 2011).

Diante do exposto, levantou-se como problema do presente estudo, verificar se os profissionais de saúde da ESF, possuem um conhecimento sobre o apoio matricial, assim como, se eles consideram relevante esta metodologia de trabalho para as suas atuações junto à comunidade, além de verificar se estes trabalhadores da saúde pública, vislumbram encontrar entraves na inserção do matricialmente na atenção básica.

O presente estudo justifica-se em decorrência da autora do mesmo, atuar em um município maranhense, onde será implantado o apoio matricial em saúde mental na Estratégia Saúde da Família, o que fez surgir o interesse pela temática, como forma de conhecer sobre esta metodologia de trabalho, assim como verificar se os profissionais de saúde possuem entendimento sobre este apoio profissional.

Neste contexto, o presente estudo torna-se relevante, no sentido de conhecer sobre o matriciamento em saúde mental, na Estratégia Saúde Família e a aceção dos profissionais em saúde sobre este apoio no acompanhamento e tratamento do paciente em seu território.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer a perspectiva dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) acerca da implantação do matriciamento em saúde mental em uma unidade básica de saúde em um município do Maranhão.

2.2 Objetivos específicos

–Descrever acerca do apoio matricial em saúde mental na atenção básica;

–Investigar a percepção dos profissionais de saúde sobre a ação do apoio matricial na resolutividade dos casos de saúde mental;

–Relacionar as futuras dificuldades da ESF na implantação do matriciamento em saúde mental no município em estudo.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A saúde mental na atenção básica

Durante muito tempo na história brasileira, as pessoas que possuíam transtornos psíquicos era uma parcela da população, excluída da sociedade, abandonada na maioria das vezes pela família, relegadas às intuições psiquiátricas.

Neste período a questão dos transtornos mentais era abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica, cujo tratamento dos indivíduos, era inspirado em modelos de exclusão/ separação dos usuários do convívio social (BRASIL, 2004b).

Na década de 1970 passa-se a questionar a necessidade de hospitalização e exclusão social das pessoas com transtorno mental. Queiroz e Caldas (2012, p. 69) relatam que

A internação em hospícios, asilos manicomiais e a exclusão do convívio social das pessoas com transtornos mentais, passaram a ser questionada a partir da década de 70 com a Reforma Psiquiátrica, que tinha como proposta a desinstitucionalização, a desospitalização e a garantia dos direitos de cidadania dos doentes mentais.

A Reforma Psiquiátrica teve como participantes profissionais de saúde e gestores públicos dos setores federais, estaduais e municipais, assim como pacientes e membros de comunidades.

Com a Reforma Psiquiátrica houve a desinstitucionalização em saúde mental, sendo este movimento de luta contra o manicômio, que por meio da atenção psicossocial, visou o cuidado em liberdade do portador de sofrimento psíquico, substituindo o modelo hospitalocêntrico de atenção, por uma rede de atenção integral à saúde mental, possibilitando uma maior resolubilidade, evitando a necessidade de internação, promovendo a inclusão social dos portadores de doença mental (BABINSKI; HIRDES, 2004, KANTORSKI et al., 2011).

A Lei 10.216/01 passou a ser o marco legal da Política Nacional de Saúde Mental, que apresentou como diretriz principal a redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, com a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internações. Além de buscar a implantação e implementação de uma rede comunitária de serviços de saúde mental eficaz, capaz de atender com resolubilidade aos pacientes que necessitem de cuidado (BRASIL, 2009).

Neste contexto, foram regulamentados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em 2002, por meio da Portaria 336/GM, que reconhece e amplia o funcionamento e a complexidade dos CAPS. Estes centros podem ser compreendidos como instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, visando estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Possui como característica principal buscar integrar estes pacientes a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004a).

Assim, como a Reforma Psiquiátrica ocorrida, houve outro importante acontecimento para a área da saúde nesta época, ou seja, o Movimento de Reforma Sanitária, que de acordo com Bravo (2006) iniciou-se no final dos anos 70 e fortaleceu-se nos anos 80, por meio do qual a saúde passa a assumir uma dimensão política, vinculada estreitamente à democracia. Entre as principais propostas deste movimento, tem-se a universalização do acesso e a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, pleiteando por sua a reestruturação através de um sistema unificado de saúde.

O Movimento de Reforma Sanitária, influenciou enormemente na elaboração da Constituição Federal de 1988, a qual solidificou os anseios do Movimento Sanitarista, no que se referia à saúde pública, citando entre os seus artigos que a saúde é um direito social (art. 6º), sendo de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública (art. 23) (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988, estabelece ainda em seu texto sobre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituindo que:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1988, p. 1).

Surge, portando, por meio da Constituição Federal de 1988, o primeiro passo para a criação do Sistema Único de Saúde, o qual passa a existir efetivamente no ano de 1990, por meio da promulgação da Lei nº 8.008 – Lei Orgânica da Saúde, que passa a regulamentar o proposto no texto constitucional, criando o SUS, que é definido como:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1990, p. 1).

O Sistema Único de Saúde (SUS) passa a ser pautado em seus princípios, os quais compreendem basicamente a universalidade, integralidade e equidade, que regem todas as suas ações.

Simões (2009) menciona que o princípio da universalidade determina que a saúde deve ser estendida a todos os cidadãos brasileiros, sem discriminação, assim como independe de contribuição ou não previdenciária, atendendo gratuitamente a todos os brasileiros, amparado no texto constitucional que institui a saúde como um direito fundamental (art. 6º). O princípio da integralidade reforça que os cidadãos brasileiros devem ser atendidos em toda a sua integralidade, ou seja, ser tratado como um todo, atendendo tanto a saúde física, como a mental do usuário, buscando sempre a prevenção, tratamento e reabilitação dos agravos, assim como a promoção da saúde. O princípio da equidade institui que todo o brasileiro que necessite de atenção à saúde deverá ter direito às ações e serviços em todos os níveis do sistema, englobando do mais simples atendimento até o mais complexo, que necessite de profissionais especializados para atendimento, oferecendo seus recursos de acordo com as necessidades de cada um.

Assim, o Sistema Único de Saúde deve pautar todas as suas ações em seus princípios. Neste sentido, atendendo à população brasileira, indistintamente, com serviços que assegurem assistência ao usuário em seu contexto geral, não importando a complexidade da doença apresentada, mas oferecendo tratamento e prevenção, além da reabilitação do indivíduo.

No que concerne à atual Política Nacional de Saúde Mental, o Sistema Único de Saúde, tem como objetivo mudar a realidade dos manicômios e antigos hospitais psiquiátricos. Com o desenvolvimento da política de saúde mental e os desafios que se coloca, surgem diversas normativas legais que ampliaram

fortemente a rede de atenção psicossocial (RAPS) através de equipamentos substitutivos ao modelo manicomial, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência (CECOS), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais; as oficinas de geração de renda; entre outros (BRASIL, 2004a).

Ressalta-se que nem todos os municípios brasileiros possuem recursos e estrutura para receber uma rede de atenção psicossocial (RAPS), e nem um CAPS, o que pode oferecer um importante serviço para ordenar e articular as ações de saúde mental na RAPS, trabalho este que pode ser realizado de forma efetiva juntamente com a atenção básica em saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Uma grande parte dos municípios possuem muitas vezes, a atenção básica em saúde, que por meio da ESF atende os diversos problemas de saúde apresentados pela população, sendo esta a única porta de entrada para acolher e atender também os pacientes com transtornos mentais.

Cabe comentar que no ano de 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), visando orientar a organização da Atenção Básica no território brasileiro, caracterizando-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. O PSF, posteriormente, em sua fase de consolidação, veio a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2012).

A ESF é embasada no SUS, incorporando as diretrizes de universalização, descentralização e participação da comunidade, possuindo como princípios complementares: caráter substitutivo ao modelo tradicional de atenção primária, que antes era centrado prioritariamente na relação médico-paciente e no atendimento individual; integralidade e hierarquização (encontrando-se dentro do sistema de referência e contra referência da rede); territorialização e cadastramento da clientela e equipe multiprofissional (MARTINES; CHAVES, 2007).

As equipes de ESF são formadas conforme realidade de cada comunidade atendida na unidade básica de saúde, assim como os recursos

ofertados a mesma. Estas equipes são multiprofissionais, possuindo diversos tipos de trabalhadores da área da saúde, constando principalmente de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), entre outros, os quais ficam responsabilizados em atender um determinado território, realizando a integralidade do atendimento, formulando projetos terapêuticos e buscando ajuda, quando necessário.

Considera-se a ESF como um modelo de atenção básica que utiliza ações de prevenção, promoção e de reabilitação em saúde, cuidando dos usuários, por meio de equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes comunitários em saúde (ACS), que possuem conhecimento abrangente da realidade do território em que se encontram inseridos. O foco de sua atuação é a unidade familiar, cujo compromisso se constitui na integralidade da assistência, portanto, agindo na perspectiva de superação do modelo tecnicista, hospitalocêntrico e medicalocêntrico, procurando romper com a produção de saúde centralizada na doença (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Nas equipes de ESF, o diálogo é constante, com uma participação de todos os profissionais envolvidos no acompanhamento de cada caso em saúde, formulando estratégias de atendimento, assim como discutindo conjuntamente planos de tratamento, buscando o bem estar do paciente, assim como envolvendo a família no cuidado do mesmo.

No que concerne a atuação da ESF e saúde mental, Mielke e Olchowsky (2010, p. 901) discorrem que:

A ESF e a saúde mental apresentam características que as aproximam enquanto áreas de saber, de prática assistencial e de cuidado, culminando em sua parceria para atingir a proposta de reabilitação psicossocial e de atenção integral. Destacamos que ambas as áreas preconizam a atenção integral, ou seja, o acompanhamento do usuário ao longo de sua existência, pautando-se no acolhimento e no vínculo como estratégias de intervenção na saúde, desenvolvendo ações coletivas na comunidade, no território social onde as pessoas se encontram, além de compreenderem o cuidado ao núcleo familiar como foco de sua atenção.

A parceria entre a ESF e a saúde mental possibilita a reabilitação psicossocial a partir do território, de modo a reduzir internações psiquiátricas desnecessárias e facilitar o atendimento integral na família, modificando as relações de cuidado e as práticas em saúde.

Nota-se a similaridade da ESF com o atendimento em saúde mental, cujas áreas visam o atendimento integral do indivíduo, com a prevenção e promoção em saúde, procurando não priorizar o modelo hospitalocêntrico, mas com o

tratamento do indivíduo em seu próprio território (comunidade), abrangendo a família do mesmo.

Rodrigues e Moreira (2012) e Quinderé et al. (2013) mencionam, que a articulação dos serviços de atenção básica com os de saúde mental, no cuidado do indivíduo com transtorno mental, torna-se uma importante estratégia, pois territorializa as ações de cuidado, com princípios de atendimento multiprofissional, integral, promovendo o vínculo e a possibilidade de construção de redes, em uma atuação interinstitucional. Esse trabalho em conjunto, possibilita ainda a resolução de parte dos problemas de saúde mental que não precisa ser direcionada a serviços especializados, os quais passam a ser resolvidos no nível primário pelas equipes da ESF, como os casos de transtornos mentais leves, que podem ser cuidados e acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme orientação adequada.

Quinderé et al. (2013) discorrem que a ESF torna-se uma importante aliada nos cuidados às pessoas com transtornos mentais, haja vista um grande quantitativo dos usuários encaminhados aos serviços especializados não possuírem, inicialmente, uma demanda específica que justifique uma atenção especializada, assim como os profissionais em saúde dessas equipes encontrarem-se mais próximos dos usuários e do território dos mesmos.

Rodrigues e Moreira (2012) destacam sobre a importância das equipes de ESF atuarem em saúde mental, haja vista estes profissionais conhecerem os diversos problemas de saúde enfrentados pelas famílias de sua área, o que favorece intervenções contínuas e contextualizadas, utilizando os múltiplos recursos existentes no território, possibilitando intervenções baseadas na integralidade do usuário. Mas, para essa atuação em saúde mental, os profissionais da ESF devem ser capacitados por profissionais que atuam especificamente nesta área.

Portanto, faz-se necessário, a inserção na atenção básica de um apoio profissional qualificado em saúde mental, direcionando o manejo adequado do atendimento a este paciente, atuando juntamente com a Estratégia Saúde Família (ESF), o usuário e sua família, em um trabalho de corresponsabilização, com a definição de papéis, assim como possibilitando a sua atuação por meio da rede em saúde mental, surgindo, assim o apoio matricial.

3.2 O apoio matricial em saúde mental nas unidades básicas de saúde

O Matriciamento em Saúde Mental ou apoio matricial constitui-se em uma nova forma compartilhada de produzir saúde, por meio da criação de propostas de intervenções pedagógico-terapêuticas, sendo esta uma importante ferramenta, que pode ser aplicada vislumbrando a realidade das comunidades. Neste sentido, Chiaverini (2011, p. 14-15), define:

O apoio matricial é distinto do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária tradicional. Ele pode ser entendido com [...] “um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações”

O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico. O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades.

O matriciador torna-se assim, um facilitador do trabalho da atenção primária em saúde, sendo um elo entre a unidade básica de saúde, a família e o usuário, proporcionando ao mesmo um atendimento qualificado, promovendo o direito à saúde mental deste paciente.

Rodrigues e Moreira (2012) mencionam que o apoio matricial em saúde mental estimula o compromisso das equipes de referência nos processos de trabalho, com a finalidade de potencializar a atuação das equipes de ESF inseridas na atenção básica, o que possibilita a troca de saberes entres os profissionais e maior articulação da rede de serviços, vislumbrando um cuidado ampliado para as necessidades do indivíduo com transtorno mental. As equipes de ESF, passam a acompanhar continuamente o usuário, responsabilizando-se pela condução dos casos, com o apoio matricial nas suas práticas, por meio do desenvolvimento de um diálogo conjunto sobre as intervenções necessárias.

O apoio matricial passa a complementar as equipes de referência, ajudando-a na solução de casos mais simples em saúde mental, evitando encaminhamentos, e proporcionando o tratamento do usuário em seu próprio território, organizando e ampliando a oferta de ações em saúde, com o fornecimento de saberes e práticas especializadas, mas sem deixar que o usuário seja cliente da

equipe de ESF, o que supera a velha ideia de encaminhamento (e de referência e contra referência), além de possibilitar o vínculo terapêutico e colocar o tratamento mais próximo do usuário e da equipe que o conhece há mais tempo, permitindo, desta forma, um atendimento voltado para as necessidades do indivíduo, haja vista esta equipe já o conhecer, o que favorece a construção de vínculos terapêuticos, assim como a responsabilização pelo cuidado deste sujeito (BRASIL, 2004c).

O Ministério da Saúde estabelece, que o matriciamento em saúde mental deve realizar ações de supervisão, atendimento compartilhado, além de capacitação em serviço, utilizando uma equipe de referência em saúde mental para capacitar equipes ou profissionais da atenção básica. Destaca ainda, que uma equipe de referência em saúde mental, independentemente de ser sediada em um CAPS, responsabiliza-se pelo acompanhamento matricial de seis até nove equipes de ESF ou da atenção básica em geral, principalmente nos pequenos municípios, procurando aumentar afastar o encaminhamento, por meio do aumento da capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, as quais são estratégicas na garantia do acesso e enfrentamento desses agravos, em decorrência do contato costumeiro com as famílias do território que atendem (BRASIL, 2007).

Assim o matriciamento deve ser solicitado:

- Nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental para abordar e conduzir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família.
- Quando se necessita de suporte para realizar intervenções psicossociais específicas da atenção primária, tais como grupos de pacientes com transtornos mentais.
- Para integração do nível especializado com a atenção primária no tratamento de pacientes com transtorno mental, como, por exemplo, para apoiar na adesão ao projeto terapêutico de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em atendimento especializado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).
- Quando a equipe de referência sente necessidade de apoio para resolver problemas relativos ao desempenho de suas tarefas, como, por exemplo, dificuldades nas relações pessoais ou nas situações especialmente difíceis encontradas na realidade do trabalho diário. (CHIAVERINI, 2011, p. 15).

Dentro da nova proposta do Sistema Único de Saúde, o matriciador atuará com a unidade primária de saúde, realizando o atendimento especializado, ordenando as ações de saúde mental nas redes assistenciais, este trabalho conjunto

tem como possibilidade realizar a clínica ampliada, troca de saberes entre distintos profissionais e especialistas.

Como profissionais matriciadores em saúde mental na atenção primária, Chiaverini (2011, p. 16) cita que os mesmos compreendem: psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, além de assistentes sociais, enfermeiros de saúde mental.

Campos e Domitti (2007, p. 401) mencionam que o apoio matricial ocorre nas seguintes formas:

- a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência;
- b) em situações que exija atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade;
- c) [...] o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência.

O apoio matricial é realizado por um especialista em saúde mental dentro da unidade de atenção primária tradicional, ou seja, o apoiador oferta à equipe interdisciplinar suporte técnico especializado para ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações junto aos atores envolvidos no projeto.

Neste sentido o trabalho do matriciador permite um trabalho mais abrangente na Atenção Básica, pois esta se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS, promovendo conjuntamente uma atenção integral que impacte na situação de saúde das pessoas, haja vista o cuidado em saúde mental na atenção básica ser bastante estratégico pela facilidade do acesso das equipes aos usuários e vice-versa, permitindo a qualificação deste atendimento, assim como uma atuação direta com o usuário e sua família, proporcionando a reabilitação deste e sua reinserção na sociedade.

Quinderé et al. (2013) discorrem que o apoio matricial pode fornecer aos profissionais da atenção básica, um melhor entendimento sobre a saúde mental, possibilitando que os mesmos possuam conhecimentos para atuarem como catalizadores do processo terapêutico, assim como facilitem aos usuários o acesso aos serviços de saúde e a resolubilidade dos casos atendidos.

Campos e Domitti (2007) e Araújo et al. (2015) esclarecem que o apoio matricial em saúde mental compreende um apoio técnico especializado, que proporciona aprendizados a uma equipe multidisciplinar em saúde, haja vista o apoiador matricial compreender um especialista, com conhecimentos e perfil diferenciados dos profissionais de referência, todavia ele pode agregar recursos de saber, assim como contribuir por meio de intervenções que ampliem a capacidade de resolução dos problemas de saúde da equipe de ESF responsável pelo caso, construindo um espaço de comunicação ativa, facilitando o contato direto, com o compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais de referência e apoiadores.

O matriciamento em saúde mental, se constitui, portanto, em um espaço de experiências e trocas de saberes, por meio de diálogos, com formação contínua, através de encontros entre o apoio matriciador e as equipes de referência. Araújo et al. (2015) mencionam que o contato entre equipe de referência e matricial, pode ocorrer de forma periódica e regular, assim como diante de casos imprevistos e urgentes, onde não é recomendável aguardar a reunião regular.

Entre as metodologias utilizadas no matriciamento, Chiaverini (2011) menciona: Interconsulta (principal instrumento, onde a forma mais conhecida é a discussão de casos, cujos problemas dos usuários ou trazidos pela equipe são analisados, por meio de uma perspectiva interdisciplinar, para a construção de estratégias em comum entre apoio matricial e ESF); Consulta conjunta de saúde mental na atenção básica (reúne conjuntamente profissionais de saúde de variadas categorias, o paciente e, quando necessário, a sua família, ocorrendo por meio de solicitação de um dos profissionais, a fim de complementar e/ou elucidar aspectos da situação de cuidado em andamento que fujam ao entendimento do solicitante para traçar o plano terapêutico); Visita domiciliar conjunta (assemelha-se à consulta conjunta, porém, ocorre no espaço domiciliar, com a participação de profissionais de saúde mental e da atenção primária); Contato à distância (realizado por meio do telefone ou outras tecnologias de comunicação, o qual ocorre quando a equipe matricial estiver resolvendo casos em outra unidade de saúde).

Nota-se a facilidade de contato entre as equipes de ESF e o matriciamento, o que fortalece o atendimento em saúde mental pelas equipes multidisciplinares, permitindo que as mesmas acompanhem o tratamento do usuário juntamente com a sua família, evitando que o mesmo seja encaminhado a outro

município, baseando-se na assistência humanizada em saúde. Assim, o apoio matricial proporciona, por meio de diálogos a troca de conhecimentos, uma corresponsabilização juntamente com as equipes envolvidas, no cuidado integralizado do pacientes em sofrimento psíquico.

4 METODOLOGIA

No percurso metodológico, parte-se do entendimento de Minayo (2008, p. 92) que menciona:

[...] a relação dialética entre teoria e realidade empírica se expressa no fato de que a realidade informa a teoria que por sua vez a antecede, permite percebê-la, formulá-la, dar conta dela, fazendo-a distinta, num processo sem fim de distanciamento e aproximação.

Portanto, primeiramente, um problema tem que ser da vida prática para, somente depois, ser intelectualmente um problema. Isto significa que tanto a escolha de um tema como o conhecimento não emerge espontaneamente. Foi com esta compreensão que se desenvolveu o presente estudo, com reflexões sobre o apoio matricial em Saúde Mental na Atenção Básica, a partir da avaliação feita pelos profissionais das equipes de referência, a fim de descobrir as suas acepções sobre o matriciamento.

A metodologia utilizada foi o estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, realizado na unidade básica de saúde de Mata Roma/MA, no segundo semestre do ano de 2016.

A opção pela pesquisa qualitativa baseou-se no entendimento de que esse tipo de abordagem permite um maior aprofundamento das questões que se propõe a estudar, não procurando enumerar e/ou medir os eventos estudados, mas buscando compreender os fenômenos sob a perspectiva dos participantes da situação em estudo.

Minayo (2008) esclarece que a pesquisa qualitativa envolve um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, trabalhando com um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, os quais não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Silva e Menezes (2001, p. 20), explanam que:

[...] a pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e atribuição de significados são básicos no processo qualitativo. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem.

A amostra constituiu-se de 8 equipes de ESF que vão participar do matriciamento em saúde mental, a ser implantado neste município no ano de 2017, constando dos seguintes profissionais: 8 médicos, 8 enfermeiros, 8 técnicos de enfermagem e 49 agentes comunitários de saúde (ACS). A coleta de dados ocorreu por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada.

A análise dos dados obtidos pelos relatos dos profissionais de saúde, possibilitará conseqüentemente, uma melhor formulação de propostas para aprimorar a aceção da equipe de ESF sobre o apoio matricial a ser inserido na unidade básica de saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta sessão apresenta-se o resultado obtido por meio dos dados coletados a partir da aplicação do roteiro de entrevista e da avaliação das respostas que foram atribuídas pelos participantes durante a pesquisa na unidade básica de saúde no município de Mata Roma, no Maranhão, onde o presente estudo foi desenvolvido.

Este trabalho surgiu da necessidade de compreender qual o sentido que as ações de matriciamento terão para as equipes de Saúde da Família a serem apoiadas por um CAPS (a ser inaugurado no início de 2017).

Os resultados estão voltados para os seguintes questionamentos realizados junto aos profissionais de saúde da ESF:

1. Entendimento sobre matriciamento.
2. Importância do apoio matricial na atenção básica de saúde.
3. Formas de implementação do apoio matricial.
4. Ocasão considerada importante para solicitar o apoio matricial.
5. Dificuldades a serem encontradas no apoio matricial.

No que concerne ao entendimento dos profissionais de saúde sobre a definição de matriciamento, observou-se um maior entendimento sobre a temática entre os médicos e enfermeiros, que vislumbram esta metodologia de trabalho como um apoio de profissionais qualificados em saúde mental, que possibilitarão discutir casos em de transtorno mental, tirando dúvidas, planejando projetos terapêuticos. Todavia, notou-se, principalmente entre os técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, uma maior falta de esclarecimento, onde os mesmos desconhecem o significado de matriciamento, assim como a atuação do apoio matricial em saúde mental e como utilizar desse recurso.

Concernente ao desconhecimento de alguns profissionais de saúde acerca do matricialmente, resultado semelhante a este foi encontrado nos estudos de Jorge, Sousa e Franco (2013), os quais enfatizam que como apoio matricial em saúde mental encontra-se por um processo de implementação, torna-se comum uma relativa falta de conhecimento dos trabalhadores da atenção primária sobre esta metodologia de trabalho.

Campos e Domitti (2007) discorrem que o apoio matricial busca a construção de um projeto terapêutico integrado, com a articulação da equipe de

referência e apoiadores, buscando resolver alguns casos de saúde mental na ESF, servindo como auxílio a esses profissionais de saúde, proporcionado aos mesmos uma retaguarda especializada e ajuda técnica em suas ações em saúde mental no território em que atendem, assistindo os mesmos nesse atendimento, construindo variadas linhas de transversalidade, estabelecendo uma relação entre referência e especialista, por meio de diálogos constantes.

Vasconcelos et al. (2012) destacam que o matriciamento promove o encontro de vários saberes na busca de práticas inovadoras. Nos encontros entre equipe de ESF e matriciadores, são colocadas tensões, além de possibilidades e caminhos, por meio de um diálogo, que passa a desconstruir o trabalho centrado somente no procedimento da prática específica de cada profissional, individual e centrada na doença. Assim, ocorre a ampliação da atuação do matriciador a partir do trabalho coletivo, por meio da horizontalização das perspectivas na construção do projeto terapêutico do portador de transtorno mental, superando, portanto, o foco específico do saber e das práticas de cada categoria profissional.

Os profissionais de saúde da ESF entrevistados consideram importante o apoio matricial em saúde mental, o qual os capacitará para atender problemas leves de transtorno mental, corresponsabilizando as equipes de ESF no atendimento e tratamento do paciente, acompanhando-o junto com os seus familiares e diante de dúvidas, solucioná-las com os profissionais de matriciamento, proporcionando um cuidado integralizado do indivíduo.

Vasconcelos et al. (2012) mencionam sobre a relevância do apoio matricial junto aos profissionais da ESF, o que promove o acolhimento junto ao usuário de seu território, funcionando como um dispositivo que pode (re)estruturar o cuidado integral em saúde mental, transpondo os conceitos de patologia e de diagnóstico da doença mental, evidenciando a subjetividade e a singularidade de cada pessoa, pois possibilita o diálogo entre esses profissionais de saúde e usuário-família, criando um vínculo entre os mesmos, pela escuta no atendimento, assim como na resolubilidade da problemática de saúde desses indivíduos..

Pinto et al. (2012) discorrem em seu estudo, que a corresponsabilização entre equipe e usuário, passa a incorporar a família, havendo o compartilhamento de problemas vivenciados, assim como a pactuação integrada das resoluções, levando todos a assumirem responsabilidades, por meio de iniciativas mútuas, com usuário participando efetivamente do processo do restabelecimento de seu equilíbrio, onde

os familiares passam a acompanhá-lo em seu tratamento, juntamente com a assistência da equipe de ESF, que favorece a assistência integral, assim como o acesso ao serviço de saúde, buscando apoio, quando necessário no matriciamento.

Segundo Penido et al. (2010, p. 468), são objetivos do apoio matricial a exclusão da lógica do encaminhamento e o favorecimento de práticas interdisciplinares para o cuidado integral em saúde, além do “[...] aumento da capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local e a racionalização do acesso e do uso de recursos especializados”. Podem ser destacadas como expressão desta capacidade resolutive as respostas de alguns ACS, que destacaram não terem ainda sido treinados para assistir pessoas com transtornos mentais, assim como terem medo de sofrerem agressão por esses indivíduos.

Duarte, Silveira e Oliveira (2014) mencionam sobre a importância da capacitação da equipe de ESF para atendimento de pequenos casos em saúde mental, para que os mesmos possam sentir-se seguros nesses atendimentos, evitando os encaminhamentos, que às vezes ocorrem desnecessariamente, possibilitando o acompanhamento efetivo de casos na própria comunidade que assistem, diminuindo, desta forma, a sobrecarga nos serviços especializados.

Alguns profissionais de saúde apontaram a necessidade de reavaliação médica do usuário, como justificativa para solicitação do apoio matricial. A revisão ou o ajuste da medicação foi visto como necessidade em função de diversas situações, como a de usuários cuja receita era repetida por um médico clínico por longo tempo, de usuários que precisam tomar medicação injetável e de usuários que precisam de medicação prescrita por especialista em saúde mental.

Nos estudos de Pegoraro, Cassimiro e Leão (2014), também foi apontada como solicitação mais comumente ao apoio, a reavaliação médica do usuário, fato este que revela a ênfase no modelo médico, afastando as condutas de corresponsabilidades dos profissionais, familiares e recursos do território, cuja prática raramente envolve atendimento integral, mas que na maioria das vezes implica na conduta de prescrição medicamentosa, limitando um trabalho mais ampliado e integrador sobre a saúde, de saberes interdisciplinares que podem se expandir por meio das diversas especialidades envolvidas.

Conforme se observa na análise dos dados apresentados neste estudo, os profissionais da ESF entrevistados compreendem as ações do matriciamento

como predominantemente aquelas que envolvem prescrições e orientações medicamentosas,

Jorge, Sousa e Franco (2013) no estudo realizado, destacaram que a medicação era o principal item considerado quanto à construção dos projetos terapêuticos na estratégia de Saúde da Família. De forma ainda mais ampla, Dimenstein et al. (2009) concluíram que o medicamento era visto como a principal prática terapêutica nos serviços públicos de saúde.

Percebeu-se uma compreensão do matriciamento por parte dos profissionais das Estratégias de Saúde da Família em consonância com a prática cotidiana do Sistema Único de Saúde, porém com desconhecimento das implicações e transformações que o matriciamento estabelece o rompimento com a hierarquização dos serviços, por meio da referência e contra referência, assim como o suporte interdisciplinar e generalista.

Segundo Pinto et al. (2012), a ação mais comumente solicitada no apoio matricial é a consulta médica, o que revela a ênfase no modelo médico, nas chamadas tecnologias duras, em detrimento de condutas que impliquem em corresponsabilidades dos profissionais, familiares e recursos do território.

Jorge, Souza e Franco (2013), verificaram também em seus estudos que o a busca pelo apoio matricial raramente envolve atendimento integral, e muitas vezes tem como conduta prescrição medicamentosa. Enfatizam sobre a importância da equipe matricial em sugerir outras formas de projeto terapêutico, além do basicamente medicamentoso, sugerem a realização de levantamentos e intervenções dialógicas, com enfoque na subjetividade humana, a fim de promover uma discussão ampliada sobre os casos. Esclarecem que não se pode negar o valor do medicamento, contudo precisa-se explorar outras ações de saúde na formulação do projeto terapêutico.

Mais da metade dos profissionais entrevistados vislumbram a solicitação do apoio matricial quando o usuário demonstra ter algum transtorno mental, por meio de drogas e álcool, ou doença mental, apresentando comportamentos inadequados, isolamento com tristeza excessiva, como agressividade excessiva, despir-se em público, usar palavras desconexas, mania de perseguição e tentativa de suicídio.

No que diz respeito às possíveis dificuldades a serem encontradas pelos profissionais de saúde da ESF, referente ao apoio matricial em saúde mental, os

mesmos mencionaram que a rede de saúde mental no município é frágil, a qual não oferece muitos dispositivos para atenção psicossocial ou que a articulação é precária.

Os entrevistados destacaram que existem vários obstáculos, para se realizar o trabalho de articulação da rede de serviços, entre eles, a inexistência de uma rede de atenção básica no município, a deficiência de suporte dos serviços existentes, número insuficiente de profissionais. Como resultado, pode-se ter uma demanda excessiva sobre as equipes, superlotação dos serviços, presença do encaminhamento para outros serviços como forma de atenção, dificuldades de funcionamento das equipes.

Um dos médicos destacou em seu relato, que acredita que entre as dificuldades a serem encontradas, tem-se a grande demanda do atendimento, com poucos profissionais para realizarem os diversos programas da atenção básica, além da distância e dificuldade de acessibilidade dos povoados.

Pinto et al. (2012) destacam no seu estudo, também a grande demanda e a escassez de profissionais de saúde, para realizarem o atendimento em saúde mental na Estratégia Saúde da Família, com apoio matricial. Destacam que este entrave é encontrado em todos os atendimentos em saúde pública, não sendo uma exclusividade da atenção básica, onde o usuário depara-se geralmente com obstáculos no fluxo de atenção nas redes assistenciais, o que dificulta o cuidado integral em saúde, além de prejudicar que as equipes efetivem uma abordagem de forma mais integral, haja vista, precisarem realizar várias demandas significativas visando a saúde da comunidade.

A maioria da equipe de ESF relatou sobre a necessidade de uma capacitação sobre a saúde mental aos profissionais atuantes, para que os mesmos possam entender sobre esta área da saúde e oferecer assistência aos usuários nos casos mais leves, permitindo o tratamento no mesmo território.

Mencionaram ainda sobre a importância do apoio matricial, assim como da implantação do CAPS no município, que permitiram suprir as dificuldades de estruturação da rede de saúde mental no município, ofertando serviços, fazendo com que haja uma articulação entre ESF e CAPS, a fim de bem atender os usuários com transtornos mentais.

Diante dessas considerações, acredita-se que o gestor deve pensar essa nova forma de ver o indivíduo com transtorno mental, acolhendo-o no seu ambiente,

instituir equipes matriciais que podem ser organizadas por região ou por distritos de saúde. É evidente, que isso consiste em um desafio importante, já que tem-se uma heterogeneidade grande entre os distritos, em relação à população, à infraestrutura e aos recursos humanos, cuja qualificação desses profissionais envolvidos torna-se essencial.

A efetivação de uma rede de serviços que atenda problemas de saúde mental requer o entendimento acerca das duas esferas das práticas em saúde mental: a esfera político ideológica e a teórico-técnica, indissociáveis, mas, segundo Costa-Rosa (2000), distintas em suas especificidades. De acordo com este autor, no campo político-ideológico trabalha-se um sistema em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. Nas ações teórico-técnicas referem-se a produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

6 CONCLUSÃO

O matriciamento se constitui em uma estratégia de trabalho, que fornece conhecimentos de profissionais qualificados em saúde mental às Equipes de ESF, sendo, portanto, uma ferramenta que auxilia na assistência aos indivíduos que sofrem de transtornos mentais. Esta metodologia de trabalho, propõe um acompanhamento sistemático do paciente e sua família, por meio da equipe multidisciplinar, que já atua no território do indivíduo, que corresponsabiliza pelo mesmo, envolvendo seus familiares em seu tratamento, possuindo uma maior capacidade resolutiva das ações em saúde mental, proporcionada pelo apoio recebido por profissionais qualificados do apoio matricial.

A prática do matriciamento pode contribuir para a diminuição dos encaminhamentos de usuários da Atenção Básica para o CAPS, em função da presença dos especialistas na área de cobertura da ESF, dando resolutividade aos casos no próprio território. Outro aspecto importante que se observou foi a interação entre os profissionais das mais diversas especialidades. Essa interdisciplinaridade possibilita uma troca de conhecimentos e práticas importantes na condução dos casos com demandas multideterminadas.

A pesquisa apontou que se faz necessário uma qualificação entre esses profissionais de saúde sobre o apoio matricial, uma vez que muito do enfoque está concentrado na figura do psiquiatra. Muitas são as categorias que compõem o quadro profissional do CAPS, a ser instalado no município de Mata Roma. Diante disso, muitas contribuições podem ser dadas pelas mais diversas áreas do conhecimento para o matriciamento na Atenção Básica.

Com o matriciamento em saúde mental nas unidades básicas de saúde, será realizado um atendimento integral em saúde às pessoas com transtorno mental leve, com apoio de profissionais especializados em saúde mental (equipe matricial), baseado no cuidado compartilhado às pessoas, envolvendo equipes de ESF, juntamente com a família do usuário, na sua área de abrangência, com a diminuição de encaminhamentos desnecessários a outras instituições de saúde.

O apoio matricial permite fazer saúde de uma forma ampliada e integrada, através desse saber mais generalista e interdisciplinar. E por outro lado, amplia o olhar dos profissionais da saúde mental, através do conhecimento das equipes nas

unidades básicas de saúde, sobre os usuários, as famílias, o território; propondo que os casos sejam de responsabilidade compartilhada.

Desta forma, pode-se identificar quais características do matriciamento os participantes identificaram como relevantes para sua realização. Os resultados indicaram que na percepção dos profissionais de saúde, a intervenção em matriciamento possibilita modificar ou criar novas intervenções em saúde mental. A abertura para discussão sobre a saúde mental resultou na problematização do modelo de atendimento presente nas unidades de saúde. As discussões dos casos levam a uma ação conjunta para resolução e orientação sobre condutas terapêuticas que são feitas isoladamente pela equipe de ESF e apoio matricial. Dentre as dificuldades a serem enfrentadas, apontam a necessidade da melhor organização da rede de saúde do município.

Um ponto importante evidenciado pela pesquisa foi a necessidade de treinamento apontada pelos participantes e, até certo ponto, o matriciamento torna-se um agente que proporcionará a aprendizagem das pessoas que dele participaram. Entende-se que, para atingir uma eficácia maior em relação ao matriciamento, se necessitará de tempo, haja vista o mesmo se encontrar em fase de implantação no município.

Na atualidade vivencia-se uma supervalorização dos especialistas. Diante disso, o CAPS na rede de atenção psicossocial, configura-se como um especialista para onde devem ser encaminhados todos os pacientes de saúde mental. Assim, com a instalação do Centro de Apoio Psicossocial, no município e posterior apoio matricial às equipes de ESF, poderá ser ofertado aos usuários um atendimento integral em saúde no próprio território, proposta esta, preconizada pelo Ministério da Saúde, que estabelece que a maioria dos casos sejam tratados de preferência em sua unidade de saúde da comunidade, possibilitando, desta forma, uma maior participação do usuário e de sua família no tratamento de transtornos mentais, embasado na humanização em saúde.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C. (org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998

ARAÚJO, Lamara Nogueira; BRIOSO, lamara Pinto; VASCONCELOS, Ananda Milena Martins; SAMPAIO, Francisco Francimar Fernandes; ALBUQUERQUE, Jônia Tércia Parente Jardim; OLIVEIRA, Eliany Nazaré. A importância do matriciamento em saúde mental para a população na estratégia saúde da família: relatando experiências. **Sanare**, v. 14, n. 2, p. 131-134, 2015.

BABINSKI, Tatiane; HIRDES, Alice. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. **Texto Contexto Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 568-76, out-dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. _____. _____. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. _____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. _____. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080**, 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm . Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. _____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Brasil. In: MOTA et. al. (Orgs.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.) [et al.]. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In: AMARANTE, P. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DIMENSTEIN, Magda; SEVERO, Ana Kalliny; BRITO, Monique; PIMENTA, Ana Lícia; MEDEIROS, Vanessa; BEZERRA, Edilane. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; SILVEIRA, Diênice Beltran; OLIVEIRA, Moroni Correa de. Matriciamento em saúde mental na fronteira oeste do Rio Grande do Sul. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 14, n. 26, Jan./Jun. 2014.

JORGE, Maria Salete Bessa; SOUSA, Fernando Sérgio Pereira; FRANCO, Túlio Batista. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n. 5, p. 738-744, set-out 2013.

KANTORSKI, Luciane Prado; HYPOLITO, Álvaro Moreira; WILLRICH, Janaína Quinzen; MEIRELLES, Maria Carolina Pinheiro. A atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial à luz do modo psicossocial. **Reme – Rev. Min. Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 399-407, jul./set., 2010.

LEMES, Alisséia Guimarães, PRADO, Ana Carolina Barros; FERREIRA, Janaína Montalvão; NUNES, Fernanda Costa; NASCIMENTO, Vagner Ferreira do. Matriciamento em saúde mental: revisão de literatura. **Interdisciplinar: Revista Eletrônica da UNIVAR**, v. 1, n. 13, p. 136-141, 2015.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 41, n. 3, p. 426-433, 2007.

MIELKE, Fernanda Barreto; OLCHOWSKY, Agnes. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 900-907, Dec. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11 edição. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2008.

PAIM, J. M. A. Reforma Sanitária e a Municipalização. **Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 2, São Paulo, 1992.

PEGORARO, Renata Fabiana; CASSIMIRO, Tiago José Luiz; LEÃO, Nara Cristina. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 4 p. 621-631, out./dez. 2014

PENIDO, C. M. F.; ALVES, M.; SENA, R. R.; FREITAS, M. I. F. Apoio Matricial como tecnologia em saúde. **Saúde em debate**, v. 34, n. 86, p. 467-474, 2010

PINTO Antonio Germane Alves; JORGE, Maria Salete Bessa; VASCONCELOS, Mardenia Gomes Ferreira; SAMPAIO, José Jackson Coelho; LIMA, Gláucia Posso; BASTOS, Valéria Carneiro; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012.

QUEIROZ, Raquel Carvalho de; CALDAS, Marcus Túlio. Encontros e desafios para psicólogos que trabalham em centros de atenção psicossocial álcool-drogas (CAPSad). **Neurobiologia**, v. 75, n. 3-4, jul./dez., 2012.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; NOGUEIRA, Sônia Lima; COSTA, Liduina Farias Almeida da; VASCONCELOS, Mardenia Gomes Ferreira. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, July 2013.

RODRIGUES, Euzilene da Silva; MOREIRA, Maria Inês Badaró. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 21, n. 3, p.599-611, 2012.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, Antonio Carlos (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do serviço social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira; JORGE, Maria Salete Bessa; PINTO, Antônio Germane Alves; PINTO, Diego Muniz; SIMÕES, Emanuel Cesar Proença; MAIA NETO, José Pereira. Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 166-175, jan./jun. 2012.