

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MAYARA ZATTA FISTAROL

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: A IMPORTÂNCIA DO
APOIO MATRICIAL

CURITIBA

2016

MAYARA ZATTA FISTAROL

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: A IMPORTÂNCIA DO
APOIO MATRICIAL

Trabalho apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde no Curso de Pós Graduação de Gestão em Saúde, no Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof. Dra. Rosibeth del Carmen Muñoz Palm

CURITIBA

2016

“Todo o problema de saúde é também, e sempre, mental e toda a saúde mental é também produção de saúde”.

(Ministério da Saúde)

RESUMO

Este trabalho teve como propósito desenvolver um projeto técnico sobre a importância do apoio matricial na saúde mental na atenção básica em um município da região sul do Brasil. O projeto tem como objetivos descrever o perfil do atendimento em Saúde Mental do Município de Colombo; melhorar a articulação entre os profissionais da Atenção Básica e serviços de Saúde Mental; desenvolver estratégias, através da implantação matriciamento, para melhorar as ações em Saúde Mental na Atenção Básica; aumentar a resolubilidade da Atenção Básica principalmente nos casos de pacientes de baixo e médio risco em Saúde Mental; qualificar os encaminhamentos para os serviços especializados, evitando referências desnecessárias e incremento de listas de espera. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva. Esta pesquisa tem um caráter qualitativo, guiada pela pesquisa documental, a partir de dados colhidos junto ao CAPS II, a Rede de Atenção a Saúde Mental, e a Atenção Básica de Colombo, por meio da Secretaria de Saúde. Foi delineado um projeto piloto com ações de matriciamento em três unidades de saúde específicas do município de Colombo. Evidenciou-se no processo de elaboração e operacionalização da proposta a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde mental para a proposta de matriciamento na Atenção Básica; a reorganização de agendas com horários para o apoio matricial; visitas a estas unidades levantando as necessidades locais, entre outras. Acredita-se que a partir deste estudo percebe-se a necessidade de colocar em prática ações de matriciamento, cumprindo os objetivos de qualificar os encaminhamentos; melhorar o fluxo e o entendimento da saúde mental, ampliando assim a visão dos profissionais da Atenção Básica.

Palavras- Chave: Matriciamento; Atenção Básica; Saúde Mental.

ABSTRACT

This paper's purpose was to develop a technical project regarding the importance of matrix-based strategies support for mental health within primary health care in southern Brazilian city. The project's targets are to describe the Mental Health care profile of Colombo's City; improve management among primary care coworkers and mental health services; develop methods through the matrix-based strategies implantation, in order to improve Mental Health actions within Primary Care; increase solvability in primary care, especially within low and medium risk mental health's patients; qualify referrals to specialized services, avoiding unnecessary referrals and increased waiting lists. This is a qualitative and descriptive research that has a qualitative character, guided by documentary research, from data collected within CAPS II, The Mental Health Network care and Primary Care of Colombo, throughout the Health Department. A pilot project was designed with matrix-based strategies actions in three specific health care units in the Colombo's city. It was evident in the drafting and implementation of the proposal the need for training of mental health professionals for the proposed matrix-based strategies in Primary attention care; the reorganization of schedules for matrix-based support; unit's visits to collect local needs; among others. It is believed that from this research the need of matrix-based strategies will be evidenced; being able to accomplish the targets of referrals qualification, knowledge improvement regarding the correct work flow and towards mental health understandings, thus, expanding primary care professional's vision.

Keyword: Matrix-Basic; Primary Care; Mental health.

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária em Saúde

APSUS - Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CAPS – AD – Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas

CAPS II – TM - Centro de Atenção Psicossocial de Transtornos Mentais

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CECOS - Centro de Convivência

ESF - Estratégia de Saúde da Família

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Rede Atenção a Saúde

SESA- Secretária do Estado da Saúde

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UBS - Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1- Quadro de ilustração dos equipamentos da rede de atenção a saúde de Colombo.....	23
FIGURA 1- Gráfico ilustrativo do número de pacientes atendidos conforme a UBS de origem	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
1.1 APRESENTAÇÃO.....	6
1.2 OBJETIVO GERAL.....	7
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
1.4 JUSTIFICATIVA.....	8
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	9
2.1 APOIO MATRICIAL.....	9
2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL.....	11
2.3 A POLÍTICA DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.....	13
2.4 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: A ARTICULAÇÃO.....	14
2.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	17
3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	18
3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO.....	18
3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	21
4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA	24
4.1 PROPOSTA TÉCNICA.....	24
4.1.1 Plano de implantação.....	26
4.1.2 Recursos.....	27
4.1.3 Resultados esperados.....	28
4.1.3 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas.....	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
ANEXOS.....	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

O conceito de saúde-doença tem passado por profundas modificações nas últimas décadas, de tal modo que a aceção atual de saúde está intimamente ligada ao resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população. As várias teorias sobre a causalidade das doenças também acompanharam este processo de mudança, migrando para a concepção ampliada, que leva em conta outras dimensões além da biológica, como estilos de vida, meio ambiente e sistema de saúde. Este novo paradigma permite a interdisciplinaridade como campo de conhecimento e a intersectorialidade como campo de prática, e para sua efetividade precisam ser colocadas em prática. Desde o início da implantação do SUS, algumas propostas de organização dos serviços e das práticas têm buscado dar conta deste desafio. (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

A atenção aos transtornos mentais tem sofrido constantes mudanças de conceitos e práticas desde o processo da reforma psiquiátrica e acompanhando a trajetória da reforma sanitária. A Política Nacional de Saúde Mental do SUS tem como diretriz principal a redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, com a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internações. Esta política também prioriza a implantação e implementação de uma rede diversificada de serviços de Saúde Mental de base comunitária, que tracem planos de cuidados efetivos para seus pacientes. (BRASIL, 2015).

Os cuidados dos pacientes com transtornos severos e persistentes foram direcionados para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e deixou em segundo plano a assistência aos transtornos mentais menos graves e mais prevalentes. Para atender a esta população a Coordenação Geral da Saúde Mental (CGSM) - DAPE/SAS/MS desenvolveu, a partir de 2001, uma série de documentos sobre a articulação entre a saúde mental e a atenção básica. São considerados pontos importantes: Priorização da saúde mental na formação das equipes da atenção básica; Ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental

na atenção básica; o Apoio matricial de saúde mental às equipes de PSF: aumento da capacidade resolutive das equipes. (BRASIL, 2003).

O conceito de apoio matricial foi desenvolvido por Gastão Wagner Campos, o qual percebia necessidade de uma rede interligada de serviços de saúde que possibilite troca de saberes e práticas, pensando em reordenação das organizações de saúde. Esse modelo se propõe a produzir uma ruptura no modelo assistencial dominante, calcado na lógica da especialização e da fragmentação do trabalho, através da interlocução entre os equipamentos de saúde mental de modo a tornar horizontais as especialidades e estas permearem todo o campo das equipes de saúde locais estimulando a corresponsabilização pelo cuidado em saúde. (CAMPOS, 1999).

Nesta perspectiva, pode-se destacar a importância do Apoio Matricial, para que se efetivem ações de Saúde Mental no município de Colombo/PR. Este trabalho funcionará como projeto piloto, e terá como foco propor ações do matriciamento em algumas unidades de saúde do município de Colombo, para que se possa dar um cuidado integral ao paciente com transtorno mental, evitando que sejam encaminhados casos de baixo e médio risco a atenção especializada.

1.2 OBJETIVO GERAL

- Desenvolver estratégias, através do matriciamento, para melhoria das ações em Saúde Mental na Atenção Básica do Município de Colombo.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Melhorar a articulação entre os profissionais da Atenção Básica e serviços de Saúde Mental;
- Aumentar a resolubilidade da Atenção Básica principalmente nos casos de pacientes de baixo e médio risco em Saúde Mental;
- Qualificar os encaminhamentos para os serviços especializados, evitando referências desnecessárias e incremento de listas de espera;

1.4 JUSTIFICATIVA

O interesse por esse estudo surgiu mediante a participação do APSUS Saúde Mental que aconteceu em novembro de 2014 no município de Colombo, no estado do Paraná. O APSUS- Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde - institui uma nova lógica para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS), estreitando as relações entre o Estado e os Municípios, fortalecendo as capacidades de assistência e de gestão, com vistas à implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), através de um processo de Educação Permanente (Oficinas de Planificação de Atenção Primária a Saúde), que neste caso tinha como tema a Saúde Mental. Como servidora do município de Colombo, lotada na Secretaria de Saúde, mais especificamente na saúde mental, CAPS II, fui convidada a realizar oficina com os coordenadores das unidades básicas de saúde. Nesta atividade pode-se perceber a dificuldade dos profissionais em entender o papel da atenção básica na saúde mental, bem como lidar com pacientes que apresentam o transtorno mental.

Em um segundo momento, para continuidade das oficinas, estabelecida pela Coordenação Municipal de Saúde Mental, os profissionais de Saúde Mental foram às unidades de saúde básica ou Estratégia de Saúde da Família. Lá foram realizados alguns dos passos estabelecidos pelo APSUS, como a Estratificação de risco e estudos de caso com os demais profissionais da unidade, para que os mesmos pudessem tentar compreender o trabalho com pacientes com transtornos mentais. Notou-se naquele momento resistência por parte da maioria dos profissionais no atendimento a pacientes de saúde mental. Ficou claro o entendimento de encaminhar a atenção especializada, mesmo em casos leves.

Logo, havia produzido o primeiro passo de pesquisa. Em seguida, pensei nas ressonâncias que adviriam do trabalho em unidades de saúde, se, hipoteticamente, trabalhássemos nestas unidades, saberíamos dar o atendimento necessário e os encaminhamentos corretos, no que tange aos direitos do usuário? A formação de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem proporcionaria uma reflexão sobre a saúde mental do usuário, como uma responsabilidade profissional? Este trabalho busca aprofundar as reflexões acerca das políticas de Saúde Mental, bem como o papel do apoio matricial e da Atenção Básica nestas ações.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 O APOIO MATRICIAL

Gastão Wagner Campos (1999) é o autor que idealizou o matriciamento ou apoio matricial, e esse tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção básica. Segundo Chiaveri (2011, p. 13) “o apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”.

Corroborando com esta ideia, Campos e Domitti (2007) apontam que o matriciamento é um dispositivo capaz de oferecer outro modo organizacional para os serviços de saúde que complementa a organização hierarquizada em mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação, pois este vem para oferecer nova maneira de trabalho, promovendo o diálogo e troca de saberes, bem como o apoio especializado, permitem essa corresponsabilização pelos casos de saúde mental.

Na organização do matriciamento o trabalho pode se dividir em dois: as equipes de referência e apoio matricial. Segundo Campos e Domitti (2007) a equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso, com objetivo de construção de vínculo entre profissionais e usuários. Já o apoiador matricial, para o mesmo autor “ tem um perfil diferente dos profissionais de referencia, pois é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e que pode agregar recursos de saber” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 401). O objetivo é que as intervenções aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe, primariamente responsável pelo caso.

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

Segundo o Ministério da Saúde a clínica ampliada tem como objetivos a ética e a responsabilidade sobre os usuários do serviço de saúde, tendo a intersetorialidade como norteador, ou seja, buscando auxílio em outros setores quando necessário e reconhecendo os limites dos conhecimentos dos profissionais em diferentes setores. Este modo de trabalho abre espaço para comunicação ativa, e para troca constante, compartilhando o conhecimento (BRASIL, 2007).

Dando sequência ao conceito do matriciamento, de acordo com Figueiredo e Campos (2009), é 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, diferente de se ter um especialista dentro de uma unidade de atenção básica.

Quanto às dimensões o apoio matricial busca facilitar os mecanismos de referência e contra-referência, estimulando o contato direto entre os profissionais envolvidos. O acesso de um caso a um apoio especializado seria a última alternativa e é decisão tomada de maneira interativa, entre profissional de referência e apoiador. O regulador à distância teria um papel de acompanhar e avaliar a pertinência dessas decisões e de tomá-las somente em situações de urgência, quando não haveria tempo para o estabelecimento de contato entre referência e apoio matricial. (CHIAVERINI, 2011).

Para Campos (1999) o apoio matricial é um dispositivo potente para alterar a lógica de cuidado individualista. Então, é possível observar que, nessa ideia, o apoio matricial assume como caráter essencial, a interdisciplinaridade das ações.

Encontros periódicos e regulares, entre equipe de referência e apoiador matricial, poderiam facilitar o diálogo entre os profissionais. Nos casos imprevistos e urgentes o profissional de referência aciona o apoio matricial, de preferência por meios diretos de comunicação personalizados, contato pessoal, eletrônico ou telefônico e não apenas por meio formais, solicitando-se algum tipo de intervenção ao apoiador. Nos encontros é necessário discutir os casos, as dificuldades da equipe de referência, elaborar projetos terapêuticos e linhas de intervenções. É necessário proceder-se a uma avaliação de risco para se acordar uma agenda possível. (CHIAVERINI, 2011).

Dimenstein *et al.* (2009) apontam o apoio matricial como uma transformação do significado de cuidar, entendendo saúde como produção de vida diária das pessoas, relacionada ao contexto familiar, comunitário e cultural. Nessa conceituação, pode-se perceber que a Atenção Básica tem potencialidades para

oferecer o suporte em relações corresponsáveis entre os trabalhadores, usuários e a comunidade, uma atenção mais ligada à noção de cuidado integral.

Baseando-se em Chiaverini (2011) o processo de matriciamento na atenção básica em saúde necessita de uma tecnologia leve, como a interconsulta. Esta é uma prática interdisciplinar para a construção do modelo integral de cuidado, que amplia e estrutura a abordagem psicossocial e a construção de projetos terapêuticos.

O processo de matriciamento caracteriza-se pela ação conjunta de profissionais de diferentes áreas, podendo ter diversas modalidades, como discussão de caso por parte da equipe, consultas conjuntas e visitas domiciliares conjuntas. Com a troca constante de questionamentos, informações e dúvidas nas consultas conjuntas há o desenvolvimento de matriciadores e matriciados, resultando assim em uma atenção individualizada em cada caso a ser abordado. (CHIAVERINI, 2011).

O apoio matricial, ou seja, a presença de profissionais da saúde mental na atenção básica auxilia na articulação com serviços especializados (como os CAPS), pois isto ajuda na organização do fluxo de atendimento e favorece relações mais horizontais entre equipes e especialidades. (FERRER, 2012).

2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

Com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios muitas mudanças foram iniciadas a partir da década de 1980, o movimento da reforma psiquiátrica foi impulsionado pela importância do tema perante os direitos humanos e de experiências de países europeus. Para Franco Basaglia, psiquiatra italiano de grande importância nesse acontecimento histórico, o ideal da reforma psiquiátrica seria uma sociedade sem manicômios, na qual houvesse inclusão e solidariedade. Hoje a política de saúde mental brasileira é consequência da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde. (BRASIL, 2013).

Desde a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, durante a década de 70, que são movimentos de estruturação dinâmica e permanente, busca-se produzir

mudanças no modelo de atenção e gestão de cuidados, enquanto lugar aos portadores de sofrimento mental, baseado por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial. (COLOMBO, 2015).

Na década de 1980, ainda, houve a criação de serviços de atenção psicossocial, após a desinstitucionalização de moradores de manicômios. À medida que forma expandindo serviços de cuidado ao paciente, foram fechados hospitais psiquiátricos. Houve então um desvio na atenção aos portadores de transtornos mentais, que passou de simples controle de sintomatologia para o exercício de sua cidadania. Desta maneira houve a ampliação dos serviços abertos com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas. (BRASIL, 2013).

No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica. Em 2001 é sancionada a Lei nº 10.216 que redireciona os cuidados e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. (BRASIL, 2005).

A partir da Portaria GM 3.088 de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A atual Política Nacional de Saúde Mental também se fundamenta na ideia de rede, objetivando a construção de redes substitutivas ao modelo manicomial, compostas por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (CECOs), os leitos de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros. As Unidades Básicas de Saúde cumprem também uma importante função na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental. (BRASIL, 2013).

2.3 A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

A Atenção Básica fundamenta-se nos princípios do SUS e deve ser responsável pela gestão do cuidado, garantindo a integralidade, por meio de processos regulatórios instituídos a partir da Unidade Básica de Saúde (UBS), que possui atuação marcante quanto à responsabilidade sanitária no território. (SOUZA; RIVEIRA, 2010).

De acordo com Starfield (2002), estudiosa da atenção primária à saúde, a Atenção Primária em Saúde (APS) é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde. A APS coordena, ainda, os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. Starfield sugere os seguintes atributos para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

A Atenção Básica é considerada a porta de entrada do SUS “[...] esta forma um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, autonomia das pessoas, nos determinantes e condicionantes”. (BRASIL, 2013, p.19)

Buscando a qualidade de vida e atenção integral do usuário, a atenção básica deve ser considerada como um ponto estratégico para a transformação e adoção de outras práticas no campo da saúde. (SOUZA; RIVEIRA, 2010).

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua principal estratégia para expansão e consolidação da Atenção Básica. A Saúde da Família segue os princípios do SUS e tem como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades. Assegurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais e regionais. (BRASIL, 2013).

Há também os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Atualmente regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, configuram-se

como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. (BRASIL, 2013).

2.4 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: A ARTICULAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (2001) reforçou esta orientação quando publicou as dez recomendações para o enfrentamento dos problemas de saúde mental, sendo a primeira delas, proporcionar tratamento na atenção básica. Não obstante os esforços da Coordenação Geral da Saúde Mental, a inclusão efetiva de assistência à saúde mental na atenção básica ainda é uma realidade pouco frequente. No ano de 2007, foi aprovada a inclusão da Saúde Mental como prioridade no Pacto pela Vida. Cabe destacar que, mesmo com estas importantes conquistas, ainda muitas dificuldades na efetividade das ações da saúde mental na atenção básica, por isso a importância significativa do apoio matricial. (BRASIL, 2007).

A integração dos diferentes saberes na saúde mental e na Atenção Básica tem uma importância impar. Os princípios que norteiam tanto as ações de saúde mental quanto as da atenção básica estão pautados em algumas noções e conceitos, como articulação, acolhimento, responsabilização, estabelecimento de vínculos, e integralidade do cuidado. (SOUZA; RIVEIRA, 2010).

O mesmo autor destaca que além dos princípios já citados pode-se pensar em integralidade; intersetorialidade; organização da atenção à saúde em rede; participação da comunidade; promoção da cidadania dos usuários. Refletir a respeito do entendimento de outros autores e outras áreas de conhecimento enriquece o trabalho, produzindo uma reconstrução sistemática dos saberes. (SOUZA; RIVEIRA, 2010).

O Ministério da Saúde, em 2003, através da coordenação geral de saúde mental e coordenação de gestão da atenção básica – lança um documento intitulado “Saúde mental e a Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários”. Neste documento foram debatidas algumas diretrizes gerais, propondo o apoio matricial da saúde mental às equipes de Atenção Básica, a formação como estratégia prioritária

e a inclusão da saúde mental no sistema de informações da Atenção Básica como principais ferramentas (BRASIL, 2003).

Corroborando com esta ideia Souza e Riveira (2010, p.128.) destacam que, “A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica pode ampliar as possibilidades no campo da saúde mental da sociedade”. Analisando sobre esse ângulo, hoje vemos o indivíduo como um ser que necessita de atendimento em sua integralidade. Esta busca do cuidado como um todo envolve a noção de responsabilização e corresponsabilidade. Para tal é necessário a articulação dos conhecimentos, da rede de atenção, já que não se podem deixar estas ações restritas ao serviço de saúde mental. Há necessidade de se romper com padrões de atendimentos, buscando a produção de práticas de atenção integradoras, como previsto no SUS. (SOUZA; RIVEIRA, 2010).

Dados do Ministério da Saúde apontam que 56% das equipes de saúde da família referiram realizar alguma ação de saúde mental, ou seja, por atuarem próximos ao território e terem uma ligação direta com a comunidade, cada vez mais a atenção básica se depara com o sofrimento psíquico (BRASIL, 2010). Porém, para Ferrer (2012, p. 80) “o cuidado à pessoa os resultados revelam com transtorno psíquico na Atenção Básica tem sido centrado na medicalização, com recursos de internação hospitalares frequentes e atenção fragmentada”.

De acordo com as pesquisas, pode-se perceber que a lógica da internação psiquiátrica ainda está muito presente, os profissionais de saúde e os familiares têm reproduzido e são reforçados pela insuficiência e ineficácia do sistema público de atenção à saúde mental. Na atenção básica há dificuldade na mudança deste modelo biomédico, formas de abordagem baseadas na escuta, acolhimento e no vínculo não são utilizadas com muita frequência. (FERRER, 2012).

Sob esta mesma perspectiva, Silveira e Vieira (2009), entendem como obstáculos aperfeiçoamento do matriciamento, a falta de preparo dos profissionais de saúde da rede básica para acolher e cuidar de pessoas com transtornos psíquicos, a dificuldade de reorganização para atuar conforme as mudanças político-institucionais e a desarticulação das ações de saúde mental produzidas na ESF e na unidade de saúde.

Na Atenção Básica, uma das principais estratégias propostas é a criação de equipes de apoio matricial, cuja função consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizada por uma equipe de

saúde mental para equipes ou profissionais da Atenção Básica. Para Tanaka e Ribeiro (2009, p. 479) “É impossível alcançar saúde se não se cuida das necessidades emocionais e as tarefas de saúde mental não são uma nova carga para os serviços de Atenção Básica; e sim aumentam a efetividade desta”.

Um estudo realizado por CAMPOS *et al.* (2011) , que avaliou a articulação entre as redes de Atenção Básica e de saúde mental em regiões de alta vulnerabilidade social de Campinas (SP), mostrou ser o apoio matricial em saúde mental uma ferramenta para definir fluxos, qualificar as equipes, aumentar o poder resolutivo local, transformar a lógica compartimentada de referência e contrarreferência, construir projetos terapêuticos em conjunto e promover a assistência conjunta e compartilhada. A pesquisa evidenciou o papel estratégico do Agente Comunitário de Saúde (ACS) para intervenções de promoção à saúde e vínculo com os familiares no território. O estudo identificou também dois paradigmas em confronto: o biomédico e o da ampliação da clínica. Os autores consideram a necessidade de investimento nos profissionais e nos processos de transformação das práticas para a sustentabilidade dos avanços.

Pode-se explorar a necessidade dos profissionais de saúde da família compreender que o acolhimento já é uma intervenção em saúde mental. Os portadores de transtorno mental, que possuem o cuidado especializado através dos CAPS, também ter que ter o seu lugar de Atenção Básica. Os cuidados clínicos, a inserção na comunidade, o apoio a adesão ao tratamento devem, ser realizados pela equipe da ESF. Também os portadores de transtornos leves e comuns devem ser acolhidos pelos profissionais de saúde da família com o devido suporte, incluindo a educação em saúde mental. (CHIAVERINI, 2011).

É primordial, então, incluir ativamente a proposta do matriciamento em saúde mental. As ações de saúde mental na Atenção Básica devem ajudar as equipes trabalhar a dimensão do sofrimento psíquico.

2.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Para a efetivação dos cuidados pela equipe da atenção básica a saúde mental é necessária à qualificação dos profissionais dessas unidades. Mesmo porque, muitos apresentam dificuldades em cuidar de pacientes com “problemas de saúde mental”.

Campos e Gama (2008) realizaram pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva sobre o tema da saúde mental na Atenção Básica no período de dez anos (1997-2007) e apontam para a falta de conhecimento dos profissionais do ESF em relação à reforma psiquiátrica, o que colabora para não existência de uma estratégia para lidar com a saúde mental. Segundo os autores, esta falta de capacitação pode levar a indução de posturas inadequadas, com relações de poder muito desiguais.

Destaca-se no histórico de formação acadêmica, em especial dos profissionais como os auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros, há um déficit no tratamento de pessoas com morbidades que afetam a saúde mental. Quando existe essa formação, ela ocorre predominantemente em ambiente hospitalar e/ou ambulatorios psiquiátricos especializados, e esses profissionais têm contato com pacientes com transtornos mentais graves e geralmente em períodos de crise. Desta forma, sem a apresentação das especificidades do adoecimento psíquico na APS, acabam por estigmatizar o sofrimento psíquico, julgando-se incapazes de atender essa demanda (CHIAVERINI, 2011).

Outro aspecto levantado por Campos e Gama (2008) relaciona uma série de fatores que dificultam o acolhimento e o tratamento do usuário: a falta de diretrizes do Ministério da Saúde, a falta de preparo técnico do profissional, a incipiente sistematização de experiências e de novos modelos de intervenção, as dificuldades na troca de conhecimentos entre os profissionais e a falta de investimento dos gestores. Os autores levantam a necessidade de reflexão e sistematização de experiências, problematizando o fazer dos profissionais.

As dificuldades apresentadas, que muitas vezes ocorrem na Atenção Básica, podem ser dirimidas com “educação em saúde mental” na rotina, priorizando a dissociação do conceito de saúde mental exclusivo de “doença” mental. É contumaz que se aponte para os profissionais de saúde da família que, ao fazerem atividades

de promoção e prevenção à saúde, como grupos de atividade física, grupos de artesanato, momentos de confraternização com a comunidade em datas comemorativas, estão promovendo saúde e, conseqüentemente, a saúde mental. (CHIAVERINI, 2011).

Neste sentido, os matriciadores têm que compartilhar e ou acompanhar as atividades realizadas para que haja a sensibilização dos profissionais que realizam essas atividades coletivas e comunitárias. Pode-se destacar também a importância deste espaço para a escuta, e acesso aos serviços. Seguindo esta lógica a atenção pode ser ampliada, propiciando diagnóstico precoce de diversas morbidades, inclusive as relacionadas ao transtorno mental (prevenção secundária). (CHIAVERINI, 2011).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na Atenção Básica, é fundamental a qualificação das equipes, potencializando a rede e qualificando o cuidado. Tendo em vista que a maior qualificação aponta para uma reformulação das estratégias de formação, sugere-se que as equipes de apoio matricial possam ser o dispositivo para se adotar uma formação continuada e em serviço, por meio de discussões de textos, casos e situações, contribuindo assim para a ampliação da clínica. (SOUZA; RIVIERA, 2010).

3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

Colombo, município situado no estado do Paraná, origina-se por desmembramento de Curitiba em fevereiro de 1890, tendo como gentílico “colombense” e contanto com uma área territorial de 197,805 Km². Atualmente, Colombo integra a 2ª Regional de Saúde e limita-se ao norte com os municípios de Rio Branco do Sul e Bocaiúva do Sul, ao sul com Pinhais, a oeste com Curitiba e Almirante Tamandaré e a leste com Campina Grande do Sul e Quatro Barras, Situada há 17, 3 Km da capital, grande parte da sua população habita em áreas

loteadas contínuas a Curitiba, porém preserva uma grande característica agrícola herdada dos imigrantes italianos vindos no século XIX. (COLOMBO, 2013)

A população censitária é de 212.967 habitantes, sendo a estimativa de 217.443 no ano de 2012 (IBGE, 2010). Colombo possui atualmente 42 bairros e mais de 200 loteamentos, sendo 70% do território em área de Proteção Ambiental. Estes bairros são classificados como rurais ou urbanos. (COLOMBO, 2013)

O município de Colombo possui as seguintes secretárias: Assistência Social, Administração, Agricultura e Abastecimento, Comunicação Social, Desenvolvimento Urbano e Habitação, Educação, Esporte, Cultura e Lazer, Governo, Fazendo, Indústria Comércio e Turismo, Meio Ambiente, Obras e Aviação, Planejamento, Saúde, Tecnologia da Informação. O município conta com aproximadamente 5.000 funcionários. (COLOMBO, 2013)

A área a ser pesquisada diz respeito à Secretária Municipal de Saúde, que apresenta a seguinte infraestrutura:

- Um Hospital de pequeno porte filantrópico credenciado ao SUS: Irmandade Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Rosário, que no momento não esta atuante por questões administrativas da Instituição.
- Um Hospital-Maternidade municipal em co-gestão com a ISCMC – Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Curitiba: Hospital de Maternidade Alto Maracanã;
- Dois Pronto-Atendimentos 24 horas (Alto Maracanã e Osasco);
- 22 Unidades Básicas de Saúde, sendo 11 destas unidades, inseridas na Estratégia Saúde da Família com 27 equipes qualificadas (há duas Unidades em imóvel locado);
- 01 Unidade de Saúde da Mulher, em imóvel locado;
- Um ambulatório de Saúde Mental, na Unidade de Saúde Sede, em processo de readequação a portaria de implantação da Rede de Atenção Psicossocial.
- 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-II), em imóvel locado, inaugurado em 2006;
- 01 Centro de Atenção Psicossocial para transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CAPS-ad), inaugurado em 2007.
- 01 Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPS-i), com foco em álcool e outras drogas, em fase de implantação.

- Um CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) / SAE (Serviço de Atendimento Especializado) para portadores de DST/AIDS;
- Um Setor de Vigilância em Saúde (Epidemiológica, Sanitária e Ambiental);
- Um Centro de Distribuição de Medicamentos e Materiais, interligado a cinco farmácias municipais;
- Uma Central de Ambulâncias;
- Centro de Especialidades Odontológicas e Centro de Especialidades Médicas.
- A estrutura da SMS – todas as gerências da Secretaria de Saúde estão localizadas no centro do município (Sede).

O município de Colombo a partir de 2006 iniciou a construção do Programa Municipal de Saúde Mental com a organização e ampliação do número de profissionais para o atendimento no ambulatório de saúde mental, onde eram atendidas pessoas com transtornos mentais leves e moderados. Neste mesmo ano, foi implantado o CAPS II voltado para o atendimento diário de pessoas que apresentam quadro de transtorno mental severo e persistente. Em 2007, implantou-se o CAPS AD voltado para atendimento de pessoas que fazem uso e abuso de álcool e outras drogas, fortalecendo desta forma a Rede Municipal de Saúde Mental. (COLOMBO, 2015).

O contexto da pesquisa gira em torno das dificuldades enfrentadas no CAPS II do município de Colombo. O CAPS II é um serviço de atendimento às pessoas com transtorno mental grave e/ou severo, sendo maiores de 18 anos, a fim de realizar o acompanhamento e a reinserção social dos usuários, pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Sendo o cuidado mais intensivo e/ou de reinserção psicossocial, que ultrapassem as possibilidades de intervenção das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (COLOMBO, 2015).

O CAPS II desenvolve diversas atividades que vão desde o cuidado individual ao em grupo realizado por equipe multidisciplinar, com objetivo de dar suporte terapêutico aos pacientes e a seus familiares, preconizando a reabilitação psicossocial. A importância de equipe multidisciplinar no atendimento a saúde mental é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção da estrutura terapêutica de cada paciente.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) em Colombo é composta por equipamentos de Atenção Básica e por equipamentos de Atenção Especializada. Além dos pontos de atenção municipal, algumas situações específicas de atenção especializada são compartilhadas com Secretaria Estadual de Saúde, tais como os serviços ambulatoriais infanto-juvenis e os leitos psiquiátricos em hospital especializado. A RAPS foi instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011 e se define como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. (COLOMBO, 2015).

Em Colombo, se considerarmos os índices de prevalência da OMS, estima-se que mais 27 mil pessoas sofram com transtornos mentais, e mais de 13 mil pessoas com dependência de álcool e outras drogas, totalizando uma população aproximada de 41 mil pessoas que necessitam de cuidados mentais em algum momento da sua vida. Para tal faz-se necessário organizar uma rede de cuidados, de modo que todos tenham acesso à Saúde Mental. (COLOMBO, 2015).

3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Esta pesquisa tem um caráter qualitativo, guiada pela pesquisa documental, a partir de dados colhidos junto ao CAPS II, a Rede de Atenção a Saúde Mental, e a Atenção Básica de Colombo, através da Secretaria de Saúde.

A pesquisa documental é muito parecida com a bibliográfica. A diferença está na natureza das fontes, pois esta forma vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. Além de analisar os documentos de “primeira mão” (documentos de arquivos, igrejas, sindicatos, instituições etc.), existem também aqueles que já foram processados, mas podem receber outras interpretações, como relatórios de empresas, tabelas etc. (GIL, 2008).

Para a efetivação da política Estadual de Saúde Mental, a Secretária do Estado da Saúde (SESA) redefiniu as diretrizes e estratégias por meio de um processo de Planejamento estratégico. A partir de tal foi elaborado o Mapa Estratégico de Rede de Saúde Mental, que tem como perspectivas alcançar os

resultados para a sociedade, tendo como pressuposto o cuidado no território e a atenção básica como ordenadora da Rede de Atenção a Saúde, sempre em busca da articulação intra e intersetorial. (PARANÁ, 2011).

A unidade é o local de primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde. Tem responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado, também dos transtornos mentais. A UBS deve realizar a estratificação de risco, o ordenamento do cuidado, garantindo o cuidado e a resolubilidade da atenção para o usuário de baixo e médio risco. No município de Colombo percebe-se uma grande dificuldade dos profissionais da atenção básica de saúde na realização dos mesmos. O paciente de saúde mental é muitas vezes acolhido na UBS e referenciado para atenção especializada, sem realização de um plano de cuidado.

No município, através do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, APSUS- Saúde Mental- que institui uma nova lógica para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS), através de um processo de Educação Permanente (Oficinas de Planificação de Atenção Primária a Saúde) realizado em 2014, foram realizadas discussões de casos e frisado a importância da Atenção Básica em saúde realizar os procedimentos estabelecidos na lei, para o melhor atendimento ao paciente de saúde mental, como o vínculo, estratificação de risco, ordenamento do cuidado.

Diante da verificação documental percebe-se dificuldades nos atendimentos ao paciente de saúde mental na Atenção Básica. No momento, há uma fila de espera para atenção especializada, ambulatório, no caso de adultos são 303, aguardando para consulta psiquiátrica. No infante – juvenil são 436 para psicologia e 37 para psiquiatria em fila de espera. No atendimento aos pacientes infante-juvenis a Rede de Atenção Psicossocial conta com o CAPSi do Centro Metropolitano Psiquiátrico. (COLOMBO, 2015)

No CAPS II (transtorno mental) foi obtida uma média dos acolhimentos realizados entre os meses de agosto a outubro de 2015. Dos pacientes acolhidos diariamente (transtorno mental), aproximadamente 50% dos pacientes não são inseridos no CAPS, tendo perfil para o cuidado compartilhado com as UBS, sendo pacientes de baixo e médio risco, dos quais poderia ser realizado o plano de cuidado na atenção básica.

Muitas ações também previstas em portarias, como: Portaria GM 3.088, de 23 de Janeiro de 2011, Republicada em 30/12/11, Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011 visam o atendimento integral do indivíduo, estabelecendo uma rede de cuidados através da rede de atenção psicossocial, da qual a atenção básica faz parte. Estas preveem atividades de cunho individual (consulta médica, de enfermagem, odontológica) e coletivo (atividades em grupo), bem como visitas domiciliares em saúde mental. No momento, estas ações ainda não são realizadas pela maioria das unidades do município, através dos dados coletados pode-se perceber apenas ações de cunho médico, consulta.

Para o cuidado e distribuição de cada serviço, são equipamentos da rede, conforme descrito abaixo (QUADRO 1):

Atenção Primária Municipal	Atenção Secundária Municipal	Atenção Secundária Estadual
22 Unidades de Saúde 02 Equipes NASF 01 Unidade da Saúde da Mulher	01 CAPS II – AD 01 CAPS II – TM 02 Centros de Especialidades Médicas 02 Prontos Atendimentos	Leitos Psiquiátricos em Hospital Especializados CPM - 01 CAPS Infanto-juvenil e Ambulatório Psiquiátrico Infanto-juvenil

QUADRO 1: QUADRO DE ILUSTRAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DE COLOMBO

FONTE: PREFEITURA DE COLOMBO (2015)

Atualmente, estão previstas duas equipes de NASF no município, mas apenas uma está em funcionamento com equipe completa, nos territórios das UBS Liberdade, Mauá e Jardim Paraná, composto 9 profissionais, sendo eles 2 pediatras, 2 psicólogos, um nutricionista, um ginecologista, um assistente social, um acupunturista, um fonoaudiologista.

4 PROPOSTA TÉCNICA PARA A SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

4.1 PROPOSTAS TÉCNICA

Colombo, segundo fonte do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censo e estimativas para o ano de 2010- possuem uma população 212.967 habitantes, e conta com 22 unidades, sendo a maioria delas de Estratégia de Saúde da Família. O Matriciamento terá seu início envolvendo inicialmente três unidades de saúde do município. Esta escolha foi baseada nos dados colhidos na RAAS, de acordo com média realizada no mês de agosto 2015, que mostra as unidades de saúde que mais tem pacientes na atenção especializada, são elas: Guaraituba, CAIC e Mauá. Porém a Unidade Mauá por ser uma área coberta pelo NASF, não será realizado o matriciamento, e sim, será a próxima em escala crescente, Osasco. Conforme gráfico abaixo (FIGURA 1):

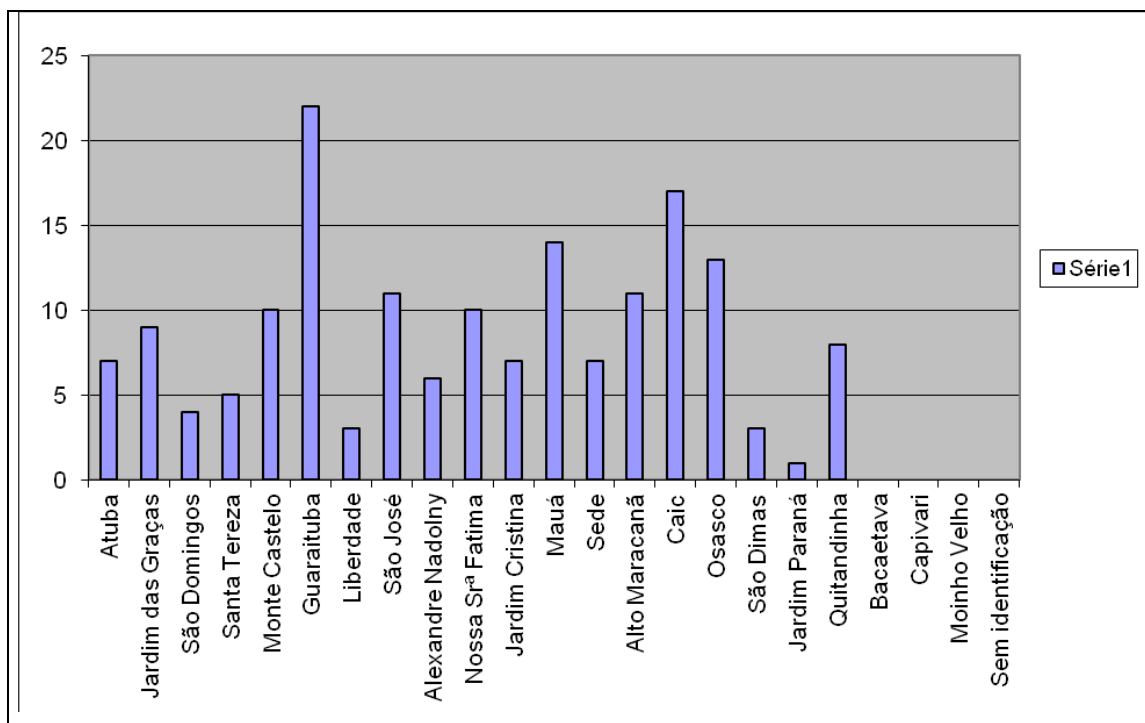


FIGURA 1: GRÁFICO ILUSTRATIVO DO NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS CONFORME A UBS DE ORIGEM.

FONTE: PREFEITURA DE COLOMBO (2015)

É importante citar algumas características dessas unidades. A Unidade do Guaraituba atende a um total de população de 12.976 usuários, do bairro do Guaraituba, com um total de quatro equipes de saúde da família.

A unidade do CAIC atende aos bairros Guarujá, Ana Terra, Monza, São Sebastião, Itajacurú, além de parcialmente o bairro São Gabriel, com um total de população de 20.333. Esta unidade está em fase de transição para ESF, com previsão de quatro equipes de Saúde da Família, apresentando-se com déficit no quadro de profissionais. Já a unidade do Jardim Osasco atende a população de aproximadamente 16.000 pessoas. Esta possui duas equipes de ESF, sendo que é uma unidade mista.

Inicialmente, o matriciamento, se daria com participação da especialidade: Psicologia, mais especificamente do CAPS II. Posteriormente, com a ampliação da equipes de especialistas, seria inserida no cronograma de atividades de toda rede de Saúde Mental (Psiquiatria, CAPS II, CAPS AD). Tem-se como foco garantir às equipes das UBS maior apoio quanto à responsabilização do processo de assistência, garantindo a integralidade da atenção em todo sistema de saúde, procurando implementar mudanças de programas e ações que descentralizassem o acesso à especialidade.

Atualmente o Município de Colombo, através da saúde mental, realiza algumas atividades de matriciamento através de seu próprio quadro de funcionários, porém essas ações são isoladas, não tendo uma continuidade.

Deste modo, evidencia-se a importância de aproximar as ações da Atenção Básica da atenção especializada, sendo necessária a capacitação dos profissionais, tanto da saúde mental, como da atenção básica em saúde, para que possam desenvolver ações que venham integrar a rede.

Em se tratando da implantação do matriciamento poderia haver uma parceria para a contratação dos profissionais necessários nas equipes de saúde mental, como psiquiatra, terapeuta ocupacional, oficinas, completando as equipes já atuantes no município para que os mesmos possam desenvolver as atividades de matriciadores. Acrescentando a esta proposta também seria interessante a ampliação do número de NASFs no município, que também tem o papel de matriciadores.

Conforme descrito acima, para Campos (1999) são necessárias ações contínuas para viabilidade e efetividade do matriciamento. Entre as etapas estão a

combinação de encontros periódicos e regulares entre equipe de referência e apoiador matricial. Em casos imprevistos e urgentes, o profissional de referência aciona o apoio matricial, de preferência por meios diretos de comunicação personalizados, contato pessoal, eletrônico ou telefônico. O apoio matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado, no entanto essa articulação entre equipe de referência e apoiadores pode desenvolver-se em três planos fundamentais:

- a) atendimentos e intervenções conjuntas (apoio matricial e profissionais da equipe de referência)
- b) programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência,
- c) é possível ainda que 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. (CAMPOS, 2007, p.401).

Esse modelo de entendimento pode facilitar a comunicação e integração de equipes de saúde da família e especialistas, ou mesmo entre distintas especialidades e profissões de saúde que trabalhem em um mesmo serviço.

4.1.1 Plano de implantação

A implantação das propostas se daria gradativamente a partir do momento em que as mesmas pudessem ser realizadas na sua totalidade, ficando à cargo da Secretaria de Saúde. Iniciaria como projeto piloto, nas unidades que tem uma demanda maior em saúde mental, como já dito acima. Para tal será necessário criar uma agenda de ações, organizando atividades conforme a disponibilidade dos profissionais da saúde mental para a execução das mesmas (inicialmente apenas psicólogos).

Como primeira ação direta ao projeto de implantação os profissionais de saúde mental seriam qualificados para a proposta de matriciamento na Atenção Básica, e em seguida estabelecido em suas agendas um horário para o apoio matricial. Após seriam realizadas visitas a estas unidades, bem como participação em reuniões de equipe para o levantamento das necessidades dos locais,

verificando quais as maiores demandas e se haveria relação com a área de saúde mental.

Na sequência desses passos pode-se pensar em ações específicas nas unidades, como discussão de casos nas equipes, projeto terapêutico singular, interconsultas, bem como análise e estratificação de risco a ser realizada nas unidades antes dos encaminhamentos a atenção especializada. A reunião de equipe da ESF seria um espaço precioso para a discussão de temas relacionados à promoção de saúde e à desconstrução dos preconceitos relacionados ao adoecimento psíquico.

É previsto que esse processo se dê de maneira gradual, em cada reunião seria discutido a respeito de um aspecto que também poderia ser demanda da unidade, formando também um cronograma de educação permanente em saúde. Ainda seria importante um espaço para discutir dificuldades encontradas neste processo.

4.1.2 Recursos

Nas propostas efetuadas os recursos despendidos seriam os mínimos possíveis, já que as ações do apoio matricial se dariam inicialmente com os profissionais que já se encontram atuando no município, necessitando apenas adequar a carga horária de alguns dos mesmos para estas ações. Para começar será proposto no mínimo dois psicólogos, e reorganização da agenda dos demais profissionais da atenção especializada para futuras ações de matriciadores.

Após, para ampliação da proposta de matriciamento, haveria a necessidade de contratação de mais profissionais psiquiatras, terapeutas ocupacionais, ficando a cargo da secretaria de saúde, pois há necessidade de concurso público, e ou processo seletivo. Portanto, inicialmente não haveria gastos dos cofres municipais para a implantação.

Com relação educação permanente, também não onerariam os cofres públicos, já que existe uma portaria do Ministério da Saúde que a prevê. A portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014, Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Para

tal será necessário um plano de trabalho para a comprovação da necessidade de tal tema.

4.1.3 Resultados esperados

Espera-se que a partir do momento em que se implante o apoio matricial nas unidades de saúde previstas, possa haver melhora na qualidade dos atendimentos a população com transtornos mentais; na qualidade dos encaminhamentos a atenção especializada, bem como melhora no fluxo da rede.

Como resultado também se pode esperar pela melhora na comunicação dos profissionais, incluindo espaços de diálogos entre as diferentes especialidades, buscando estabelecer planos de cuidado. Se houver uma boa aceitação destas medidas preventivas, espera-se uma diminuição nos casos de internação, porém é necessário que se faça uma avaliação mensal dos resultados para não deixar de lado as ações corretivas, que seriam a de verificação das ações nas unidades de saúde.

4.1.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Os riscos podem ser a resistência de alguns profissionais quanto à mudança no direcionamento de suas ações, além de dificuldade de locomoção das equipes, restrição do espaço físico, escassez de material, e reduzido número de especialistas. Também a não aceitação por parte da população, muitas vezes por falta de entendimento a respeito da doença e a crença da necessidade de um especialista, pode ser um complicador para a implantação do apoio matricial.

Nos serviços de saúde ocorrem dificuldades no que tange ao trabalho interdisciplinar. A crescente divisão do trabalho dificulta a integração do processo de atenção e cuidado às pessoas, já que as distintas especialidades médicas e profissões de saúde definiram objetos de intervenção e campos de conhecimento sem grandes compromissos com a abordagem integral de processos de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da exposição realizada acima, pode-se perceber a importância do apoio matricial. Esse é utilizado como dispositivo de articulação e capacitação da rede, e mostra ainda a potencialidade na redefinição dos fluxos e na promoção da assistência compartilhada.

Em muitos momentos, perdem-se diante da rotina de trabalho a essencialidade de discussões de casos e compartilhamento em equipe. Esse arranjo prevê as reuniões periódicas entre profissionais de referência e do apoio matricial e não apenas para a discussão de casos, mas também para reflexão da equipe diante das dificuldades do dia a dia.

Para intervenções de promoção à saúde mental o vínculo com os familiares e com território é imprescindível, compreendendo o acolhimento como parte deste processo. Com o entendimento da Atenção Básica deste arranjo e da corresponsabilização do cuidado, pode-se ampliar a resolutibilidade da Atenção Básica, melhorar o fluxo e os mecanismos de referência e contrarreferência, além de propiciar a atenção especializada maior qualidade nos planos de cuidados a pacientes graves.

Não se pode deixar de lembrar a respeito das dificuldades previstas, como a necessidade de superação do modelo biomédico e modo de aplicação dos conceitos de saúde. A ampliação da clínica é indispensável, para que se possa facilitar a entrada de outras visões, possibilitando transformações das práticas de saúde.

No município de Colombo percebe-se a necessidade de colocar em prática ações de matriciamento, cumprindo os objetivos de qualificar os encaminhamentos; melhorar o fluxo e o entendimento da saúde mental. Através das atividades propostas pode-se pensar na possibilidade de ampliação da visão dos profissionais da Atenção Básica, porém esse trabalho pode ser considerado árduo, havendo a necessidade de um processo contínuo para obtenção de melhores resultados.

Para propor uma nova visão aos profissionais de saúde, faz-se necessário a educação permanente, já que o processo ensino aprendizagem é constante, independente do tempo. É através da educação permanente, contextualizando o trabalho realizado, que os profissionais poderão buscar a qualificação, se corresponsabilizando pela busca da integralidade do cuidado, mesmo diante de

dificuldades no seu território. Buscando também habilitar os profissionais quanto os conhecimentos necessários em saúde mental para o cuidado integral do usuário.

Por essa razão, a discussão sobre a inserção do matriciamento em saúde mental na atenção básica em saúde é essencial. Algumas pesquisas já citadas ao longo do trabalho mostram como no Brasil já existem experiências exitosas neste sentido. Demonstra-se, portanto, a necessidade de cada vez mais repensar sobre os conceitos pré-estabelecidos e propor novas alternativas de atuação na saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção básica- Saúde mental**. Ministério da Saúde-Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações. Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Política Nacional de Saúde Mental. Disponível em http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=925. Acesso em 06/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 7ª Edição Especial**, ano 5, nº 7, junho de 2010. Brasília, 2010. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 25p. Disponível em www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em 20/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de saúde mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Circular conjunta nº 01/03 de 13/11/2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo da atenção. Relatório de Gestão 2003-2006**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. **Portaria GM 3.088**, de 23 de Janeiro de 2011, Republicada em 30/12/11. Acesso em 20/11/2015

BRASIL. **Portaria Nº 2.488**, de 21 de Outubro de 2011. Acesso em 20/11/2015

BRASIL. **Portaria nº 278**, de 27 de fevereiro de 2014. Acesso em 20/11/2015.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v 4, n.2., p. 393-404, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n. 2. Rio de Janeiro, Feb. 2007.

CAMPOS, R. O.; GAMA, C. A.; FERRER, A. L.; SANTOS, D. V. D.; STEFANELLO, S.; TRAPÉ, T. L.; PORTO, K. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16 , n12, p. 4643-4652, 2011

CAMPOS, R. O.; GAMA, C. A. Saúde mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de Atenção Básica à saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, p. 221-246, 2008.

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

COLOMBO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial**. 2 ed, Colombo: 2015.

COLOMBO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Colombo**. Colombo: 2013.

DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K.; BRITO, M.; PIMENTA A. L.; MEDEIROS,V.; BEZERRA, E. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n.1, p. 63-74, SãoPaulo, Jan/ Mar. 2009.

FIGUEIREDO, M.D.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.129-38, 2009.

FERRER, A. L. **A saúde mental na atenção básica sob a perspectiva de trabalhadores e usuários dos serviços**: um estudo hermenêutico-narrativo sobre

os processos de acolhimento, vínculo e responsabilização. 228 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Setor de Ciências Médicas. Unicamp, Campinas: 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. Atlas, São Paulo: 2008.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo e estimativas para o ano de 2010 . Disponível em www.ibge.gov.br. Acesso em 09/11/2015.

OPAS/OMS. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OMS; 2001.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Oficinas do APSUS. **Formação e qualificação profissional em Atenção Primária em Saúde. Oficina 8- Saúde Mental**. Curitiba, 2011.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p. 139-148, Rio de Janeiro Jan./Feb. 2009

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em 18/12/2015.

SOUZA, A. C.; RIVIERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**. v. 4, n 1, p. 121-132, 2010.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência e saúde coletiva**. v. 14, n.2, p.477-486. Rio de janeiro, mar/abr, 2009.

ANEXOS

ANEXO 1 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS.....	35
ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO PADRÃO.....	36



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS

Eu, Mayara Zatta Fistarol, portadora do RG 85999311 e CPF 06473126970 pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa intitulado, SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A IMPORTÂNCIA DO APOIO MATRICIAL, de cunho acadêmico, o qual pertence ao curso de Pós Graduação em Gestão em Saúde da Universidade Federal do Paraná, onde será realizada a coleta de dados através de documentos da Secretaria da Saúde do Município de Colombo, venho por meio deste me comprometer a utilizar todos os dados coletados, unicamente para o trabalho intitulado acima.

Atenciosamente,

Mayara Zatta Fistarol

Ciente,

ANGELITA APARECIDA MUNIZ
ENFERMEIRA - COREN/PR 209.362
MATRICULA 19778
PREFEITURA DE COLOMBO

Coordenadora da Média e Alta Complexidade em Saúde do Município de
Colombo

CURITIBA, 05 DE NOVEMBRO DE 2015.



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Colombo, 16 de Dezembro de 2015

Declaro que fui informado dos objetivos do levantamento de dados epidemiológicos, e concordo em autorizar a execução da mesma nas Unidades de Saúde solicitadas e também na Central de Transportes da Saúde. Caso necessário, a qualquer momento como instituição Co-participante desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo das usuárias do serviço de saúde.

Atenciosamente.

ANGELITA APARECIDA MUNIZ
Coordenadora da Média e Alta Complexidade

Rua XV de Novembro, 213
CEP 83.414-000 – Colombo - PR
Tel.: (41) 3656-3606
E-mail - atencaobasica@colombo.pr.gov.br