

# Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: Criação de uma Rede de Apoio Matricial

## Mental Health and Primary Health Care: Creation of a Matrix Support Network

Lívia da Silva Bachetti<sup>a\*</sup>

<sup>a</sup>Universidade Federal de São João del-Rei, Programa de Mestrado em Psicologia, MG, Brasil

\*E-mail: livbachetti@yahoo.com.br

Recebido: 19 de setembro de 2012; Aceito: 1 de novembro de 2012

### Resumo

A política de Saúde Mental enfatiza a relação entre os dispositivos assistenciais à saúde, visando estabelecer uma rede de cuidados. O Ministério da Saúde prioriza, em especial, a atuação junto à rede de atenção básica para otimizar o tratamento. O objetivo deste trabalho foi apresentar um projeto de intervenção que aborda o cuidado à saúde mental em articulação com a Atenção Básica em saúde, visando a construção de uma rede de matriciamento. Foi utilizada a metodologia da pesquisa-ação para a identificação dos principais problemas do cotidiano de trabalho e suas possíveis causas. Dentre eles, está a desarticulação entre os serviços de saúde mental e atenção básica, a deficiência na capacitação profissional e a desassistência ao paciente. A proposta de uma prática articulada demanda o comprometimento de todos os atores sociais.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Atenção Básica à Saúde. Assistência à Saúde.

### Abstract

*The establishment of a healthcare network is fundamental for Mental Health policies. The Ministry of Health prioritizes actions on the primary care to optimizing the treatment. The aim of this paper is to present an intervention project about the interaction between mental health and primary health care, aiming to build a support network. Action research was the method used to identify the main problems of daily work and its possible causes. Among them are the disconnection between the mental health services and primary care, the deficient professional training and poor medical assistance to the patient. The proposal of an articulated practice demands the involvement of all social actors.*

**Keywords:** Mental Health. Primary Health Care. Delivery of Health Care.

### 1 Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, as perturbações mentais e comportamentais acometem mais de 25% da população mundial em algum momento da vida. Dos transtornos mentais mais frequentes no mundo, seis encontram-se dentre as vinte principais causas de incapacitação grave: transtornos depressivos, os relacionados ao uso de álcool, esquizofrenia, transtorno bipolar, doença de Alzheimer e outras demências. Estes transtornos exercem impactos econômicos sobre a sociedade e sobre o padrão de vida das pessoas. Sobretudo nos Estados Unidos, os custos monetários agregados a eles chegaram a 2,5% do produto nacional bruto em 1990.

Somadas aos sintomas incapacitantes e às perturbações características do quadro clínico, também estão presentes na vida das pessoas com transtornos mentais algumas dificuldades relacionadas ao desempenho de atividades cotidianas de trabalho e lazer, principalmente em decorrência do preconceito. Além disso, estas pessoas se envolvem mais frequentemente em problemas com a polícia e com a justiça criminal, pois seus comportamentos são encarados como perturbadores da ordem. Isto acontece, principalmente, devido à falta de tratamento e de assistência adequada<sup>1</sup>.

As novas estratégias de cuidado às pessoas com transtornos mentais graves advêm do movimento de desinstitucionalização, denominado, no Brasil, de Reforma Psiquiátrica. Este movimento foi impulsionado pelo panorama internacional de crise do modelo asilar e pela transformação do saber e da prática em psiquiatria. Com esta mudança de paradigmas e práticas, dispositivos assistenciais de caráter comunitário foram criados e expandidos<sup>2-4</sup>.

Os Centros de Atenção Psicossociais - CAPS surgem como uma resposta a esta mudança de paradigma. Eles oferecem serviços de atendimento comunitário de caráter aberto, multidisciplinar, acesso livre e atendimento diário aos indivíduos em sofrimento psíquico, a seus familiares e à comunidade. O Ministério da Saúde considera o papel da equipe técnica do CAPS de fundamental importância para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico, principalmente no que tange à criação de projetos individualizados, capazes de propiciar maior permanência dos usuários nestes serviços<sup>5</sup>.

Diante ao panorama atual, tornou-se fundamental a articulação dos dispositivos em rede, englobando os vários serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Este é um fator decisivo para a consolidação de um conjunto concreto

de práticas no acolhimento à pessoa em sofrimento mental<sup>6</sup>. Ações desenvolvidas em conjunto com a atenção básica e a saúde da família vêm sendo priorizadas. A Política Nacional de Saúde Mental no Brasil propõe que estas práticas sejam realizadas em uma rede articulada, abarcando o indivíduo em sua integralidade<sup>7</sup>. A atenção básica é a porta de entrada preferencial de todo o Sistema de Saúde, inclusive para as necessidades de saúde mental dos usuários. Na rede de atenção básica, aproximadamente 20% dos atendimentos prestados são à pacientes acometidos por um ou mais transtornos mentais, sendo 3% com transtornos severos<sup>1</sup>. Dados do Ministério da Saúde revelaram ainda, que 51% das equipes de saúde da família no Brasil realizavam algum tipo de atendimento em saúde mental no ano de 2002<sup>8</sup>.

As diretrizes atuais do Ministério da Saúde afirmam a necessidade da existência de uma equipe de apoio matricial em saúde mental para cada seis a nove equipes de estratégia de Saúde da Família<sup>5</sup>. O papel estratégico dos CAPS neste matriciamento à rede básica de saúde deve ser priorizado. Estes dispositivos visam o deslocamento do referencial de cuidados e a construção de uma nova lógica de atendimento à saúde mental. Assim, os CAPS devem buscar a integração contínua e duradoura com as equipes da rede de atenção básica de saúde em seu território, atentando-se para o acompanhamento, capacitação e apoio ao trabalho voltado às pessoas com transtornos mentais<sup>5</sup>.

O Apoio Matricial foi recomendado pela Política Nacional de Saúde Mental e pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, como dispositivo de intervenção junto à atenção básica<sup>5</sup>. Pesquisas realizadas nesta área também apontaram a importância do desenvolvimento dessas ações de apoio matricial, em especial no campo da saúde mental. O trabalho conjunto tem resultado em uma prática mais enriquecedora, propiciando a ampliação da rede de cuidados no território<sup>9,11</sup>. Entretanto, esta realidade ainda não está presente na maioria dos municípios do Brasil. A criação de um plano de intervenção que integre as práticas de atenção, capacite as equipes e aumente a cobertura da assistência à saúde geral torna-se, portanto, fundamental.

O processo de Reforma Psiquiátrica marca uma ruptura de paradigmas. Caracteriza-se por um conjunto de mudanças com relação à prática clínica e aos saberes no campo da doença mental, implicando em transformações políticas, socioculturais e nos serviços de saúde<sup>4</sup>. Assim, torna-se de fundamental importância transformar a relação entre a sociedade e a loucura e o lugar do indivíduo com transtorno mental na sociedade. As novas estratégias de cuidado às pessoas com transtornos mentais graves advêm desse movimento de desinstitucionalização psiquiátrica iniciado em 1950, na Europa. O tratamento aos pacientes internados em hospitais psiquiátricos era caracterizado por um confinamento indeterminado, muitas vezes precário e violento. A desinstitucionalização é caracterizada pela progressiva diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos e

o consequente desenvolvimento de serviços substitutivos ao modelo hospitalar<sup>2</sup>.

No Brasil, o marco inicial desta mudança ocorreu com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1978, impulsionado pelo panorama internacional de crise do modelo asilar e pela transformação do saber e da prática em psiquiatria. Além disso, foi consequência de movimentos sociais de luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Não somente os pacientes, mas também seus familiares e diversos profissionais de saúde mental se engajaram neste movimento que denunciou a violência sofrida nos manicômios, a privatização da assistência e criticou o modelo hospitalocêntrico de ação, buscando romper com o estigma social da loucura<sup>4</sup>. A reforma psiquiátrica estava inserida, também, no contexto da Reforma Sanitária no país, caracterizada pela luta por acesso universal às ações de proteção, prevenção e promoção de saúde em oposição ao modelo privado, excludente e curativo<sup>12</sup>.

A reorientação da assistência em saúde mental é fundamentada pelo Sistema Único de Saúde - SUS em consonância com os princípios democráticos de atenção integral, indissociáveis ao conceito de cidadania. A saúde passou a ser entendida como integrante à condição de cidadão, direito de cidadania e dever do Estado, que passa a ser responsável pelo desenvolvimento de ações e serviços. A saúde agora é entendida como fruto da interação de diversos fatores interferentes na qualidade de vida, tanto sociais quanto econômicos<sup>12</sup>.

O SUS surge da necessidade de reorientação do sistema de saúde do Brasil. Objetiva cumprir os preceitos constitucionais de proteção e defesa da saúde através de instituições pertencentes à União, Estados, Municípios e Distrito Federal, assim como as instituições contratadas e conveniadas do setor privado<sup>17</sup>. Tem como diretrizes e princípios norteadores: a universalidade, a gratuidade, a equidade, a integralidade das ações, a participação popular, a racionalidade (oferecer ações de acordo com as necessidades), a eficiência, a eficácia, a qualidade da assistência, a descentralização na gestão de serviços, a regionalização e a hierarquização das unidades. Estes princípios estão dispostos na lei 8.080/90, definidos na Constituição Federal Brasileira de 1988<sup>13,17</sup>.

O acesso aos serviços de saúde deve ser universal e gratuito em todos os níveis de assistência e complexidade: todos possuem o direito de utilizar os serviços de prevenção, proteção e promoção de saúde de baixa, média e alta complexidades. Os recursos necessários ao paciente em seu tratamento devem estar disponíveis em todos os tipos de complexidade. Isto caracteriza o princípio de integralidade e diz respeito ao conjunto articulado e contínuo de ações e serviços individuais e coletivos, demandados caso a caso nos três níveis de atenção: primário secundário e terciário<sup>7</sup>.

Além disso, a assistência na rede pública deve ser igualitária, sem preconceitos ou privilégios de qualquer natureza, resguardando um tratamento único, transparente e capaz de preservar a integridade física e moral do usuário.

A participação da população através dos Conselhos e Conferências de Saúde também é de grande importância. Representa maior transparência e funcionalidade das ações, democratizando-as. A descentralização fornece maior autonomia às esferas governamentais, fortalecendo a rede de assistência do SUS. Neste sentido, o Estado deve manter uma estrutura que envolva os recursos advindos de todas as esferas de governos: financeiros, tecnológicos, materiais e humanos. Sabe-se que os serviços em todos os níveis de assistência devem obter resultados de qualidade<sup>7</sup>.

Novos serviços pautados na assistência em comunidade são construídos e buscam desvincular-se das práticas tradicionais, auxiliando o usuário na construção de seus projetos de vida e na busca por um lugar social enquanto cidadão. Dentre estes dispositivos, está o Centro de Atenção Psicossocial<sup>14</sup>.

O primeiro CAPS do Brasil surge em 1987 no município de São Paulo<sup>4</sup>. Oficialmente criados a partir da Portaria GM 224/92, os CAPS integram a rede do Sistema Único de Saúde - SUS e são regulamentados pela Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002<sup>5</sup>. Atualmente, o país tem direcionado suas políticas de saúde mental para serviços como o CAPS, de natureza comunitária e territorializada, totalizando 1541 unidades por todo o território nacional, em 2010<sup>15,16</sup>.

Os CAPS são dispositivos de promoção integral de saúde aos portadores de transtorno mental severo e persistente<sup>15</sup>. Devem articular-se permanentemente à rede de serviços de saúde do território, assim como às demais redes sociais de setores afins, frente à complexidade das demandas de inclusão social de sua clientela. Seu objetivo é prestar atendimento às pessoas com transtornos mentais em sua área de abrangência através de acompanhamento clínico e reinserção social pelo lazer, trabalho e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Diferentes atividades terapêuticas podem ser desenvolvidas além do uso medicamentos e consultas. A atenção prestada aos usuários destes serviços tem sido ponto de constante estudo e discussão, gerando diversos questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada frente às exigências de otimização do cuidado oferecido. O aperfeiçoamento da atenção perpassa pelas condições de trabalho e de saúde das equipes profissionais destes serviços e da articulação destes com os demais dispositivos de saúde existentes no território<sup>9-11</sup>.

Além da importância da equipe técnica do CAPS, o Ministério da Saúde aponta o trabalho de criação de projetos terapêuticos e comunitários pela equipe como uma das variáveis fundamentais para a duração e a permanência dos usuários nos atendimentos dos CAPS<sup>5</sup>. Define um modelo de atenção que privilegia o cuidado básico, a prevenção e a promoção à saúde<sup>18</sup>. Neste sentido, a atenção básica tem papel fundamental. Diz respeito ao primeiro nível de atenção em saúde desenvolvido pelos municípios. Contempla ações estratégicas mínimas necessárias para a atenção apropriada aos problemas de saúde mais frequentes, com qualidade

e suficiência<sup>7</sup>. Caracteriza-se pela diversidade de ações realizadas nos âmbitos individual ou coletivo, destinadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde do paciente assistido. Fundamenta-se no conceito ampliado de saúde, centrado na qualidade de vida dos indivíduos e no meio ambiente. Este novo modelo de atenção busca a integralidade da assistência e fundamenta-se nos princípios do SUS descritos anteriormente. O trabalho na atenção básica é realizado em equipes e está voltado para a resolução dos problemas de saúde mais frequentes e relevantes no território, onde o indivíduo é tomado em sua singularidade e complexidade<sup>19</sup>.

De acordo com os princípios do SUS, a Saúde da Família é a estratégia prioritária para a organização da atenção primária. Ao eleger o núcleo familiar como foco principal das ações, este se tornou o modelo mais adequado, no momento, às necessidades do sistema de saúde brasileiro<sup>18</sup>.

As novas políticas de saúde lançam, como desafio, a inserção da saúde mental nos dispositivos de atenção básica, em especial por intermédio das equipes de saúde da família<sup>11</sup>. Em iniciativa da Organização Mundial de Saúde surge o *Relatório sobre a Saúde no Mundo - Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*, que vem apresentar uma forma distinta de se compreender os transtornos mentais, possibilitando um tratamento diferenciado e de qualidade<sup>1</sup>. O Relatório preconiza algumas recomendações importantes. A primeira delas, diz respeito ao oferecimento do tratamento ao paciente psiquiátrico pela atenção básica. Afirma ser de fundamental importância o manejo e o tratamento de pessoas com transtorno mental nos dispositivos de atenção básica, principalmente pela praticidade do acesso, atenção diferenciada ao paciente e redução de desperdícios referentes a exames desnecessários ou inespecíficos. Para efetivar esta prática, a OMS recomenda que sejam realizados treinamentos com os trabalhadores da saúde através de cursos de atualização e programas de formação que garantam a efetividade das ações<sup>1</sup>.

O propósito final dessas intervenções conjuntas é o atendimento humanizado, comunitário, de qualidade e eficácia às pessoas que sofrem com transtornos mentais. Articular a saúde mental e a atenção básica é fundamental para o desenvolvimento de mudanças profundas na atuação em saúde. A política de saúde mental do Brasil aponta os CAPS como os dispositivos estratégicos responsáveis pela organização da rede de serviços na área. Entretanto, esta não é a única modalidade de serviço em saúde mental. Visto o caráter de interligação das ações, inclui-se a atenção básica, os centros de convivência, as residências terapêuticas e os ambulatórios, dentre outros serviços. Os municípios que não possuem CAPS começam a estruturar o cuidado em saúde mental a partir da atenção básica<sup>7</sup>.

O desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica deve seguir o modelo de redes de cuidado transversal, abarcando outras políticas e serviços de inclusão e acolhimento,

com base territorial. Dentre os princípios fundamentais que norteiam a articulação entre atenção básica e saúde mental estão: a noção de território; a organização da atenção à saúde mental em rede; a intersetorialidade; a reabilitação psicossocial; a interdisciplinaridade; a desinstitucionalização; a promoção da cidadania dos usuários e a construção da autonomia possível de usuários e familiares. O Ministério da Saúde entende ser o Apoio Matricial um passo fundamental para a consolidação das ações<sup>7</sup>.

O Apoio Matricial caracteriza um arranjo organizacional que objetiva proporcionar suporte técnico específico às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde à população. Este é um dispositivo de articulação de estratégias básicas no processo de transformação do cuidado em saúde mental. Representa uma estratégia de gestão na criação desta rede ampliada de cuidados, compondo uma lógica da responsabilidade compartilhada. As equipes precisam incorporar ações compartilhadas em várias instâncias. Os casos precisam ser apontados e discutidos de acordo com as dificuldades das equipes da atenção básica, visando ampliação da prática clínica e estratégias de ação devem ser criadas em conjunto para atingirem maior resolutividade<sup>7</sup>.

Saúde mental e atenção básica precisam criar, conjuntamente, ações que diminuam o preconceito, a medicalização de problemas sociais e individuais rotineiros e a exclusão social do louco, priorizando o uso de recursos da própria comunidade. A construção de espaços para além dos portões do CAPS e das unidades de saúde perpassa por todos os âmbitos da sociedade: escolar, lazer, cultural, entre outros. Privilegiam-se ações coletivas capazes de trabalhar o paciente junto à família, fortalecendo os vínculos e transformando-a em parceira indispensável ao tratamento<sup>7</sup>. Assim, incorporar práticas de saúde mental à atenção básica tornou-se fundamental na atualidade e, para tanto, é fundamental a criação de estratégias institucionais específicas como o apoio matricial.

Diante desta realidade, o presente estudo objetivou a criação de um projeto de intervenção direcionado a um CAPS da Região do Vale do Paraíba Sul Fluminense, RJ, juntamente com os serviços de Atenção Básica em saúde. Esta construção ocorreu a partir do levantamento dos principais problemas enfrentados pelo CAPS na articulação entre os serviços de saúde e suas possíveis causas. Este município não contava com um programa de Matriciamento aos serviços de atenção básica. Dentre as principais consequências deste fato está a falta de integração entre os dispositivos de saúde, dificultando a coesão e a efetividade das ações de saúde mental. Apesar das diretrizes e princípios do SUS, a rede de atenção à doença mental grave deste município veio se constituindo bastante afastada da rede básica de saúde. Isto resultou em uma desarticulação entre as práticas de saúde mental e de saúde geral e em uma assistência deficitária e limitada ao usuário dos serviços. Algumas propostas foram levantadas visando a qualificação da rede de atenção à saúde mental por meio do

desenvolvimento de ações de Matriciamento.

Dentre os objetivos específicos da presente intervenção estão: estabelecer propostas de controle dos fluxos de atendimento em saúde mental; levantar as maiores dificuldades encontradas pelos profissionais e coordenadores de Saúde Mental e Atenção Básica na articulação e integração das ações prestadas; levantar as maiores dificuldades dos profissionais de saúde mental e da atenção básica no atendimento ao paciente com transtorno mental; possibilitar a assistência integral, baseada no enfoque comunitário; proporcionar maior articulação entre os profissionais da Atenção Básica e Serviços de Saúde Mental; desenvolver ações para qualificação profissional e educação permanente; construir projetos terapêuticos singulares e compartilhados em conjunto; implantar protocolos de encaminhamentos para os serviços especializados.

## 2 Material e Métodos

Trata-se de uma pesquisa-ação, na qual o problema estudado é descrito e fundamentado em suas bases teórico-científicas, visando à construção de propostas de intervenção. Tem como finalidade interferir na realidade estudada, buscando modificá-la. Caracteriza-se pela estreita associação existente entre a pesquisa e a resolução de um problema coletivo com envolvimento ativo e cooperativo por parte do pesquisador e dos participantes da realidade estudada. O próprio pesquisador faz parte do ambiente investigado, participando da investigação, implantação, acompanhamento e avaliação dos resultados<sup>20</sup>.

A pesquisa deve ser orientada ao redor da preparação, desenvolvimento e avaliação de uma determinada ação planejada a priori. Enquanto estratégia metodológica da pesquisa social, a pesquisa-ação tem, como aspecto principal, o amplo envolvimento participativo entre pesquisador e os indivíduos investigados, do qual decorrem as prioridades dos problemas a serem estudados e as ações para solucioná-los<sup>20</sup>. Os indivíduos abordados por este estudo foram trabalhadores e coordenadores de saúde mental e atenção básica de um município da Região do Vale do Paraíba Sul Fluminense, RJ.

Os objetivos da investigação decorreram, assim, da situação social apresentada. Todos os atores sociais daquele contexto acompanharão as decisões e ações desenvolvidas. Além disso, a pesquisa-ação tem como objetivo a construção do conhecimento por parte dos pesquisadores e da população estudada. Por meio desta, os problemas e as decisões podem ser estudados de modo dinâmico. Possui um planejamento flexível, pois não obedece a um quadro de regras e fazeres ordenado de forma rígida. Entretanto, se desenvolve em fases que vão do diagnóstico situacional à contemplação e divulgação dos resultados<sup>20</sup>.

O principal objetivo do presente estudo foi ordem prática e diz respeito a uma das especificidades da pesquisa-ação: auxiliar no equacionamento dos problemas centrais, propor alternativas de resolução e auxiliar na execução das propostas

no âmbito do matriciamento em saúde mental. Além disso, também são de suma importância a coleta de informação a respeito da realidade investigada e a conscientização por parte dos indivíduos pertencentes à realidade destes serviços de saúde<sup>20</sup>.

## 2.1 Local de estudo

Trata-se de um município do estado do Rio de Janeiro, com 172.000 habitantes, segundo o Censo 2010<sup>21</sup>. Os serviços que fizeram parte desta intervenção foram: O CAPS, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF). O CAPS estudado é do tipo II e presta atendimento de segunda a sexta-feira, de 07:00 às 17:00 horas. Sua clientela compreende adultos com diagnóstico de psicose e neurose grave. São realizados atendimento de crises, atendimentos individuais, em grupo, oficinas terapêuticas, oficinas produtivas, assembleia de usuários, convivência e visitas domiciliares e hospitalares.

Existiam no município, no ano de 2010, 35 UBS que prestavam atendimento diário, nos cinco dias da semana, de 07:00 às 17:00 horas. A cobertura pela ESF era de 50,2% da população, segundo dados do Datasus, 2011<sup>22</sup>.

Todos estes dispositivos de saúde contavam com equipe multiprofissional composta pelos três graus de escolaridade (fundamental, médio/técnico e superior) e pelas variadas áreas de formação em saúde: auxiliar de enfermagem, técnicos de enfermagem, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros.

## 2.2 Procedimento

Inicialmente foi realizado um levantamento de informações para a identificação de alguns dos principais problemas enfrentados nos serviços e suas possíveis causas. Os dados foram coletados tanto a partir de entrevistas abertas e observações realizadas com alguns dos profissionais e usuários do CAPS, assim como através de consulta aos registros de atendimento, livros de registro de ocorrências do serviço e listas de marcação de consultas e internações psiquiátricas, no ano de 2010. O panorama inicial foi estruturado na forma de um projeto de matriciamento, resultando em uma tabela de ações, tendo em vista os principais objetivos elencados. Para tanto, foi criado um grupo de trabalho composto por 4 profissionais da equipe técnica do CAPS e realizadas reuniões semanais para equacionar e discutir os principais problemas encontrados. Os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo, assim como da confidencialidade das informações.

## 3 Resultados e Discussão

O CAPS estudado iniciou seu funcionamento no ano de 1999 e, em 2010, totalizava 447 pacientes cadastrados. Possuía uma equipe transdisciplinar de psiquiatras, psicólogos, enfermeiro, técnicos de enfermagem, musicoterapeuta e recepcionistas. Contudo, não existiam registros de indicadores

que quantificassem e discriminassem a utilização da rede de atenção básica pelos usuários de saúde mental. Também não havia registro sistemático e regular dos pacientes atendidos pelo CAPS na comunidade.

Dentre os pacientes entrevistados no mês de dezembro de 2010, apenas 13% buscaram atendimento na Atenção Básica de Saúde no referido mês. Ainda neste mês, das 18 internações em hospital psiquiátrico realizadas pelo município, apenas quatro foram encaminhadas pelo serviço de Saúde Mental. As demais foram encaminhadas diretamente pela Atenção Básica. Dos pacientes com frequência regular no CAPS com problemas de diabetes e pressão alta, apenas 5% frequentavam regularmente o atendimento na Atenção Básica. Os demais eram medicados pelo psiquiatra do CAPS ou não faziam uso contínuo de medicação. Dos usuários do CAPS que faziam uso contínuo de medicação e que tinham dificuldade de adesão ao tratamento, não havia registro preciso dos que recebiam sua medicação em casa com o auxílio dos agentes de saúde. Estas informações não eram registradas continuamente e, com isso, não eram realizadas ações estruturadas para a solução destes agravantes.

Outro problema a ser considerado foi a recusa de alguns profissionais da Atenção Básica na realização de visitas domiciliares aos usuários dos serviços de saúde mental, em decorrência do medo de sofrerem agressões. No mês de dezembro de 2010, tomamos conhecimento de três dessas ocorrências de recusa. Ainda naquele mês, foram realizadas apenas quatro visitas domiciliares conjuntas com profissionais do CAPS e da Atenção Básica. Dos 14 casos graves levados para discussão no CAPS, necessitando visita e intervenção junto a Atenção Básica, três foram avaliados e encaminhados. Os oito restantes permaneceram pendentes até o momento desta coleta. Outro problema importante diz respeito à fila de espera para o atendimento psiquiátrico no CAPS. Até o mês de dezembro de 2010 o usuário enfrentava uma fila de espera de dois meses, ou mais, para atendimento.

Diversos fatores podem ser apontados como possíveis propiciadores destes problemas. Um deles é a ausência de registros da utilização dos serviços de saúde básica, provavelmente devido à falta de estruturação da rede de intercâmbio de informações e ações e à ausência de procedimento de registro adequado. Tais ações poderiam ser proporcionadas pelo matriciamento da rede por parte do programa de saúde mental.

Considerando a ação dos serviços de atenção básica, alguns pontos difíceis podem ser destacados: falta de discernimento destes profissionais quanto à presença e gravidade da doença mental dos seus pacientes; recusa no atendimento de alguns casos, visto a premissa adotada por alguns profissionais de que “paciente mental é no CAPS” e encaminhamentos equivocados direcionados ao CAPS, aumentando a fila de espera que leva o paciente a não retornar ao serviço ou a procurar o pronto-socorro. A dificuldade no encaminhamento de casos pela atenção básica ao CAPS

gerava encaminhamentos equivocados e consequente lotação do serviço com casos de baixa complexidade. Isto provocava sobrecarga de trabalho, diluindo a qualidade do atendimento oferecido.

Dentre os problemas relacionados aos recursos humanos da rede de atenção básica, destacou-se a falta de integração e capacitação profissional, propiciando o estigma e a evitação dos doentes mentais e provocando uma assistência deficitária. O fato também era agravado por outros fatores, tais como: sobrecarga de trabalho dos profissionais da saúde mental; desconhecimento da realidade de trabalho por parte de ambas as equipes; dificuldade em avaliar e encaminhar a demanda; e a falta de profissionais de saúde mental nas equipes de atenção básica. O usuário de saúde mental não possuía vínculo de confiança nos serviços de Atenção Básica. Estes delegavam o atendimento ao programa de saúde mental, independente das queixas, por não reconhecerem sua clientela. Além disso, não existia iniciativa de criação de espaços coletivos de discussão, assim como de um tempo

estruturado para realização de encontros entre as equipes de saúde. Problemas como a falta de profissionais disponíveis e de transporte reservado para a realização de visitas domiciliares também foram observados.

Todos estes problemas implicam em consequências sérias: a exclusão dos pacientes da rede de atenção básica, proporcionando estigma e dificultando a reinserção social; a desassistência, agravando os problemas de saúde dos usuários; dificuldades de intervenção na crise e resolutividade reduzida; o aumento de internações psiquiátricas, frequentemente sem necessidade; o aumento da gravidade do transtorno mental e prognóstico desfavorável, onde as crises tornam-se mais fortes e recorrentes.

A Tabela 1 dispõe as ações propostas, assim como os recursos necessários, os produtos a serem alcançados, o prazo de conclusão e os profissionais responsáveis por cada procedimento. Todas as ações propostas visaram atingir os objetivos descritos na introdução deste artigo que, em linhas gerais, caracterizam a otimização dos serviços.

**Tabela 1:** Ações propostas para o início do processo de matriciamento

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Desenvolver um cronograma de reuniões mensais entre CAPS e Atenção Básica	Humanos e materiais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integrar as equipes e promover a discussão de casos, o levantamento de dificuldades e a articulação das ações;</li> <li>Qualificar o atendimento.</li> </ul>	2 meses	Coordenador do CAPS; Coordenador de Saúde Mental municipal
Reuniões mensais com a Atenção Básica	Humanos e Materiais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integrar e capacitar as equipes: promover a discussão de casos, o levantamento de dificuldades e a articulação das ações e recursos, permanentemente. Criar novas formas de atuação e articulação com os demais serviços do município (educação, trabalho, lazer, cultura, esporte);</li> <li>Atendimento equitativo, humanizado e integral à saúde.</li> </ul>	Reuniões constantes	CAPS
Criação de programa de capacitação profissional para Atenção Básica: conteúdo, local, cronograma e profissionais responsáveis	Recursos Humanos, Materiais e Financeiros	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formular, com a participação da rede, um programa de treinamento que aborde a saúde mental como um todo, considerando os principais problemas e necessidades apontados.</li> </ul>	3 meses	Coordenador, Assistente Social, Psiquiatra e Psicólogo do CAPS
Implementação da capacitação para a Atenção Básica	Recursos Humanos, Financeiros e Materiais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adquirir habilidades para compreensão dos casos, triagem das demandas, acolhimento e encaminhamento qualificados;</li> <li>Atendimento equitativo, humanizado e integral à saúde.</li> </ul>	6 meses	Coordenador, Assistente Social, Psiquiatra e Psicólogo do CAPS
Criação de protocolos de atendimento e encaminhamento para serviços básicos e/ou especializados em saúde	Recursos Humanos, Financeiros e Materiais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estabelecer e controlar os fluxos de atendimento em saúde mental.</li> </ul>	2 meses	Coordenação e equipe técnica do CAPS
Implantar os protocolos de encaminhamentos para os serviços básicos e/ou especializados	Recursos Humanos, Financeiros e Materiais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estabelecer e controlar os fluxos de atendimento em saúde mental;</li> <li>Reduzir as filas de espera;</li> <li>Gerar um atendimento eficiente.</li> </ul>	Contínuo	Coordenação e equipe técnica do CAPS

#### 4 Conclusão

O presente trabalho almejou iniciar o processo de matriciamento da rede de atenção básica do município pelo CAPS, através da criação de um projeto de intervenção. As ações propostas foram construídas por um grupo de trabalho composto por profissionais do CAPS, sendo duas psicólogas,

uma assistente social e uma enfermeira. Foram feitas discussões em torno dos principais problemas enfrentados por estes atores. Em seguida, fez-se um levantamento das possíveis intervenções necessárias para o início do processo de matriciamento, conforme apresentado na Tabela 1. As discussões basearam-se no conhecimento adquirido no

cotidiano de trabalho destes profissionais, assim como em artigos científicos na área.

Espera-se que a criação e o desenvolvimento de um plano de intervenção que integre os serviços de saúde mental e atenção básica propiciem uma melhora na assistência aos pacientes acometidos por transtornos mentais. Para tanto, o delineamento utilizado permitiu a articulação entre o saber e a prática, remetendo a uma possibilidade de mudança. Integrar as exigências técnico-científicas com a tomada de consciência por parte dos trabalhadores de saúde seja, talvez, o maior desafio desta intervenção.

Trata-se de um trabalho pioneiro diante a realidade de um município onde a equipe de saúde mental era pequena para uma demanda extensa. Soma-se a isso, a desarticulação e o isolamento desses serviços de saúde, dificultando a criação de uma rede consolidada. Foi proposta uma prática articulada, que exige engajamento de todos os profissionais e gerentes, vista a complexidade das ações, serviços e clientela.

### Referências

- OMS - Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001.
- Lougon M. Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- Morgado A, Lima LA. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. J Bras Psiquiatr 1994;43(1):19-28.
- Delgado PGG. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica. O vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Brasília; 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família. Avaliação da implementação em dez centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília; 2002.
- Bezerra E, Dimenstein M. O CAPS no processo do matriciamento da Saúde Mental na Atenção Básica. Anais do 14º Encontro Nacional da Abrapso; 2007. [acesso em 10 fev 2011]. Disponível em [http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab\\_completo\\_301.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_301.pdf).
- Campos GWS, Domitti, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública 2007;23(2):399-407.
- Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimarães POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Saúde Coletiva 2009;14(1):1483-92.
- Bertolozzi MR. O sistema de saúde brasileiro: em que ponto estamos? Nursing 2003;64(6):27-35.
- Lei no. 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.
- Koda MY. A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: Amarante P. Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p.67-87.
- Miranda L, Campos RTO. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. Rev Saúde Pública 2008;42(5):907-13.
- Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados. 2010. [acesso em 10 fev. 2012]. Disponível em <http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental>.
- Scóz TMX, Felini RM. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. Rev Eletrônica Enferm 2003;5(2):71-7.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília; 2006.
- Brasil. Portaria GM/MS nº 3.925. Aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União; 13 nov. 1998.
- Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez; 1986.
- IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: População por Município. [acesso em 10 fev. 2011]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. 2011. [acesso em 10 fev. 2011]. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.

