

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família nos últimos anos e dos novos serviços substitutivos em saúde mental – especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – marcam um progresso indiscutível da política do SUS. Esse avanço na resolução dos problemas de saúde da população por meio da vinculação com equipes e do aumento de resolutividade propiciado pelos serviços substitutivos em crescente expansão, não significa, contudo, que tenhamos chegado a uma situação ideal, do ponto de vista da melhoria da atenção.

Os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras têm se dedicado com afincamento à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves, às crises, etc.

No Brasil, o mais extensivo estudo sobre prevalência de transtornos psiquiátricos na comunidade foi realizado por Naomar Almeida Filho et al. (1997) em três capitais brasileiras. Esse estudo evidenciou prevalência anual potencial de casos psiquiátricos, ajustada pela idade, que variou de 19% (São Paulo) a 34% (Brasília e Porto Alegre). Os transtornos ansiosos foram os mais prevalentes (chegando a 18%) e o alcoolismo, consistente em todos os locais pesquisados, situou-se por volta de 8%. Os quadros depressivos apresentaram muita variação, de menos de 3% (São Paulo e Brasília) até 10% (Porto Alegre) (BRASIL, 2009).

A realidade das equipes de atenção básica no Brasil demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”: 56% das equipes de saúde da família do Brasil, em um estudo realizado pelo ministério da saúde, referiram realizar “alguma ação de saúde mental”. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2003).

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre

importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica (BRASIL, 2003).

Contudo, nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Às vezes, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa muito complexa (BRASIL, 2003).

Nessa compreensão, baseamos a idéia de que urge estimular ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas de saúde mental. Assumir este compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo.

Como Enfermeiro do Ambulatório Padre Chico de Campo do Meio –MG vivenciando a rotina do dia a dia da unidade, percebi a necessidade de uma organização no atendimento. Esta unidade além de conter um PSF, atende especialidades, incluindo a psiquiatria, e isto causa uma grande demanda, muitas vezes, desorganizada, devido à unidade ser referência do município. A partir dessa premissa, propomos neste trabalho um Projeto de Matriciamento em Saúde Mental a fim de organizar e melhorar a qualidade e resolutividade dos atendimentos, definir prioridades para pacientes mais graves e dos que necessitam de atendimento integral na rede básica de saúde.

Do ponto de vista político essa proposta é inovadora, e o gestor e demais autoridades acreditam que o Projeto de Matriciamento em Saúde Mental irá beneficiar muito o município.

Segundo Campos e Domitti (2007), o apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns assuntos relacionados a determinada família com a equipe de saúde local (nesse caso as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar por meio de discussões de caso, intervenções junto às famílias e comunidades ou em atendimentos.

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

1. Município de Campo do Meio – MG e o Ambulatório Padre Chico

Campo do Meio é um [município brasileiro](#) do [estado](#) de [Minas Gerais](#).



Sua história remonta a 1906, quando os terrenos de uma antiga fazenda foram doados por Mário Álvares de Azevedo, José Benedito da Rocha, Antônio Marques do Nascimento, Persiliano Marques e outros para constituir o patrimônio do povoado cuja padroeira seria Nossa Senhora Aparecida. Em sua honra, os mesmos moradores construíram a primeira capela que, remodelada mais tarde, foi transformada na atual matriz de São Sebastião. O distrito, criado em 1923, foi desmembrado do município de Campos Gerais e elevado à condição de município em 1948. A parte mais baixa de Campo do Meio era banhada pelos ribeirões Sapé, Taboão e Águas Verdes. Com a instalação da barragem de Furnas, as águas do rio Grande aumentaram seu volume e seus afluentes espalharam-se nas baixadas, o que deu ao município um imenso lago, cinco vezes maior do que a lagoa da Pampulha, em Belo Horizonte. Campo do Meio tem como atrativos

turísticos o porto Lacustre e o lago de Furnas. Dentre as festas realizadas no município, a da padroeira, Nossa Senhora Aparecida, é a de maior destaque (WIKIPEDIA, 2009).

A cidade é situada no sudoeste de Minas Gerais, microrregião de Varginha - MG possui uma área de 273,830 km², e uma população de 11.871 habitantes segundo a estatística do IBGE de 2009 (WIKIPEDIA, 2009).

O clima da cidade é ameno com todas as estações bem definidas, favorecendo assim o turismo durante todo o ano. As atividades econômicas são realizadas por empresas industriais de confecção de artigos do vestuário e acessórios e de Fabricação de produtos têxteis. A fauna abriga diversas espécies de aves do tipo Estacional Semidecidual e Ombrófila Mista (WIKIPEDIA, 2009).

No que se refere à área da saúde, Campo do Meio conta com um Hospital com 26 leitos, uma UTI e uma Unidade de Emergência, e possui 5 Postos de Saúde com PSF, entre eles a Unidade de Saúde Padre Chico. Os casos de pacientes com transtornos mentais em quadros de crise, são encaminhados ao serviço psiquiátrico de referência dos municípios de Alfenas, São Sebastião do Paraíso e Passos.

O Ambulatório Municipal Padre Chico é situado na Rua Armando de Paula Meimberg, 49 em Campo do Meio - MG. O tipo da unidade é Centro de Saúde/Unidade Básica. São atendidos dois níveis de atenção à saúde, ou seja, a atenção básica e os atendimentos de média complexidade. O fluxo de atendimento é de demanda espontânea e referenciada.

O Ambulatório Padre Chico é o mais antigo do município de Campo do Meio – MG. Nasceu de uma Associação de Produtores de cana de açúcar de uma antiga usina açucareira que existia no município. A unidade recebeu o nome de ambulatório Padre Chico por estar situada em frente à uma igreja que, no passado, era uma referência da população para alcançar milagres e cura das pessoas que apresentavam transtornos mentais.

Essas pessoas recebiam bênçãos de um padre considerado milagreiro. Muitos chegavam amarrados e após receberem a benção do Padre Chico, recebiam a cura e voltavam para as suas casas em completo estado de calma.

Anos mais tarde, a unidade de saúde passou a abrigar varias especialidades médicas de referência no município e inclusive o serviço de psiquiatria.

Segundo os prontuários analisados nota-se também que: 38,4 % dos pacientes fazem uso de antidepressivos; 20,6 % dos pacientes fazem uso de benzodiazepínicos ; 15,6

% de antipsicóticos típicos; 10,2 % de antipsicóticos atípicos; 8,6 % estabilizadores de humor; e somente 6,6 % realizam terapia ocupacional..

Os usuários, a família e, por vezes, a própria comunidade necessitam do apoio das equipes de saúde para tornar a convivência possível. O papel da medicação ganha aqui estatus de necessidade e sua ausência pode representar grande sofrimento e risco de internação hospitalar (BRASIL, 2007).

2. Justificativa

Em um número expressivo de municípios existem profissionais de saúde mental lotados em Centros e Postos de Saúde, realizando consultas, atendimento individual, atendimento em grupo, ações de promoção da saúde. Esta forma de atendimento ambulatorial na atenção básica, tradicional na saúde pública brasileira, necessita de maior efetividade, resolutividade e articulação mais orgânica com a rede de saúde (BRASIL, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde a estratégia de implementação de Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental foi articulada junto aos gestores e cada vez mais os municípios têm aderido a esta proposta por ser inovadora e eficaz (BRASIL, 2007).

Neste sentido, a implantação desta proposta se faz necessária diante da falta de uma organização e padronização de atendimentos em relação aos pacientes com transtornos mentais em nosso município.

Os pacientes usuários do Posto de Saúde Padre Chico, geralmente, são pessoas com pouca autonomia para buscarem e gerenciarem o próprio tratamento. São provenientes de grupos familiares mais adoecidos e que possuem menos recursos pessoais para lidar com as adversidades da vida. Os recursos comunitários na organização do tratamento, especialmente se considerarmos a perspectiva da inclusão social, é extremamente desejável, mas muitas vezes não é suficiente. A situação de Campo do meio não é diferente.

Segundo Campos e Domitti (2007), a implantação do SUS no Brasil é parcial. Há evidências indicando que o volume de serviços oferecidos à população brasileira ainda é

insuficiente. De qualquer modo, reconhece-se que esses recursos poderiam ter um uso mais adequado e racional, caso ocorressem reordenações no modelo de gestão e de atenção.

Considerando a complexidade das demandas em Saúde Mental, há atualmente uma grande discussão sobre a necessidade de articular a assistência prestada nos Caps com outros serviços de saúde, equipamentos sociais e a rede social nos territórios, na construção de uma diversidade de possibilidades de produção de saúde, desenvolvimento da autonomia e fortalecimento dos vínculos sociais.

Neste sentido, faz-se necessária uma reorganização da assistência afim de melhorar a qualidade no acompanhamento e apoio a esses pacientes com transtornos mentais.

3. Objetivos

*** Geral**

Elaborar um projeto de matriciamento em saúde mental para o Ambulatório Padre Chico em Campo do Meio/MG a fim de melhorar o atendimento.

*** Específicos**

- Organizar os atendimentos de Saúde Mental, direcionando-os conforme a sua necessidade, evitando assim a desorganização da assistência, potencializando a qualidade e resolutividade dos atendimentos;
- Propiciar acompanhamento continuado aos pacientes residentes na área de abrangência do Ambulatório Padre Chico.

CAPÍTULO 2 - REVISÃO DE LITERATURA

1. Doença Mental e Sociedade

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define, a partir da Constituição Brasileira, saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença”. O que é dito ser um direito de todos e dever do Estado, não é efetivado totalmente na prática. Em relação à saúde mental é algo que diz respeito ao espírito, ou seja, forma de pensamento conturbado ou sadio. O termo “doença mental” ou “transtorno mental” engloba uma série de condições como por exemplo qualquer anormalidade, sofrimento ou comprometimento de ordem psicológica que afetam a mente (SILVA, 2007).

Já o conceito de *loucura*, de acordo com Pessotti (1994), remete a um estado individual de perda da razão ou do controle emocional, independentemente dos significados sociais ou políticos atribuídos ao louco, pois tais significados variam ao longo das épocas, de acordo com cada cultura.

Na Antiguidade Clássica, a loucura fazia parte do cenário e linguagem comuns. Não tinha um significado médico ou especificamente psicológico. Nas obras de Homero, por exemplo, a loucura era considerada *obra dos deuses*, que interferiam sobre o pensamento e ação dos homens, levando-os a se comportar de maneira bizarra. Já na Idade Média a loucura era identificada com a possessão diabólica. Nessas épocas, porém, o louco estava inserido na sociedade, gozando de certa liberdade (MOTTA, 2006).

A partir do século XVI, empreendeu-se, na Europa, medidas públicas de repressão à mendicância e à ociosidade, o que afetava os loucos que viviam vagando pelas ruas. Tais repressões eram constituídas por surras de chicote, colares de ferro asfixiando o pescoço, marcação no corpo com ferro em brasa e até morte, entre outras. As primeiras instituições criadas, as *Casas de Correção e Hospitais Gerais* destinavam-se a “limpar” as cidades

daqueles que não se enquadravam nas normas sociais vigentes. Elas mantinham presos os loucos, os ladrões, os leprosos, e não tinham qualquer função curativa (RESENDE, 1987).

O mesmo acontecia no Brasil. Segundo Reinaldo (2004), sob a justificativa de ser um perigo para a sociedade, não só o louco¹, mas também o bêbado, o vadio e o mendigo, que se configuravam como pessoas que pertenciam aos segmentos pobres e miseráveis da população urbana, foram banidos.

2. A Assistência Psiquiátrica no Brasil

Segundo Motta (2006), no Brasil, o surgimento das instituições psiquiátricas ocorreu em circunstâncias muito similares àsquelas da Europa, alguns séculos antes. Ou seja, os loucos eram enclausurados juntamente com vagabundos e ladrões para ordenar e “limpar” as cidades como o Rio de Janeiro e São Paulo. O primeiro hospício do Brasil foi inaugurado em 1852, pelo Imperador Dom Pedro II e recebeu o seu nome.

Os primeiros pacientes do Hospício Pedro II vieram transferidos das enfermarias da [Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro](#). Os médicos da época passaram a tentar reabilitar os pacientes. No hospício, os alienados participavam de terapia ocupacional em oficinas de manufatura de calçados, artesanato com palha e alfaiataria. No entanto, na época não haviam tratamentos biológicos, e a forma encontrada para controlar os pacientes mais agitados era trancá-los em quartos fortes e amarrá-los em camisas de força. No final do [século XIX](#), haviam oficinas que possibilitavam o aprendizado de habilidades em fundição de ferro, encanamento, engenharia elétrica, carpintaria, marcenaria, manufatura de colchões, tipografia e pintura (RAMOS, 2007).

Historicamente, a política de saúde mental se apresentou com ações direcionadas para o atendimento no âmbito hospitalar, práticas de confinamento e exclusão social, além da hegemonia dos saberes e práticas centradas na figura do médico. Neste sentido, a assistência ao doente mental apresentava-se centrada nos hospitais psiquiátricos, cujos modelos de atenção restringiam-se à internação e medicação dos sintomas demonstrados

¹ Louco: A loucura ou insânia é, segundo a psicologia, uma condição da mente humana caracterizada por pensamentos considerados "anormais" pela sociedade (Wikipedia, 2009)

pelo doente mental, excluindo-o dos vínculos, das interações e de tudo o que se configura como elemento e produto de seu conhecimento. Dessa forma, até poucas décadas atrás, uma única expressão descreve a assistência praticada pela psiquiatria brasileira: exclusão. As crescentes denúncias da prática asilar, a violência e o abandono a que eram submetidos os doentes mentais, fizeram surgir propostas de intervenção nos manicômios, visando a democratização e a humanização do atendimento. Assim, tem início o processo da “Reforma Psiquiátrica” (SILVA, 2006).

Nas décadas de 1970, 1980 e 1990 foram realizados diversos movimentos de Psiquiatria e Saúde Mental no país, determinantes nos caminhos percorridos pelos profissionais de saúde mental para a construção da Reforma Psiquiátrica (SILVA, 2006).

Em 1971, o INPS elaborou a Declaração de Princípios da Saúde Mental, que dispunha sobre a saúde mental como “direito e parte integrante do ciclo saúde/doença, passível de ser atingida, também pela educação e preconiza o preventivismo, os serviços extra-hospitalares, a pesquisa e a cobertura universal para as diversas faixas etárias.” (SILVA, 2006).

Em 1973, é aprovado o Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica da Previdência, considerado como uma primeira iniciativa de racionalização da assistência em saúde mental, no qual é proposto o tratamento ambulatorial, a orientação familiar, o hospital-dia, as técnicas ressocializantes, entre outras propostas (SILVA, 2006).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve seu marco inicial com o surgimento do MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental), em 1978, cujo objetivo era constituir um espaço de luta contra o modelo institucional, como um *lócus* para se debater e encaminhar propostas de transformação da assistência psiquiátrica. Este movimento criticou duramente as péssimas condições de vida dos doentes mentais internados nos hospitais públicos e as difíceis condições de trabalho dos profissionais em saúde mental (MOTTA, 2006).

A crise da Previdência Social e da Assistência em saúde mental vem marcar o início dos anos 1980. Em 1983, é implantado um Programa de Reorientação Psiquiátrica que visava reformular a assistência psiquiátrica no Brasil, denominado Conselho Nacional de Saúde Pública, que ficou mais conhecido como “CONASP Saúde Mental”. A partir daí, buscou-se acabar com a “indústria privada de internamento” e investiu-se no setor público, na capacitação de recursos humanos, no trabalho multidisciplinar e na rede extra-hospitalar (MOTTA, 2006).

A I Conferência Nacional em Saúde Mental, realizada no ano de 1987, juntamente com o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, marcam o início da luta pela “desintitucionalização” e, nesta época, instituiu-se o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. A I Conferência Nacional em Saúde Mental teve como recomendações o combate à psiquiatrização social por meio de práticas alternativas, a participação da comunidade na elaboração e implementação de políticas públicas e o reconhecimento pelo Estado da participação da população no processo decisório. Foi importante, também, o incentivo para investimentos na área extra-hospitalar (CHAMMA e FORSELLA, 1999).

Motta (2006) define a desinstitucionalização como um progressivo processo de retirada dos doentes mentais dos manicômios, com vistas à sua reinserção social e à construção de modalidades de assistência extra-hospitalares. Estas propostas estão aliadas às idéias de tratamento e não ao mero enclausuramento do portador de transtornos mentais. Vieram acompanhadas do fortalecimento de um modelo clínico e psicossocial que preconizava a re-inserção do portador de transtornos mentais na sociedade, como um cidadão que tem direito a ter qualidade de vida, apesar da sua doença.

Guedes Júnior e Guimarães (2007) relataram que a desinstitucionalização procura preservar a subjetividade do paciente, sua história de vida, suas relações interpessoais, estabelecendo formas de tratamento em serviços abertos, criativos e maleáveis que atendam individualmente às suas necessidades e que o sustente no seu meio social.

A valorização do paciente do serviço de saúde como sujeito de direitos, capaz de exercer sua autonomia, é abordada a partir da década de 90 aos dias atuais, revelando uma idéia de humanização distinta da lógica da caridade, anteriormente mencionada, compreendendo-a como a possibilidade de dar condições para que o usuário seja sujeito de sua própria história. Partilhar das decisões é um caminho para implementar o princípio ético da autonomia dos indivíduos e da coletividade (SILVA, 2006).

3. Modelo Assistencial em Saúde Mental

Todo modelo de atenção em saúde mental estabelece intermediações entre o aspecto técnico e o político e nele devem estar presentes os interesses e as necessidades da sociedade, o saber técnico, as diretrizes políticas e os modos de gestão dos sistemas

públicos (MÓDULO DE SAÚDE MENTAL, 2009).

Para Merhy (1991, p. 84),

ao se falar de modelo assistencial estamos falando tanto da organização da produção de serviços de saúde a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de “determinados agrupamentos sociais”.

É por meio da definição de um modelo assistencial que elaboramos as ações de saúde a serem desenvolvidas, delimitamos o seu universo de atendimento, traçamos o perfil dos profissionais e os objetivos a serem alcançados.

A Reforma Psiquiátrica trouxe a proposta de transformar o modelo assistencial de Saúde Mental vigente a partir da construção de um novo estatuto social para pessoas portadoras de transtornos mentais, respeitando os princípios fundamentais de cidadania (MURTA, 2007).

O mesmo autor ainda relata que não pretendeu-se acabar com o tratamento clínico das doenças mentais, mas eliminar a prática de intervenção como forma de exclusão social dos indivíduos com distúrbios mentais. O velho modelo manicomial deu lugar à criação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial e de base comunitária.

Nessa nova e mais humanitária linha de cuidado, os usuários dos serviços passam a ter à sua disposição equipes multidisciplinares para acompanhamento terapêutico. Ganham o status de agentes do próprio tratamento e conquistaram o direito de se organizar em associações que podem firmar convênio com serviços comunitários diversos e, assim, promover a inserção social e integração cultural e econômica de seus membros (MURTA, 2007).

Nascimento e Braga (2004) relatam que as Leis da Reforma Psiquiátrica como por exemplo a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, defendem que a pessoa em sofrimento mental deverá ser assistida por uma rede de atenção em saúde mental, em vários níveis de complexidade, abrangendo desde os serviços especializados até a inclusão de ações em programas de saúde geral. Desse modo, os serviços de atenção primária, como o Programa de Saúde da Família (PSF), constitui-se bases importantes dessa rede, tornando-se a porta de entrada para o sistema de saúde. Hoje, constitui um elo mais próximo à Unidade de Saúde, à família e comunidade (NASCIMENTO e BRAGA, 2004).

A política nacional de saúde mental, tem como fundamento a desospitalização, com ampliação da rede extra hospitalar e fortalecimento das iniciativas municipais e estaduais que viabilizam a criação de equipamentos intensivos com ensejo nas ações de reabilitações

psicossocial dos pacientes, por meio das implementações dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS).

O primeiro Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o CAPS é um serviço de saúde municipal, aberto, comunitário, que oferece atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

É função do CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promovendo a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; regulando a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dando suporte à atenção à saúde mental na rede básica (BRASIL, 2004).

Silva (2007) relatou que o CAPS é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicoses e neuroses graves cuja severidade justifique sua permanência no quadro de cuidado intensivo comunitário, personalizado e promotor da vida. Seu objetivo é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência com acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Caso a pessoa não possa ser beneficiada pelo trabalho oferecido pelo CAPS, ela deverá ser encaminhada para outro serviço de saúde mais adequado para a sua necessidade, de acordo com as propostas preconizadas pela RP.

Para Medeiros (2005) o CAPS está voltado a assistir pessoas com problemas de saúde mental, individual, coletiva, ou seja de um modo completo. Ele se destina a atender moradores em seu território de abrangência. O Serviço conta com profissionais da área de Psicologia, Psiquiatria, Serviço Social, Medicina, Enfermagem, Educação e Estagiários. O projeto nasceu da inspiração de um espaço de intervenção e formação acadêmica, um local que possibilitasse o desenvolvimento da autonomia e cidadania do portador de sofrimento psíquico, favorecendo aos alunos e técnicos a vivência interdisciplinar e promovendo o intercâmbio do saber entre diversas áreas de conhecimento.

Segundo Amarante (2007), são muitas as estratégias e dispositivos que vêm contribuindo para a configuração do novo quadro: as leis estaduais de Reforma Psiquiátrica

e a lei 10.216/01; a importante atuação do Ministério Público; a participação e o controle social nas políticas de saúde mental e atenção psicossocial; a participação política dos movimentos em prol da Reforma Psiquiátrica, a crítica permanente e consistente da violência da segregação produzidas pelo hospital psiquiátrico e pela medicalização, a redução de mais de quarenta mil leitos hospitalares com a construção simultânea de serviços de atenção psicossocial, de estratégias de residencialidade, de centros de convivência, cooperativas e empresas sociais; o Programa de Volta para Casa; os projetos de inclusão pelo trabalho; as iniciativas culturais; a estratégia Saúde da Família, entre outros.

Silva (2007) relata que a assistência em Saúde Mental é um direito de todo cidadão independente de sua situação social, familiar e racial, e essa assistência não poderá em hipótese alguma justificar a violação de quaisquer direitos de cidadania. Todo usuário tem direito a liberdade, dignidade de ser tratado e ouvido como ser humano com direito civis, políticos e sociais garantidos pela Constituição do país.

Há que se ressaltar que todos os seres humanos são vulneráveis e precisam de proteção. Na verdade, as culturas e as estruturas sociais e políticas foram desenvolvidas justamente para combater a vulnerabilidade e a exploração. As diferenças entre tradições culturais ou sociais parecem refletir prioridades em termos de riscos percebidos e da proteção preferida contra a vulnerabilidade. Ciência e ética não precisam e não devem ser consideradas antagônicas, pelo contrário, necessitam e iluminam-se reciprocamente, daí o advento da Bioética (PESSINI et al., 2006).

A definição de um modelo, de acordo com o que foi discutido é, portanto, a mola mestra para a organização e direcionamento das práticas em saúde. Em saúde mental precisamos saber, por exemplo, se a construção do projeto terapêutico será centrada nas necessidades do usuário levando em conta sua opinião e de seus familiares, se a prioridade de atendimento será definida pela gravidade e não pela ordem de chegada, se há um compromisso do município em promover ações intersetoriais que possibilite novas formas de inserção sócio-familiar. Procuramos, assim, a partir dessas premissas definir a implantação de um modelo de saúde mental em nosso município, visto que não há ainda nenhuma política definida em relação a esta problemática.

3.1 Sustentabilidade Social, cultural e Centros de Convivência

A dimensão social refere-se ao que é justo, o que nos remete diretamente à equidade: tratamento diferente aos diferentes (BRASIL, 2007).

A inclusão social, a mudança dos contornos sociais para aceitação efetiva dos portadores de sofrimento psíquico não ocorre espontaneamente, é preciso desenvolver dispositivos inclusivos abrangendo moradia, trabalho, renda, convivência, locomoção e escolarização (BRASIL, 2007).

Esta dimensão de equidade e inclusão social diz respeito a processos culturalmente aceitos. É preciso modificar valores, hábitos, comportamentos para que as pessoas portadoras de sofrimento psíquico sejam efetivamente pessoas de direitos e de desejos em nossa sociedade. O caminho pode ser potencializado se as redes de serviços, as intervenções socioculturais e terapêuticas forem harmônicas com a cultura local dos diversos territórios do país (BRASIL, 2007).

Incluir no cotidiano das ações de saúde mental a alimentação, atividades voltadas a alimentação saudável, o lazer, a linguagem, as festas populares, o vestuário, as canções, as danças e a arte em geral dos lugares onde são desenvolvidas, propicia maior sustentabilidade à reforma psiquiátrica. É preciso ampliar os recursos para projetos intersetoriais entre saúde e cultura (BRASIL, 2007).

Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos que compõem a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade (BRASIL, 2007).

O valor estratégico e a vocação destes Centros para efetivar a inclusão social residem no fato de serem equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da cultura, e não exclusivamente no campo da saúde (BRASIL, 2007).

Os Centros de Convivência e Cultura não são, portanto, equipamentos assistenciais e tampouco realizam atendimento médico ou terapêutico. São dispositivos públicos oferecidos para a pessoa com transtornos mentais e para o seu território como espaços de articulação com a vida cotidiana e a cultura (BRASIL, 2007).

No nosso município de Campo do Meio estamos procurando fortalecer esses centros, pois são peças indispensáveis na atenção aos pacientes e também como formas de fortalecimento ao tratamento oferecido pela atenção básica.

3.2 Sustentabilidade e Pacto pela Vida

Segundo Brasil (2007) a sustentabilidade da política de saúde mental está vinculada ao Pacto Pela Vida. É preciso assim garantir recursos financeiros para custeio e investimento nas três esferas de governo; criar um fator equidade ampliando recursos para saúde mental em projetos intersetoriais; incentivar a pactuação de projetos sintonizados com a cultura locorregional; e programar projetos de educação e pesquisa sobre as tecnologias desenvolvidas nos serviços de saúde mental. Explicar o que é Pacto pela vida.

3.3 Organização da Saúde Mental na Atenção Básica

As ações de Saúde Mental na Atenção Básica podem ser organizadas por meio dos NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – conforme portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008. Nesta portaria, há a recomendação explícita de que cada NASF conte com pelo menos um profissional de saúde mental para realizar as ações de matriciamento que visam potencializar as ESF.

Segundo esta Portaria existem 2 modalidades de NASF:

1) O NASF I deve realizar as suas atividades vinculadas a no mínimo 8 Equipes de Saúde da Família, e no máximo a 20 Equipes de Saúde da Família, com exceção dos municípios com menos de 100.000 habitantes da região NORTE, cada NASF poderá realizar suas atividades vinculado a no mínimo 5 ESF e a no máximo 20 ESF. Os municípios com poucas equipes poderão se unir para implantar um NASF. Recebem um financiamento de R\$ 20.000,00 / mês e deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior, de ocupações não-coincidentes.

2) O NASF II deve realizar suas atividades vinculado a no mínimo 3 (três) equipes de Saúde da Família. O número máximo de NASF 2 aos quais o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2. Somente os Municípios que tenham densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, ano base 2007, poderão implantar o NASF 2. Recebem um financiamento de R\$ 6.000,00 / mês e cada Nasf II deverá ser composto por, no mínimo três profissionais de nível superior, de ocupações não-coincidentes.

A portaria ainda ressalta, em seu Artigo IV, parágrafo 2º que: “Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental.”

Outra possibilidade de atendimento é a realização do apoio matricial á atenção básica por meios dos CAPS ou ambulatorios de saúde mental. As principais ações do apoio matricial são (BRASIL, 2008):

- 1) Responsabilidade compartilhada;
- 2) Construção de uma agenda integrada:
 - a) Atendimento conjunto;
 - b) Discussão de casos – supervisão;
 - c) Criação de estratégias comuns para abordar as questões de violência, abuso de álcool e outras drogas, entre outras;
 - d) Elaboração de um projeto terapêutico singularizado;
- 3) Formação continuada;
- 4) Fomento das ações intersetoriais.

É importante ressaltar que há recursos específicos destinados para a implantação das equipes de matriciamento, o que viabiliza e estimula a implantação pelos gestores e autoridades.

4. Humanização em Saúde

A humanização é um processo complexo, demorado e amplo ao qual se oferece resistência, pois envolve mudanças de comportamento que podem ser permeadas pelos sentimentos de ansiedade e medo. Entretanto, se não for um processo singular, diretamente direcionado não será de humanização. Cada trabalhador, cada equipe, cada instituição deverá ter seu processo singular de humanização (BECK et al. 2007).

Segundo Silva (2006), a temática humanização envolve questões amplas que vão desde a operacionalização de um projeto político de saúde calcado em valores como a cidadania, o compromisso social e a saúde como qualidade de vida, passando pela revisão das práticas de gestão tradicionais até os microespaços de atuação profissional nos quais saberes, poderes e relações interpessoais se fazem presentes. Assim, é necessário compreender a humanização como temática complexa que permeia o fazer de distintos sujeitos.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética ou, em outros termos, o sofrimento, a dor e prazer expressos pelos sujeitos em palavras que necessitam ser reconhecidas pelo outro.

Para Bedin et al. (2004) humanizar caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é neste momento de troca, que humanizo, porque assim posso me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano.

Beck et al (2007), relatam a importância do trabalhador como elemento fundamental para a humanização do atendimento, devendo ser avaliada esta resposta e se necessário implementadas ações de investimento em termos de número suficiente de pessoal, salários e condições de trabalho adequadas, bem como a realização de atividades educativas que permitam o desenvolvimento das competências para o cuidado.

Simões et al. (2007) salientaram que o Sistema Único de Saúde (SUS) carrega em suas entranhas os princípios e diretrizes daquilo que poderia ser a grande política de humanização da assistência à saúde no país, garantindo acesso universal, gratuito e integral, retirando o caráter de mendicância e transformando a saúde em direito. Segundo estes autores, os princípios doutrinários e organizativos do SUS são parte de um discurso que iguala saúde a condições de vida. É um processo de lutas - princípio doutrinário e organizativo - por imposições de sentidos. Mesmo nos dias de hoje vemos muitas imposições em aderir essas novas propostas, por isso é um processo de lutas.

Contudo, estes autores salientaram que as filas enormes e cotidianas nas portas dos serviços de saúde, as inúmeras falhas na organização do atendimento, como as longas esperas e adiamentos de consultas e exames, a deficiência de instalações e equipamentos, a despersonalização, a falta de privacidade, a aglomeração, a falta de preparo psicológico e de informação, bem como a falta de ética por parte de alguns profissionais, mostram a

distância da proposta humanizadora do SUS e a realidade da saúde no país.

Em 2001, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que propôs mudanças nos padrões de assistência aos usuários no ambiente hospitalar.

Segundo Feijó (2006), o PNHAH surgiu da preocupação com a humanização no contexto hospitalar, a fim de minimizar as ansiedades e angústias produzidas nos pacientes, para que se possa alcançar o objetivo principal de recuperar a saúde total dos mesmos.

Em 2003, com a nova gestão do Ministério da Saúde, foi iniciada uma proposta que expandia a humanização para além do ambiente hospitalar: a Política Nacional de Humanização do SUS – Humaniza SUS.

De acordo com Bernardes e Guareschi (2007), o conceito de humanização é entendido, pelo Humaniza SUS, como o "aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho", e fundamenta-se "na troca e construção de saberes, no diálogo entre profissionais, no trabalho em equipe, na consideração às necessidades, nos desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde".

A proposta do Humaniza SUS sustenta-se nas proposições do SUS de que saúde é um direito de todos e um dever do Estado, em que se lida com a defesa da vida por meio do direito à saúde. Trata-se de uma política e não de um programa, pois o intuito não é apenas "tecnologizar" os sistemas de saúde, mas modificar o modo de compreensão dos princípios que norteiam a concepção de saúde estabelecida constitucionalmente como uma questão plural (BERNARDES e GUARESCHI, 2007).

No caso dos serviços que prestam atenção básica, o Humaniza SUS propõe a elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos para os usuários e sua rede social, formas de acolhimento e inclusão de clientela, práticas que incentivem a diminuição do consumo de medicação, fortalecimento das relações entre as equipes de saúde, os usuários, além do estabelecimento de ambiente acolhedor (SIMÕES et al. 2007).

5. Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental

Usaremos neste trabalho, como referência para o conceito de Matriciamento, as definições de Campos e Domitti (2007).

Segundo os autores, o apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação.

O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

A equipe ou profissional de referência é aquele que tem a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário e objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. O termo responsabilidade de condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para equipes de saúde da família na atenção básica. O conceito de equipe de referência pressupõe a adoção de lógica análoga para profissionais que trabalhem em policlínicas ou hospitais, como é o caso de terapeutas ocupacionais, psiquiatras e psicólogos que trabalham em centros de apoio psicossocial; de infectologistas, enfermeiros e assistentes sociais no programa de DST/AIDS; de ortopedistas cirurgiões e enfermeiros em departamentos de trauma, etc. (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários. Sua utilização como instrumento concreto e cotidiano pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde. Isso indica a existência de dificuldades e obstáculos para a reorganização do trabalho em saúde a partir dessas diretrizes (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Segundo Lancetti (2001), os profissionais podem estar ligados a serviços de saúde mental (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Ambulatórios de saúde mental) ou se dedicarem exclusivamente a esta atribuição, na forma de equipes volantes. Com a

implantação, pelo Ministério da Saúde, de Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, espera-se, num futuro próximo, que parcela significativa do matriciamento em saúde mental seja realizada por profissionais de saúde mental ligados a estes Núcleos.

É precisamente essa lógica centrada no encaminhamento ao especialista que o Apoio Matricial pretende superar na rede básica de saúde, por meio de modificações na estrutura organizacional que repercutam em reformulação do processo de trabalho tradicional (LANCETTI, 2001).

O Apoio Matricial da saúde mental seria esse suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área ‘psi’, são ofertados aos demais profissionais de saúde de uma equipe (ONOCKO CAMPOS, 2003).

É um encontro entre profissionais de saúde mental e a equipe interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliem a equipe a ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica, enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários (ONOCKO CAMPOS, 2003).

O Apoio Matricial exige que os profissionais, juntos, compreendam o caso e as necessidades que ele demanda, e só então será possível bloquear os encaminhamentos indiscriminados e decidir sobre as responsabilidades de cada profissional (FIGUEIREDO, 2006).

Segundo Figueiredo (2006) os principais tópicos que definem o referencial teórico do Apoio Matricial são os seguintes:

Tópicos que definem a Apoio Matricial

1	O Apoio Matricial é um arranjo que possibilita que o profissional de saúde mental esteja junto com os profissionais das Equipes de Referência, visando conceder-lhes conhecimentos técnicos da saúde mental e auxiliá-los para que estejam mais capazes de acolher o sofrimento psíquico;
2	É um encontro de profissionais de diferentes formações que vão compor um saber que é mais do que a soma de cada saber, mas uma transposição de saberes pra entender o sujeito de forma integral, com as suas diferentes facetas físicas, sociais e subjetivas;
3	O Apoio Matricial permite fazer saúde de uma forma ampliada e integrada, por meio desse saber mais generalista e interdisciplinar. Ele amplia o olhar e a

	escuta da Equipe de Referência por meio do apoio da saúde mental em relação ao sofrimento psíquico. Por outro lado, proporciona o olhar dos profissionais da saúde mental, por meio do conhecimento da Equipe de Referência sobre os pacientes, as famílias, o território;
4	O Apoio Matricial visa construir uma assistência centrada na singularidade de cada paciente, por meio da construção dos Projetos Terapêuticos;
5	Visa tentar reverter a lógica do trabalho especializado e fragmentado da saúde em geral e também da saúde mental;
6	O Apoio pretende inverter a lógica do encaminhamento e instaurar uma lógica da co-responsabilização. Não haveria encaminhamentos indiscriminados de pacientes para a saúde mental, nem de responsabilização por parte das Equipes de Referência quando o paciente está sendo acompanhado pela saúde mental. O Apoio Matricial propõe que os casos sejam de responsabilidade mútua, tanto da Equipe de Referência, quanto dos profissionais de saúde mental;
7	O Apoio é um regulador de fluxo, que permite entender e diferenciar os casos que realmente precisam ser atendidos pela saúde mental, e os casos que podem ser acompanhados pela Equipe de Referência ou pelo menos ser acolhidos momentaneamente por estes profissionais;
8	Ao regular o fluxo, o Apoio Matricial abre o acesso à saúde mental para as demandas de maior gravidade;
9	Através do Apoio procura se desmistificar a doença mental, o medo e os rótulos que se criam em torno da loucura. A partir dele, é possível que os profissionais passem a considerar a dimensão do sujeito, que não se reduz à doença ou ao sofrimento.
10	O apoio matricial por meio dos profissionais de saúde vai diminuir os encaminhamentos para especialista, pois atenderá os clientes em todas as suas necessidades.

Quadro 1 – Tópicos que definem a Apoio Matricial
 Fonte: Figueiredo (2006)

Dessa maneira, coloca-se a saúde mental na rede básica com o papel fundamental de contribuir com seus saberes para aumentar a capacidade resolutive da equipe local. Busca-se construir, junto com os outros profissionais de saúde, um raciocínio integral sobre cada caso e contribuir na invenção de possíveis caminhos a percorrer na prática

terapêutica.

5.1 Acolhimento

O acolhimento não é simplesmente uma questão de escala em que se revezam os profissionais, nem uma maneira mais racional de preencher as agendas. Além disto, e mais do que isto, o acolhimento é a aplicação cotidiana de um princípio fundamental: seja ao pedir a informação mais corriqueira, seja ao trazer a mais fantasiosa expectativa, o usuário, quando nos traz o seu problema, é um cidadão que exerce o direito de dirigir-se a um trabalhador de um serviço público (BRASIL, 2007).

Com muita frequência, os portadores de sofrimento mental são vistos nos serviços de Saúde como pessoas “chatas”, difíceis de lidar, e até mesmo perigosas. Nesses casos, há uma tendência para encaminhá-los imediatamente a um técnico de Saúde Mental e/ou a um serviço especializado, antes mesmo de procurar saber o que se passa (BRASIL, 2007).

O acolhimento, como novo paradigma em saúde coletiva, implica a responsabilização clínica, a intervenção resolutiva e a humanização do atendimento, por meio da escuta qualificada do problema de saúde do usuário e do estabelecimento de vínculos entre o serviço e a população. Deste modo, o acolhimento deve começar na recepção do serviço e atravessar todo o processo de tratamento, incluindo a relação dos trabalhadores entre si e destes com os usuários (BRASIL, 2007).

O acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário centrada, partindo dos seguintes princípios: 1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; 2) reorganizar o processo de trabalho a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento -, que se encarrega da escuta do usuário e compromete-se a resolver seu problema de saúde; e 3) qualificar a relação trabalhador-usuário que deve ser humanizado (FRANCO, BUENO; MERHY, 1999).

CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA

Este estudo é do tipo descritivo exploratório e compreende uma revisão de literatura afim de fundamentalizar uma proposta piloto de organização assistencial em Saúde Mental na Atenção Básica.

Segundo Cordeiro (2007), a revisão da literatura narrativa ou tradicional, quando comparada à revisão sistemática, apresenta uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo freqüentemente menos abrangente.

Para o levantamento dos artigos neste estudo utilizamos as bases de dados da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), artigos disponibilizados na LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), e SCIELO (Scientific Electronic Library On-line). As palavras utilizadas nos descritores nos sites da BVS foram: Saúde Mental, Atenção Básica, Apoio matricial e Projeto. Foi selecionado texto completo e idioma português. Além dos artigos pesquisados na Biblioteca Virtual em Saúde foram utilizados, também, várias publicações do Ministério da Saúde, livros, portarias e leis e matérias disponibilizadas no site de busca Google.

A busca foi realizada durante o mês de dezembro de 2009.

Para a coleta de dados dos artigos selecionados foi utilizado um instrumento de coleta de dados que continha as informações seguintes: identificação do autor, ano de publicação e o assunto abordado. Após a seleção dos artigos e matérias foi realizada a leitura sistemática a fim de selecionar as partes para confecção do trabalho.

CAPÍTULO 4 - PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO PROJETO

1. Apresentação da Proposta Piloto de Organização da Assistência

A proposta tem por objetivo instituir, a partir do serviço de saúde mental, um apoio matricial, isto é, constituir um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população.

A realização deste projeto está pautada nos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber, integralidade, equidade e universalidade, regulamentado pela lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.

O apoio matricial é um arranjo organizacional que apresenta as características de transversalidade, pois se constitui em um arranjo que complementa as equipes de referência. Tendo em vista que a equipe de referência é responsável pelos seus pacientes, ela não os encaminha, mas sim, solicita apoio. Essa solicitação é dirigida tanto à serviços de referência, quanto à outros profissionais da rede de saúde.

O público alvo será primeiramente os pacientes da área do Ambulatório Padre Chico, que assiste aproximadamente 3.100 pessoas da área de abrangência e, posteriormente, pretende-se implantar em outras 4 unidades: [Posto de Saúde da Família Central](#), [Posto de Saúde da Família São Jose](#) e [Ambulatório Municipal Central](#), [Posto de Saúde da Família Santana](#) . Esse projeto contará com a participação de toda a equipe do ambulatório: agentes comunitários de saúde (6), técnico de enfermagem (1), enfermeiro(1), médico geral(1), psiquiatra(1) e psicólogo(1).

2. Objetivos Específicos do Projeto

- Promover a melhoria da Assistência prestada á comunidade
- Garantiria o Acesso ao tratamento dessa clientela
- Promover a melhoria relação da atenção básica com os serviços especializados – Profissionais de saúde mental e Caps.

3. Etapas de Implantação

1. Aprovação pela secretaria de Saúde Municipal e demais autoridades para implantação do projeto no ambulatório do município.

2. Realização de capacitações em saúde mental na atenção primária para os médicos e demais profissionais da equipe de saúde da família;

3. Definição de cronograma de discussão de casos clínicos de saúde mental com os residentes de saúde de família e comunidade do município;

4. Delineamento de um projeto de matriciamento com a colaboração de diversos atores:

- chefe da atenção básica da GRS;
- coordenador regional de saúde mental;
- coordenadores de CAPS;
- coordenadores de Centros de Saúde da Família;
- trabalhadores da saúde mental;
- trabalhadores da atenção básica.

5. Propõe-se um comprometimento da equipe de apoio matricial com, pelo menos, um psiquiatra ou clínico com formação em saúde mental e mais dois técnicos de nível superior com experiência em saúde mental.

4. Ações

As ações se baseiam em discussão de casos clínicos; a Atendimento conjuntos; e Estabelecimento de projetos terapêuticos singulares; pactuação de fluxos; a Acionamento da equipe de apoio matricial em situações específicas;

5. O Fluxo

Essas equipes de matriciamento têm como princípio norteador a adscrição de clientela, garantindo um sistema de referência e valorizando o vínculo entre profissionais e usuários. A relação terapêutica, horizontal no tempo, passa então a ser a linha reguladora do processo de trabalho. Assim, toda vez que o usuário procura o serviço, ele é atendido por sua Equipe de Referência, o que permite o acompanhamento do processo saúde/doença/intervenção (Campos, 1999). Gradativamente, isto estimula a responsabilização pela produção de saúde, pois quando o usuário passa a ter um nome e uma história, a implicação da equipe tende a aumentar e as respostas profissionais a serem menos estereotipadas. As Equipes de Referência, portanto, são responsáveis por realizar os projetos terapêuticos, promovendo, assim, o vínculo e a responsabilização.

Dessa forma, o apoio matricial será uma ferramenta para agenciar a indispensável instrumentalização das equipes na ampliação da clínica, subvertendo o modelo médico dominante que se traduz na fragmentação do trabalho e na produção excessiva de encaminhamentos, muitas vezes desnecessários, às diversas especialidades (CAMPOS 2003).

Com relação ao fluxo a ser seguido podemos basear na proposta da Linha Guia e, a partir de suas diretrizes, adaptar conforme a disponibilidade dos serviços:

FLUXOGRAMA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

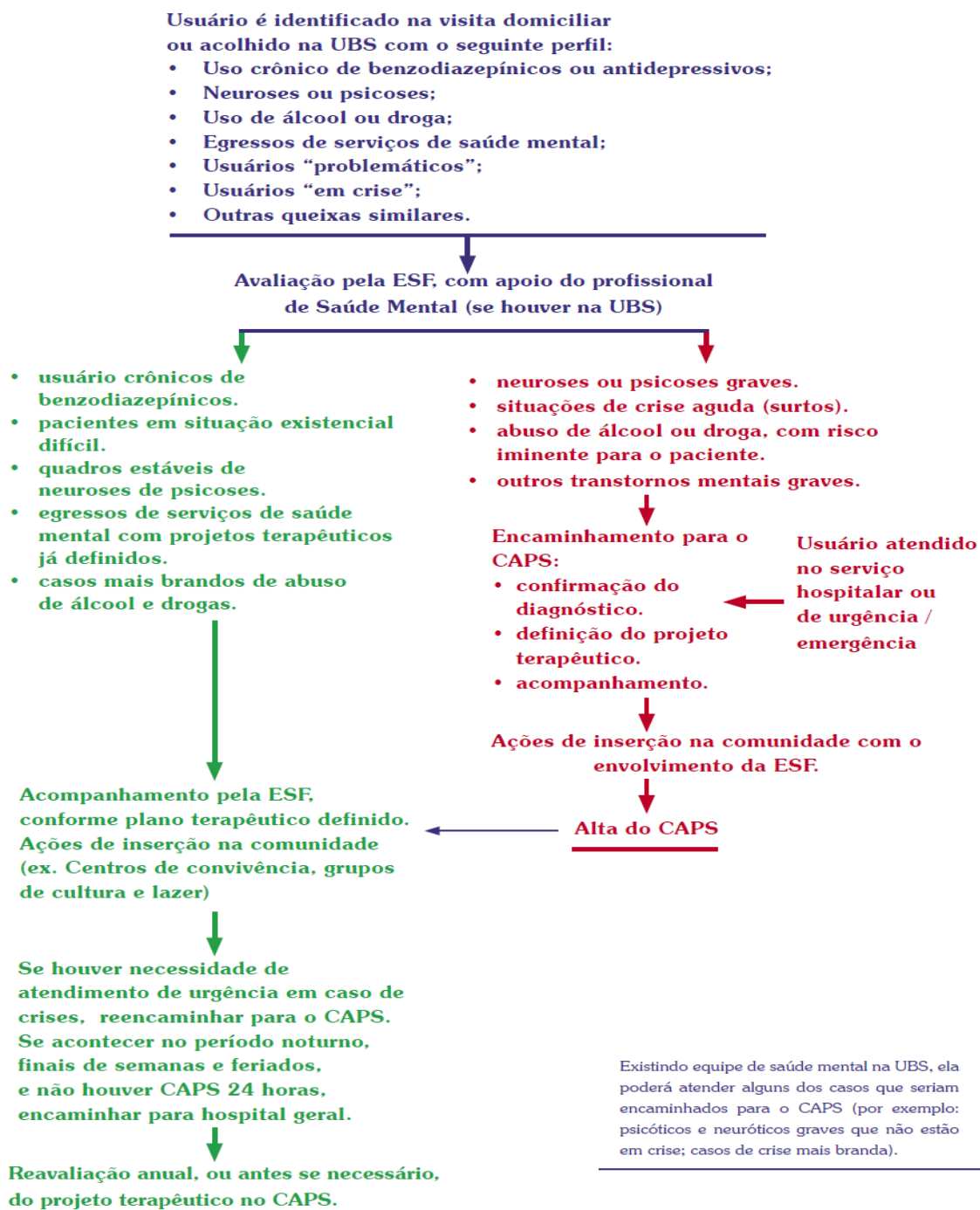


Figura 1 – Fluxograma em saúde mental
Fonte: (BRASIL, 2007).

Como observamos no fluxograma, a equipe de matriciamento deve atuar na parte de avaliação pela USF, como apoio do profissional de saúde mental (seta azul do fluxograma), no caso a equipe de matriciamento.

A organização do processo de trabalho deve incorporar as noções básicas da

dimensão cuidadora na produção de Saúde. Deve ainda, no que diz respeito à Saúde Mental, organizar-se segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica. Esses princípios não são adendos ao projeto clínico, e sim partes constitutivas do mesmo, que devem estar inseridas nas ações concretas planejadas e desenvolvidas pelos profissionais (BRASIL, 2007).

6. Cuidado Humanizado

É preciso que pessoas com transtornos mentais sejam reconhecidas como seres integrais, dignos, com direito à liberdade, à integridade física e moral, à reabilitação para o trabalho e à qualidade de vida. Para alcançar esses objetivos, devemos trabalhar em conjunto e diminuir o preconceito por parte dos profissionais de saúde, das famílias e das comunidades. Afinal, aceitar e tratar com respeito e ética ao portador de transtorno mental é o melhor caminho para a sua reabilitação e para o reconhecimento de sua cidadania.

7. Acolhimento

No Núcleo de Ações Territoriais, trabalhamos com o conceito de acolhimento e não de triagem, porque todos que chegam são atendidos, sendo o PSF a porta de entrada das UBS.

Campos (1994) defende o “vínculo de acolhida” e o ato de “responsabilizar-se a equipe” como diretrizes que deveriam determinar todo o desenho do modelo assistencial.

Ressalta ainda que o termo “acolhida” deve ser compreendido em um sentido mais amplo do que aquele empregado na prática tradicional, referindo-se tanto a uma abertura de serviços públicos para a demanda, como para a responsabilização dos problemas de saúde de uma região e diz que um dos meios mais adequados para a prática clínica com qualidade é o fortalecimento de vínculos entre pacientes, famílias e comunidade com a equipe e com alguns profissionais específicos que lhe sirvam de referência.

8. Busca ativa (VD)

As visitas são pensadas de acordo com cada situação e cada família. Não há regras

ou critérios rígidos a serem seguidos.

Geralmente, são realizadas com a equipe de saúde mental, em situações de maior vulnerabilidade, de crise e riscos de internações psiquiátricas, conflitos familiares, sofrimento psíquico intenso e casos que não chegam aos serviços de saúde mental, como pessoas violentadas, ameaçadas e aprisionadas.

Na maior parte das vezes, realiza-se a visita com um ou dois profissionais da saúde mental e um ou dois do PSF. A presença dos agentes comunitários é essencial, pois são eles que possuem o maior vínculo com as famílias.

Um dos objetivos das visitas domiciliares é o de fortalecer o vínculo da equipe de saúde da família, principalmente do agente comunitário com a sua comunidade, já que é esse profissional que mais tem contato e está implicado no cuidado cotidiano com as pessoas.

9. Reuniões

As reuniões serão encontros entre a equipe de matriciamento e os demais profissionais da equipe Padre Chico. Nelas serão discutidos casos, trocas de experiência, conhecimento, acolhimento de angústias e de dificuldades dos trabalhadores de saúde da Família que têm pouca vivência em lidar com questões de saúde mental. As reuniões deverão ser semanais e toda a equipe deverá participar, terão a duração de 1 hora.

Podemos entender melhor com o exemplo a seguir: Um membro da equipe relata o caso de um paciente, uma família ou de uma situação considerada difícil por envolver alguma questão de saúde mental. Para isso, deve-se ter em mãos o prontuário as informações daquele grupo familiar nome, idade, relação estabelecida entre eles, entre outras.

10. Indicadores

Indicadores de resultado

- Redução das internações psiquiátricas.
- Número de pacientes com Transtornos Mentais Graves (nível II) em acompanhamento pela atenção básica.
- Redução do consumo de benzodiazepínicos e anti-depressivos .
- Notificação e acompanhamento das crianças vítimas de maus-tratos.
- Identificação e acompanhamento dos casos graves de uso abusivo de álcool e de outras drogas.

Indicadores de estrutura

- Crescimento da rede de assistência substitutiva ao hospital psiquiátrico, ou seja, aumento do número de CAPS, centros de convivência, moradias, etc.
- Crescimento de recursos comunitários utilizados pela Atenção Básica.

11. Cronograma de Implantação

AÇÃO	DATA
Elaboração do projeto	Janeiro/2010
Divulgação junto a Secretaria Municipal de Saúde e às demais autoridades, inclusive ao Conselho Municipal de Saúde.	Fevereiro/2010
Realização de capacitações em saúde mental na atenção primária para a equipe de saúde da família e para a equipe de matriciamento podendo ser solicitada pela GRS.	Fevereiro/2010
Implantação do Projeto	Março/ 2010
Avaliação do Projeto	Agosto/2010

Tabela 2 – Cronograma de Implantação

12. Perspectivas quanto à Implantação do Apoio Matricial

Como Enfermeiro atuante na Unidade de Saúde Padre Chico vejo que se espera muito por uma proposta de implantação do Apoio matricial, principalmente entre os coordenadores dos serviços que buscam envolver todos os profissionais para as discussões da propostas, fazendo com que todos possam participar dos encontros, fóruns e reuniões promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

O Ambulatório Padre Chico acredita que o Apoio Matricial produz mais responsabilização; pois, segundo um funcionário do ambulatório;

“O que a gente tá tentando fazer é acolher mesmo os casos, que esses casos entrem pela equipe mesmo, que levem pra discussão e que passem por uma avaliação. Que a equipe e os profissionais se responsabilizem mais por aquele caso”.

Implantado na Unidade de Saúde Padre Chico acredito que o AM irá ser uma estratégia para melhorar o fluxo resolutivo da rede, interligando diferentes dispositivos e excluindo a lógica dos encaminhamentos. Importante salientar que apoio matricial aconteça no território, não ficando apenas no contexto do espaço físico da Unidade de Saúde, ou seja, que articule-se com a rede de saúde como um todo e com toda a sociedade ao desempenhar uma assistência integral.

No cotidiano da UBS Pe. Chico reconheço que há a necessidade de se ter uma visão ampla do processo saúde-doença, de se compreender o lugar da rede básica, para contribuir nas discussões na Unidade Básica de Saúde Pe. Chico e de colocar a experiência e o conhecimento à disposição da saúde mental.

O AM irá propiciar um espaço de trocas de experiências e de saberes no campo da saúde mental com outros profissionais da rede básica, sendo uma construção coletiva que favorece a co-responsabilização e a avaliação contínua no tratamento do usuário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que não é recente, a tentativa de integrar a saúde mental nas práticas de médicos e outros profissionais de saúde. Nos últimos anos, a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem avançado vigorosamente na reformulação da atenção em saúde mental, desconstruindo conceitos e práticas baseadas no isolamento e na exclusão social como formas de tratar a loucura.

Os CAPS surgem como uma proposta ousada de transformação, buscando ganhar espaço em uma realidade antes alicerçada e restrita ao espaço hospitalar e com o poder de resolução centralizado no profissional médico. Uma atenção integral, como a pretendida pelo SUS, só poderá, ser alcançada por meio da troca de saberes e práticas e de profundas alterações nas estruturas de poder estabelecido, instituindo uma lógica do trabalho interdisciplinar, por meio de uma rede de serviços de saúde.

Se por um lado os CAPS ocupam um lugar de destaque na reorganização da assistência em saúde mental, por outro, pouco se investiu para que a rede básica acompanhasse os avanços da área de saúde mental em sua trajetória de transformações tecno-assistenciais.

Entretanto, essa dicotomia traz desdobramentos importantes para a configuração do SUS enquanto sistema unificado e integral, assim como para a eficácia tanto da rede básica quanto dos serviços substitutivos, dada à necessidade de estabelecer articulações necessárias para uma atenção resolutiva em saúde mental.

Dessa maneira, coloca-se a saúde mental na rede básica com o papel fundamental de contribuir com seus saberes para aumentar a capacidade resolutiva das equipes. Nesse sentido, o apoio matricial pretende superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho da própria área de saúde mental.

O Apoio Matricial permite fazer saúde de uma forma ampliada e integrada, através desse saber mais generalista e interdisciplinar. Por outro lado, amplia o olhar dos profissionais da saúde mental, por meio do conhecimento das equipes nas unidades básicas de saúde, sobre os usuários, as famílias, o território; propondo que os casos sejam de responsabilidade compartilhada. O Apoio Matricial é um regulador de fluxo, que permite

entender e diferenciar os casos que realmente precisam ser atendidos pela saúde mental, e os casos que podem ser acompanhados pelo PSF, ou pelo menos ser acolhidos momentaneamente por estes profissionais.

Neste trabalho lançou-se a proposta de um projeto piloto na Unidade Básica de Saúde “Pe. Chico”, de Campo do Meio – MG, incluindo a prática do apoio matricial. Sabe-se que este é o primeiro passo para começarmos a trabalhar e chegar à realização desse projeto.

REFERÊNCIAS

ACEA. Associação Cearense dos Enfermeiros Auditores. Papel do Enfermeiro. **Jornal Imprensa Sindical**, maio de 2007. Disponível em: < <http://www.socea.com.br/noticia1.asp> >. Acesso em 21 mar. 2008.

ALVES, Marília; ARAÚJO, Meiriele Tavares; SANTANA, Daniela Moreira; VIEIRA, Denise Loureiro. Trabalho do enfermeiro em uma empresa de Home Care de Belo Horizonte, Brasil. **Invest. educ. Enferm**, Medellín v.25, n.2, jul./dez., 2007.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 20.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 117 ps.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v.11, p11, 1995.

AMARANTE , Paulo e BEZERRA, B. **Psiquiátrica sem hospício – Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica**. RJ, Relume Dumará, 1992, 126 p.

BECK, Carmen Lúcia Colomé, et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, 16, n.3, jul./set., 2007.

BEDIN, Eliana; RIBEIRO, Luciana Barcelos Miranda; BARRETO, Regiane Ap. Santos Soares Barreto. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 3, 2004.

BERNARDES, Anita Guazzalli; GUARESCHI, Neuza. Estratégias de produção de si e a humanização no SUS. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v.27n.3, set.2007.

BRAGA CAMPOS, Florianita Coelho; NASCIMENTO, Stellamaris Pinheiro. **O Apoio Matricial: reciclando a saúde mental na Atenção Básica**. Mimeo. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2ª ed Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)**. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental. Cuidar sim, excluir não. **Informe Saúde**, v.5, n.107, p.1-2, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica**, nº 01/03. Brasília, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, C.M.S; BARROS, S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.34, n.3, p.271-6, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: Revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994. p.29-87.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI. Ana Carla Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007

CHAMMA, Ribeiro de C.; FORCELLA, Hideko Takeuchi. O cidadão **O cidadão com distúrbio psíquico: reflexões sobre os direitos humanos e os direitos do paciente**. São Paulo, Escola de Enfermagem da USP, 1999.

CIAMPONE Marina T.; PEDUZZI Maria Helena Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Enfermagem**, v.53, n.especial, p. 143-147, dez.2000.

CORDEIRO et al. Revisão sistemática : Uma revisão narrativa. **Rev Col Bras Cir**. 2007. Disponível em URL: [http:// www.scielo.br/rcbc.a](http://www.scielo.br/rcbc.a) Acesso em 14 de novembro de 2009.

COSTA, José Raimundo Evangelista da; ANJOS, Márcio Fabri dos; ZAHER, Vera Lúcia. Para compreender a doença mental numa perspectiva de bioética. **Revista BioEthikos**, Centro Universitário São Camilo, v.1, n.2, p. 103-110, 2007.

DELGADO, P.G.G.; GOMES, M.P.C. e COUTINHO, E.S.F. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n.3: p.452-453, 2001

DIMENSTEIN, Magda. **A reorientação da atenção em saúde mental**: sobre a qualidade e humanização da assistência. Outubro de 2007. Disponível em: <http://www.polemica.uerj.br/pol17/oficinas/lipis_2.htm>, acesso em 24 nov. 2009.

FRANCO, Tulio. B.; BUENO, S.; MERHY, Emerson. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim Minas Gerais, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v. 2, n. 15, 1999.

FEIJÓ, Gabriela. **A psicologia e o processo de humanização no hospital diante da**

relação enfermeiro-paciente. Palhoça: Universidade do Sul de Santa Catarina, 2006 (Monografia de Graduação em Psicologia).

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. **Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico narrativo sobre o apoio matricial na Rede SUS Campinas – SP.** Campinas: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 2006. (Monografia de pós-graduação em Saúde Coletiva), 2006.

FORTUNA, Cinira Magali et al. O Trabalho de Equipe no Programa de Saúde da Família : reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos **Rev Bras Enfermagem** Ribeirão Preto, v.13 n.2, 2005.

FURTADO, Juarez Pereira. **Avaliação como dispositivo.** Campinas, 2001. (Tese de Doutorado – Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP).

GUEDES JÚNIOR, Roberto; GUIMARÃES, Sueni Gomes. O Tripé da Assistência de PSF: Equipe, Família e Comunidade. **Rev. Meio Amb. Saúde**, v.1, n.1, p. 181-194, 2007.

KAËS, René. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: KAËS, René et al. **A instituição e as instituições.** São Paulo: Casa do Psicólogo, p.1-39, 1991.

LANCETTI, Antonio. **Saúde loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família.** São Paulo: Editora Hucitec, 2001. 220 p.

LEI Nº 10.216, DE 06 DE ABRIL DE 2001. Disponível em :< http://www.cooperativismopopular.ufrj.br/saudemental/pdf/Lei_10216.pdf> Acesso em 12 de novembro de 2009.

MEDEIROS, Eraldo N. **Prevalência dos Transtornos Mentais e Perfil Sócio-econômico dos Usuários Atendidos nos Serviços de Saúde em Municípios Paraibanos.** 2005. f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/Pb.

MERHY, Emerson Elias. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (orgs). **Agir em saúde.** São Paulo: Hucitec. 1997. p.197-228.

MERHY, Emerson Elias. **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano.** São Paulo: Editora Hucitec, 2002

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.

MOTTA, Juliana Meireles. **Instituto Raul Soares: o hospital psiquiátrico na Reforma.** Belo Horizonte: Faculdade de Psicologia/UFMG, Dezembro de 2006.

MURTA, Genilda Ferreira (Org.). **Saberes e práticas**. Guia para ensino e aprendizagem em enfermagem. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2007. v. 2, p. 288-299.

NASCIMENTO, Adail Afrânio Marcelino do; BRAGA, Violante Augusta Batista. Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia –CE. **Cogitare Enferm**, v.9, n.1, p. 84-93, 2004.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. O encontro trabalhador – usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. In: **Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco**. v.10, n.3: p.573-583, 2005.

PEREIRA, Alexandre de Araújo; VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça. Saúde Mental. Nescon UFMG. Editora Coopmed, 2009.

PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PRIEL, Margareth Rose; EMIM, José Artur da Silva. Bioética: humanização em saúde, vulnerabilidade, tecnociência e ética na pesquisa. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 30, v.30, n.3, p. 369-370, jul.-set., 2006.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

Ramos, F.A.C., Geremias, L. Instituto Philippe Pinel: origens históricas. 2007. Disponível em: http://www.sms.rio.rj.gov.br/pinel/media/pinel_origens.pdf> Acesso em 05 de janeiro de 2010.

REINALDO, Amanda. O princípio da autonomia e os aspectos éticos do cuidado na assistência em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 28, v.28, n.3, p.284-291, jul.-set., 2004.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: visão histórica. In: TUNIS, S.A. e COSTA, N. R. (orgs). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro, VOZES/ABRASCO, 1987.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sônia. O caminho do doente mental entre a internação e a convivência social louco. **Imaginário**, São Paulo, v.12, n.13, dez. 2006.

SILVA, E. C. e COSTA JÚNIOR. Transtornos mentais e comportamentais no sistema de informações hospitalares do SUS: perspectivas para a enfermagem (relato de pesquisa). **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.40, n.2, jun. 2006.

SILVA, Edvânia Cajazeira da. **A política de saúde mental no Brasil: ontem e hoje, alternativas e possibilidades**. Pão de Açúcar/AL, Novembro/2007.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis; RODRIGUES, Fernanda Resende; TAVARES, Darlene Mara dos Santos; RODRIGUES, Leiner Resende. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.3, p. 439-44, jul.-set.,

2007.

SOMBINI, Carolina Helena Almeida de Moraes. **A psicologia no projeto Paidéia: do consultório ao território? Os psicólogos e a política de saúde mental da SMS – Campinas.** Campinas, 2004. (Dissertação de Mestrado – Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP).

SPAGNUOLO, Regina Stella; PEREIRA, Maria Lúcia Toralles. Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.6, nov./dez.,2007.

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M. & FARIA, M.M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. In: **Boletim da Oficina Sanitária do Panamá**, v.120, n.6: p.472-482, 1996.

WORTHEN, B.R.; SANDERS, J.R. & FITZPATRICK, J.L. **Avaliação de programas: concepções e práticas.** São Paulo: Editora Gente, 2000.