

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

Programa de Pós-graduação em Enfermagem UNIRIO

Revista de Pesquisa:
CUIDADO É FUNDAMENTAL Online

ISSN 2175-5361

ESCOLA DE ENFERMAGEM
ALFREDO PINTO
E E A P
UNIRIO

Ministério da Educação

PESQUISA

MATRIX SUPPORT IN MENTAL HEALTH: THE PERCEPTION OF PROFESSIONAL IN TERRITORY

APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: PERCEÇÃO DE PROFISSIONAIS NO TERRITÓRIO

APOYO MATRICIAL EN LA SALUD MENTAL: PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN EL TERRITORIO

Dulcian Medeiros de Azevedo¹, Marianna Cristina Sizenando Maia Gondim², Danielle Souza Silva³

ABSTRACT

Objective: To investigate the perception of health professionals about the articulation between the services of a same territory, from the perspective of care for patients with mental disorders. **Methods:** A descriptive research with qualitative approach, developed in the municipality of Caicó / RN, through interviews with 12 health professionals in April 2011. **Results:** Most subjects were female (75%), and 50% aged between 21 and 29 years. Moreover, 75% reported never having worked in other mental health service. Were created three categories: Matrix support in light of the referral; the medicalization of mental health services and FHS; and academic formation and the work process in health. **Conclusion:** The health services surveyed develop a fragmented and poorly articulated care, and does not recognize the matrix as practice of work process in health. **Descriptors:** Mental Health, Primary Health Care, Family Health Program, Psychiatric Nursing.

RESUMO

Objetivo: Investigar a percepção dos profissionais de saúde acerca da articulação entre os serviços de um mesmo território, na perspectiva do cuidado ao portador de transtorno mental. **Métodos:** Pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, desenvolvida no município de Caicó/RN, sendo entrevistados 12 profissionais de saúde em abril de 2011. **Resultados:** A maioria dos sujeitos era do sexo feminino (75%), e 50% com idade entre 21 e 29 anos. Além disso, 75% afirmaram nunca ter trabalhado em outro serviço de saúde mental. Foram criadas três categorias: Apoio matricial sob a ótica do encaminhamento; A medicalização dos serviços de saúde mental e ESF; e Formação acadêmica e o processo de trabalho em saúde. **Conclusão:** Os serviços de saúde pesquisados desenvolvem um cuidado fragmentado e pouco articulado, além de não reconhecerem o matriciamento como prática do processo de trabalho em saúde. **Descritores:** Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde, Programa Saúde da Família, Enfermagem Psiquiátrica.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la percepción de los profesionales de salud sobre la conexión entre los servicios de un mismo territorio, en la perspectiva del cuidado a pacientes con trastornos mentales. **Métodos:** Estudio descriptivo, de abordaje cualitativo, desarrollado en el municipio de Caicó/RN, donde se entrevistó a 12 profesionales de salud en abril de 2011. **Resultados:** La mayoría de los sujetos eran mujeres (75%), y el 50% con edades entre 21 y 29 años. Además, el 75% reportó nunca haber trabajado en otro servicio de salud mental. Se crearon tres categorías: apoyo matricial bajo la óptica de la referencia; La medicalización de los servicios de salud mental y ESF; y Grado académico y el proceso de trabajo en salud. **Conclusión:** Los servicios de salud encuestados desarrollan un cuidado fragmentado y poco articulado, además no reconocen el matriciamento como práctica del proceso de trabajo en salud. **Descriptor:** Salud Mental, Atención Primaria de Salud, Programa de Salud Familiar, Enfermería Psiquiátrica.

¹Enfermeiro. Professor Assistente II, Curso de Graduação em Enfermagem, Campus Caicó, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). E-mail: dulcianenf@hotmail.com. ² Enfermeira. Egressa do Curso de Graduação em Enfermagem, Campus Caicó (UERN). E-mail: marianna-cristina@hotmail.com. ³ Enfermeira. Ex-bolsista PIBIC/UERN/CNPQ. Egressa do Curso de Graduação em Enfermagem, Campus Caicó (UERN). E-mail: daniellerafson@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica (RP) iniciada no final da década de 1970 no Brasil surge com influência da luta antimanicomial, centrada na defesa dos direitos humanos e no resgate da cidadania das pessoas que carregam a loucura como estigma e rótulo social.¹

Este movimento aponta o processo de desinstitucionalização como a principal ferramenta para desconstrução do hospital psiquiátrico e de todas as práticas nele reforçadas e desenvolvidas, como o isolamento social, o uso de camisa de força e eletrochoque, uso abusivo da farmacoterapia, dentre outros.¹

Propõe-se um novo caminho na atenção à saúde mental, visando, sobretudo a superação do modelo hospitalocêntrico de assistência. Neste sentido, o progressivo descredenciamento dos manicômios acompanhado da criação de serviços substitutivos são estratégias fundamentais para que se consiga alcançar tal propósito. Especialmente, porque estes serviços carregam na sua filosofia de trabalho um tratamento baseado na reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental, considerando sua subjetividade, potencialidades, laços afetivos na família e comunidade.²

Representam serviços substitutivos ao manicômio o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), o Hospital-dia, o Ambulatório de Saúde Mental, a Urgência/Emergência Psiquiátrica, os Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral, o Consultório de Rua, as Comunidades Terapêuticas e as Casas de Acolhimento Transitório.

Considerado a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, o CAPS acolhe e atende às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais

do usuário em seu território. São diferenciados pelo porte, capacidade de atendimento e clientela atendida, sendo organizados no país de acordo com o perfil populacional dos municípios, existindo as modalidades de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (Infantil) e CAPSad (álcool e drogas).^{3,4}

Enquanto um dos cenários desta pesquisa, o CAPS III é um serviço de grande porte e complexidade existente em cidades ou regiões com pelo menos 200 mil habitantes. Funciona ininterruptamente 24 horas diárias, com leitos para acolhimento diário (leito-dia), e uma equipe multiprofissional específica.⁴

Integrando esta rede de serviços ou dispositivos substitutivos, o SRT dar suporte ao fechamento dos manicômios e ao acompanhamento dos usuários egressos, oferecendo moradia àqueles que não contam com um suporte familiar/social ou não possuem autonomia para viverem sozinhos. O serviço tem a finalidade de promover a reinserção social de seus moradores na sociedade, através do convívio na comunidade, usufruindo e participando dos equipamentos e movimentos sociais, na convivência com os demais moradores.⁵

Em conjunto, estes serviços presentes em muitos municípios brasileiros têm procurado trabalhar com base no princípio da desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, no tratamento de casos graves e de crises. No entanto, é válido destacar que existe um considerável contingente de usuários que continua invisível a estes dispositivos.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é de vital importância para identificar esta invisibilidade no sistema, além do acompanhamento *in loco* de usuários do CAPS e moradores do SRT do mesmo território de saúde, corresponsabilizando-se pelo seu processo de reabilitação e enfrentamento dos diversos tipos de sofrimento psíquico.³

Azevedo DM, Gondim MCSM, Silva DS.

A ESF, o CAPS e o SRT constituem uma rede de serviços com grande potencial de articulação/integração, uma vez que trabalham na perspectiva de superação do modelo médico-hegemônico, fundamentado no desafio de tomar a família na sua dimensão histórica e sócio-cultural, na promoção da cidadania, na participação comunitária, dentre outros.⁶

O Apoio Matricial (AM) ou Matriciamento consiste numa das principais ferramentas para a efetivação desta rede de cuidados. Realizado por uma equipe inter e multidisciplinar, oferece um suporte técnico especializado a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, buscando ainda garantir às equipes da ESF maior apoio quanto à responsabilização do processo de assistência, garantindo a integralidade da atenção em todo sistema de saúde.^{7,8} Sua efetivação resulta, sobretudo, na construção de uma rede de cuidados qualificada onde cada especialidade de forma descentralizada traz sua contribuição.

Neste contexto, a equipe de referência é definida como um arranjo organizacional formado por uma equipe interdisciplinar, composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento, responsável por acionar a rede complementar necessária a cada caso. Na saúde mental, estes profissionais, equipes ou serviços farão o apoio matricial.^{8,9}

No Brasil, de acordo com a última atualização dos dados do Ministério da Saúde, existem distribuídos pelo país 1.742 CAPS e 625 SRT, onde no estado do Rio Grande do Norte (RN) existem em funcionamento 36 CAPS e três SRT.¹⁰

O município de Caicó, situado na região Seridó do Rio Grande do Norte, tem passado por mudanças importantes no cenário da saúde mental a partir das recomendações da RP brasileira. O antigo Hospital Psiquiátrico (Casa de Saúde Milton Marinho) foi fechado (2005), e na mesma estrutura física fundado um CAPS III (2009), além da criação

Matrix support in mental...

de um SRT para os usuários egressos/intitucionalizados, ambos inseridos no território de abrangência de uma equipe da ESF. Desta forma, surge uma rede de serviços em potencial, criada com o objetivo de acolher pessoas portadoras de transtornos mentais.

O conhecimento e aproximação com esses serviços proporcionada pelo Componente Curricular Políticas Públicas de Saúde Mental, do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), fez surgir reflexões e questionamentos acerca do conhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre a atuação em rede, como estratégia de articulação entre os serviços de saúde mental e a ESF.

Neste sentido, emergiram as seguintes questões que nortearam a realização desta pesquisa: Existe articulação entre os serviços de saúde mental e ESF? Que fatores dificultam ou facilitam esse processo? Como os profissionais de saúde inseridos nestes serviços percebem essa articulação?

Objetivou-se investigar a percepção dos profissionais de saúde acerca da articulação entre os serviços de um mesmo território, na perspectiva do cuidado ao portador de transtorno mental.

Com isto, pretende-se instigar o debate local, entre academia (estudantes e professores) e serviço de saúde (profissionais, gestão, usuários e familiares), na perspectiva de valorizar e destacar o potencial que esta região possui na formação de uma rede de cuidados em saúde mental própria, historicamente legitimada.

METODOLOGIA

Pesquisa de natureza descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvida no município de Caicó/RN. Os serviços de saúde escolhidos

Azevedo DM, Gondim MCSM, Silva DS.

foram um CAPS III, um SRT e uma equipe da ESF, inseridas no mesmo território de atuação.

O CAPS III atende à aproximadamente 400 usuários de Caicó e cidades circunvizinhas da região, com um suporte de 36 funcionários. O SRT apresenta seis moradores egressos do Hospital Psiquiátrico fechado em 2005, com cinco cuidadores que se revezam diariamente para prestar cuidados diários. A ESF do mesmo território presta assistência à aproximadamente 700 famílias, com uma equipe formada por dez profissionais de saúde.

Fizeram parte do estudo 12 profissionais, quatro de cada serviço, que atenderam ao critério de inclusão: integrar a equipe de saúde há pelo menos três meses, intervalo estipulado como suficiente para possibilitar o conhecimento dos sujeitos quanto ao objeto de estudo em foco. Do CAPS III, foram arrolados um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social e um técnico de enfermagem; da ESF um enfermeiro, um técnico de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde (ACS), e do SRT quatro cuidadores.

A coleta de dados ocorreu no mês de abril de 2011, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP-UERN), Parecer nº 127/10, e o consentimento espontâneo de cada sujeito através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento de pesquisa utilizado foi uma entrevista semi-estruturada composta por duas partes: I- caracterização dos sujeitos; II- roteiro da entrevista; realizada em sala fechada, pertencente às dependências de cada serviço pesquisado.

A interpretação dos dados foi auxiliada pelo programa Software Microsoft Excel, possibilitando a confecção de tabelas, e pela Análise de Conteúdo, compreendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e

R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. jan./mar. 5(1):3311-22

Matrix support in mental...

objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores que permitam a interferência de conhecimento relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.¹¹

Os discursos foram trabalhados através da leitura flutuante, e posterior processo de categorização. Categorizar representa o exercício de agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger todo este conjunto de elementos.¹¹

A identificação dos entrevistados nos discursos foi apresentada pela sigla “E” de Entrevistado, seguido pelas siglas ESF, SRT e CAPS, locais de trabalho dos profissionais, e pela numeração de 1 a 12, representando o total de sujeitos entrevistados. Essa numeração foi dada de forma aleatória, dispensando a sequência das entrevistas e preservação da identidade do profissional, como admite o TCLE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Dos 12 sujeitos que participaram desta pesquisa, 75% eram do sexo feminino e 50% encontravam-se na faixa etária entre 21 e 29 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição absoluta e percentual dos sujeitos segundo o sexo e faixa etária. Caicó-RN, Brasil, 2011.

Caracterização dos Sujeitos									
Sexo				Faixa etária (anos)					
Feminino		Masculino		21 - 29		30 - 39		40- 50	
N	%	N	%	N	%	N	%	Nº	%
9	75	3	25	6	50	4	33	2	17

Fonte: Instrumento de coleta de dados.

Tais dados evidenciam a prevalência feminina no cuidado em saúde, bem como um perfil jovem de trabalhadores da saúde, possivelmente associado a uma formação recente, com influências de conteúdos de ensino ligados à RP.

Azevedo DM, Gondim MCSM, Silva DS.

A Tabela 2 traz a distribuição dos sujeitos quanto ao tempo de trabalho nas instituições pesquisadas, onde 66% referiram fazer parte do serviço há pelo menos três meses, e 75% dos profissionais afirmaram nunca ter trabalhado em outros serviços de saúde mental.

Tabela 2 - Distribuição absoluta e percentual dos sujeitos segundo o tempo de trabalho nos serviços de saúde. Caicó-RN, Brasil, 2011.

Caracterização dos Sujeitos											
Tempo de Trabalho no Serviço Pesquisado						Trabalho passado em serviço de saúde mental					
3 meses - 1 ano		1 - 2 anos		2 - 3 anos		3 anos		Sim		Não	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
8	66	-	-	2	17	2	17	3	25	9	75

Fonte: Instrumento de coleta de dados.

Dos doze sujeitos da pesquisa oito atuavam em serviços de saúde mental (SRT e CAPS), conforme informado na metodologia. Destes, apenas três (SRT) afirmaram ter experiência profissional anterior na área. Isto demonstra um ponto importante de reflexão, pois a entrada destes profissionais exigiria uma capacitação ou treinamento em saúde mental, com foco no modelo psicossocial, antes de ingressarem em serviços que são novos e pouco conhecidos na região.

Inserir profissionais de saúde sem a devida preparação ou experiência no cenário da saúde mental é correr o risco de prejudicar o processo da RP em curso, dificultar a adesão e (re)conhecimento social destes novos dispositivos no meio comunitário. Além do mais, corre-se o risco de implementar o conhecido, o corriqueiro praticado por anos, baseado num processo de trabalho que valoriza o modelo manicomial (vigilância, passividade e punição).

Estes resultados apontam para situações importantes na área da saúde mental, sobretudo relacionada à inexperiência na área da saúde mental, onde a qualificação dos profissionais de saúde mental se torna difícil. Isto pode revelar a falta de iniciativa dos próprios profissionais em

Matrix support in mental...

buscar conhecimentos e práticas que viabilizem o seu atendimento, ficando à margem da RP, não acompanhando as mudanças práticas que o movimento traz.¹²

Dessa forma, os profissionais de saúde mental são desafiados a se adequar a um novo campo de conhecimento, e a (re)constuir novas práticas de saúde, elegendo a saúde mental e os novos serviços de tratamento (substitutivos) como espaços práticos de cuidado, voltados ao processo saúde-doença mental do usuário e de sua família.^{2,13}

Categoria 1- Apoio matricial sob a ótica do encaminhamento

Esta categoria apresenta a percepção/conhecimento dos profissionais pesquisados acerca do apoio matricial em saúde mental existente na rede de serviços de saúde do município pesquisado, e discute algumas consequências acarretadas pela compreensão inadequada deste termo.

O apoio matricial foi compreendido pelos sujeitos como uma alternativa de assistência realizada através do encaminhamento aos serviços de saúde mental, frente a um usuário que procura atendimento, sobretudo, na ESF.

“Eles [médicos] passam o encaminhamento daqui [ESF] pra o CAPS” (E7-ESF).

“Geralmente quando essa demanda chega no PSF ela é imediatamente encaminhada para o CAPS e a equipe do PSF [...] deixa de se responsabilizar por essa demanda” (E4-CAPS).

Percebe-se nos discursos uma confusão no entendimento do termo, uma vez que o matriciamento acaba se resumindo à “transferência de responsabilidade” de serviço para serviço. No âmbito da ESF, isto pode acontecer devido ao despreparo dos profissionais da equipe em lidar com esta demanda, considerando a forte influência do modelo biomédico de saúde, que reforça a necessidade

Azevedo DM, Gondim MCSM, Silva DS.

das especialidades médicas e dos serviços de saúde especializados na resolução destes casos.

Esta situação resulta numa assistência à saúde fragmentada, onde os usuários são repassados de um serviço ao outro, muitas vezes sem uma análise clínica criteriosa, dificultando a construção de vínculo, com foco na doença enquanto objeto de cuidado. A inexistência deste vínculo aponta para um diagnóstico de funcionamento ineficaz da rede de saúde mental.

No entanto, um profissional reconhece a necessidade de uma articulação entre os serviços de saúde mental e a ESF que extrapole a lógica do encaminhamento, para exercer a corresponsabilização.

“A gente sempre faz essa articulação pra que eles [ESF] não só encaminhem, mas também que acompanhem essas pessoas [...] principalmente porque quando os usuários retornam pra casa a equipe que faz maiores visitas, que tem um maior conhecimento daquele território onde o usuário vive, é a equipe da ESF” (E4-CAPS).

Ao entender este mecanismo, um serviço que utiliza uma estratégia de apoio matricial permite que o usuário não deixe de ser responsabilidade da equipe que referencia. A responsabilidade principal pode até ser da referência, mas esta não é a única encarregada pela condução do caso.¹⁴

Autores afirmam que não é viável concentrar esforços somente na rede substitutiva, mas sim entender que o cuidado em saúde mental deve se fazer presente em todos os níveis de assistência, especialmente na atenção básica¹⁵. Portanto, faz-se necessário que a ESF reconheça sua importância enquanto porta de entrada dos serviços públicos de saúde, e apresente resolutividade aos problemas de saúde da população, incluindo a saúde mental.

O matriciamento é um dispositivo que oferece auxílio/apoio à equipe da ESF na melhor condução dos casos de saúde mental, preservando

Matrix support in mental...

sua articulação com o CAPS, e também oferecendo suporte aos moradores do SRT.

Para isto, conceitos de referência e contra-referência, constantemente utilizados no trabalho em saúde, precisam ser compreendidos por todos e diferenciados de matriciamento. Quanto ao entendimento dos primeiros termos, um profissional do CAPS III discorre sobre o que acontece no seu ambiente de trabalho.

“Quando eles [usuários] dão entrada aqui [CAPS III] [...] ao voltar, nós fazemos o serviço de contra-referência. Damos todas as orientações necessárias pra que os familiares cuidem desses pacientes em casa e também comunicamos aos serviços de referência que seriam os PSF's ou ao CAPS, o que foi feito aqui no CAPS III de Caicó” (E4-CAPS).

Diferentemente do exercício da referência e contra-referência, o apoio matricial funciona sob a lógica da co-responsabilização e co-gestão de todos os atores envolvidos na atenção à saúde, permitindo um trabalho realizado de forma coletiva, sem fragmentação da assistência, bem como torna possível o diálogo entre os diversos profissionais de saúde.

Essa corresponsabilização objetiva aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, pois com a resolução máxima de problemas na região, evitam-se encaminhamentos desnecessários, dando continuidade ao cuidado e, fundamentalmente, aumenta o grau de singularização da relação equipe/usuário.¹⁶

Contrapondo-se ao discurso anterior, um profissional da ESF afirma que uma das principais dificuldades na articulação em rede está no déficit de informação sobre os portadores de transtorno mental que retornam à ESF, para que seja dada continuidade ao tratamento. Muitas vezes, os profissionais que os recebem desconhecem seu histórico clínico e tratamento recebidos em outros serviços de saúde, contando apenas com a ajuda da família neste resgate.

Azevedo DM, Gondim MCSM, Silva DS.

“A dificuldade que eu vejo é na continuidade que eu não tenho do serviço deles [CAPS III e SRT], eu tenho muitas vezes uma coisa pontual” (E9-ESF).

A troca de informações entre os serviços deve ser precisa e contínua para que o cuidado não seja prejudicado, e que o processo de responsabilização seja efetivamente concretizado. Para se obter a eficácia que o apoio matricial requer, é necessário contar com uma rede de saúde mental bem articulada, funcionando dentro dos princípios que regem a RP.

Neste contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) para os profissionais que compõem esta rede é apontada como uma forte aliada para a mudança desse quadro, pois visa concretizar um encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se congregam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.¹⁷

Admite-se ainda que as experiências das equipes matriciais de saúde mental estão em processo de formação e o desenvolvimento de suas atividades em construção. Não há dúvida de que a implantação, expansão e qualificação do apoio matricial é um desafio para a gestão da política nacional de saúde mental, e a garantia de acessibilidade à atenção um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁵

Apesar disso, o matriciamento está aos poucos sendo introduzido nos serviços de saúde mental, potencializado pelo aumento considerável de equipes da ESF implantadas. É necessário incorporar essa temática na prática dos serviços de saúde, sendo preciso uma sensibilização dos gestores diante dessa nova demanda, proporcionando aos profissionais envolvidos uma qualificação que potencialize a implantação e desenvolvimento do matriciamento, tendo por base a EPS.

Categoria 2- A medicalização dos serviços de saúde mental e ESF

R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. jan./mar. 5(1):3311-22

Matrix support in mental...

Esta categoria apresenta a problemática da medicalização dos serviços de saúde mental e da ESF no que se refere à assistência prestada aos portadores de transtorno mental, bem como suas consequências e possibilidades de superação dos problemas identificados.

Por muitos anos, o medicamento foi concebido pela psiquiatria clássica como único método de tratamento e “cura”. Recentemente, com o movimento de RP, outras terapêuticas foram inseridas e incorporadas na saúde mental, onde a subjetividade do sujeito em todos os âmbitos passa a ser considerada, e sua reinserção social.

Entretanto, quer seja nos serviços substitutivos de saúde mental, quer seja na ESF, o medicamento parece ainda ser visto pelos profissionais de saúde, e até mesmo pelos usuários, como único recurso necessário. Na realidade dos serviços pesquisados, a assistência aos portadores de transtorno mental tem como base prioritária a prescrição e medicamentos.

“A gente vai lá [no CAPS] quando precisa de alguma coisa, de alguma medicação, de algum atendimento” (E1-SRT).

“É repassado pra gente somente as medicações que é pra ser feita a esses pacientes, a gente fica só medicando” (E5-CAPS).

“Normalmente, sempre quando eles [moradores do SRT e usuários do CAPS] vêm aqui é mais pra pegar remédio, só mais receita pra medicamento” (E7-ESF).

A ideia repassada nos discursos é a de que o cuidado em saúde mental restringe-se à dispensação de medicamentos psicotrópicos. Tal prática dificulta a visão ampliada do problema e de seus determinantes, e resulta numa crença generalizada de que não parece ser possível enfrentar os problemas de saúde, especialmente os de ordem psíquica, sem utilizar o arsenal terapêutico oferecido pelo sistema médico-industrial.¹⁵

Azevedo DM, Gondim MCSM, Silva DS.

No caso da ESF, sabe-se que desde sua criação é proposta uma superação da tradição medicalizante para incentivar a promoção à saúde da população. De certa forma, a introdução dessa estratégia produziu uma saudável tensão paradigmática nesses serviços, apesar de não haver de fato uma reorganização na formação dos profissionais de saúde em escala suficiente, para sustentar esse tipo de reforma cultural.¹⁸

A permanência deste pensamento encobre o importante papel da ESF na rede de saúde mental, principalmente quando se propõe reinserir socialmente os usuários, e diminuir sua dependência aos serviços substitutivos, para tratar outros problemas de saúde neste nível de atenção. Além disso, sua articulação com os equipamentos sociais da comunidade, e o vínculo estabelecido com os moradores, tende a potencializar essas ações.

Ainda que o tratamento medicamentoso tenha sido focado nos discursos, alguns profissionais reconheceram a importância da reabilitação psicossocial dos usuários, ao incentivarem e permitirem que eles interajam no meio social.

“Essa questão de incluir esses pacientes, usuários na sociedade ela tá sendo muito benéfica [...] eles mesmos conseguem uma readaptação que a gente não tem noção. Eu acredito que esse é o caminho mesmo da saúde mental a questão da inclusão” (E9-ESF).

“Eles [moradores do SRT] apesar de terem esses transtornos mentais, evoluíram já um ponto de terem condições de ter uma vida social normal. Agora mesmo um deles está tomando banho pra ir pra aula [...] e eles dizem que o comportamento dele na aula é ótimo [...] já tem essa necessidade de ter o local dele, de voltar pra o seio familiar” (E10-SRT).

Isto demonstra que apesar das dificuldades e até mesmo da incompreensão de alguns preceitos da RP, o trabalho no SRT tem promovido um avanço no que se refere à autonomia e

Matrix support in mental...

interação social dos moradores. No entanto, em outros serviços, é forte a tendência terapêutica de privilegiar a medicalização do doente e da doença mental.¹⁹

Quando eles vêm pra cá eles vem apenas pagar uma receita de medicação controlada, aí agente coloca eles em primeiro lugar por eles serem portadores de deficiência (E8-ESF).

Apesar da RP em curso, alguns profissionais de saúde continuam a perceber o portador de transtorno mental como um “paciente”, incapaz de exercer seus direitos e deveres, mostrando despreparo e desconhecimento para atuar em saúde mental. Mais uma vez, aparece a assistência ao portador de transtorno mental na ESF pesquisada relacionada somente à dispensação de medicamentos psicotrópicos, o que acaba por encobrir o importante papel deste serviço na rede de saúde mental.

Muitas dificuldades encontradas na efetivação do matriciamento, e da articulação requerida entre os serviços de saúde, decorrem do não reconhecimento da ESF como parte integrante da rede de saúde mental no território. Conseqüentemente, o usuário da área de abrangência, seja ele morador do SRT ou não, acaba não sendo percebido como “alvo” desta assistência territorial, uma vez que é acompanhado por serviços especializados ou “exclusivos” para seu atendimento, como o CAPS.

Mediante esta realidade, a ESF mostra-se “impotente” para atender esta demanda, preferindo manter um fluxo de encaminhamentos aos CAPS e renovação de receitas médicas, a incorporar os princípios da RP. É preciso repensar a formação acadêmica em saúde, no que se refere ao ensino de saúde mental, atentando-se para solução de problemas como este que pode ser facilmente reconhecido em outras realidades.

Azevedo DM, Gondim MCSM, Silva DS.

Categoria 3- Formação acadêmica e o processo de trabalho em saúde

Esta última categoria traz uma discussão acerca do despreparo dos profissionais pesquisados na área da saúde mental e suas repercussões na prática clínica, bem como discute as atuais condições de trabalho vivenciadas.

Dentre os diversos obstáculos para a efetivação do SUS, está a qualificação dos profissionais que integram as instituições de saúde. Na saúde mental, muitos profissionais quando inseridos no mercado de trabalho, sentem dificuldades em oferecer uma assistência adequada devido ao pouco preparo nesta área durante a graduação.

“A própria formação não dá esse manejo no cuidado aos transtornos mentais [...] a nossa formação ainda é muito limitada quando se fala em questões de saúde mental [...] geralmente nós só conseguimos aprender quando a gente vem trabalhar. A gente aprende na prática” (E4-CAPS).

Este depoimento remete à necessidade de aprofundamento nas discussões sobre o ensino de saúde mental nos cursos da saúde, abrangendo tanto as políticas públicas relacionadas, como também o manejo clínico. No que se refere especificamente à enfermagem, é fato que a formação ainda há muito que se aproximar do modelo psicossocial requerido pela atual política de saúde mental. Uma vez não recebida esta formação, os enfermeiros tenderão a alimentar no ensino técnico e na prática um ciclo vicioso de transmissão de saberes ultrapassados pelos quais foram formados, que pouco contribuem para o desenvolvimento da RP.²⁰

Associado ao déficit na formação em saúde de forma geral, a falta de capacitações nesta área contribui para que muitos trabalhadores fiquem de “mãos atadas” diante de determinadas situações, como demonstra os discursos a seguir.

“Os PSF, às vezes, não querem assumir a responsabilidade, não porque não queiram cuidar, mas pela falta de

Matrix support in mental...

capacitação que os profissionais das equipes tem no lidar com as questões de saúde mental” (E4-CAPS).

“Falta capacitação dos profissionais pra lidar, pra manejar essa crise [...] às vezes o enfermeiro, o assistente social, o psicólogo não sabe lidar com essa situação de crise” (E2-CAPS).

“A gente tá aqui, vem pra cá, e era muito necessário que fosse passado por um treinamento primeiro [...] a saúde mental é uma coisa muito séria” (E5-CAPS).

As fragilidades levantadas pelos sujeitos se relacionam diretamente às lacunas encontradas na assistência à saúde mental da população e na sua articulação em rede nas outras categorias, realidade muitas vezes atribuída somente aos profissionais de saúde. No entanto, é válido destacar que este encadeamento de situações resulta de fatores muito maiores, problemas inerentes à gestão dos serviços de saúde e do próprio SUS, por exemplo.

“Por que não tem capacitação? Por que a prefeitura não investe nos profissionais que elas efetivam? [...] não adianta somente exigir de cada profissional o porquê [...] não tem comprometimento, se em contrapartida a prefeitura, o governo [...] não oferece meios pra que esses trabalhadores consigam efetivar seu trabalho com qualidade” (E2-CAPS).

Este discurso demonstra a dimensão da problemática dos investimentos em qualificação profissional na área da saúde, evidenciando que a responsabilidade por esta questão é descentralizada e depende de todos que compõe de forma direta ou indireta esses serviços de saúde.

Além disso, a falta de recursos humanos e materiais, de uma estrutura física compatível com a demanda de usuários, não favorecem o processo de articulação entre os serviços, e consequentemente, de uma assistência eficaz.

“É muito difícil trabalhar com a saúde mental, como todo campo da saúde, pela falta de recursos. Então não

Azevedo DM, Gondim MCSM, Silva DS.

adianta apontar aqui quais são as dificuldades, quais são as facilidades se isso vai barrar sempre na falta de recursos” (E2-CAPS).

“A questão da falta de infra-estrutura pra absorver toda uma demanda que talvez seja bem maior que a infra-estrutura [...] é uma das dificuldades” (E10-ESF).

“Dificuldades é o recurso, certo? A gente trabalha com o que tem na mão, às vezes falta médico, transporte, medicação, profissional pra trabalhar [...] deveria ser investido mais na saúde” (E11-ESF).

“Um trabalho muito cansativo, você não tem estrutura [...] não tem possibilidade [...] quer fazer algo, mas não pode” (E1-SRT).

O atual panorama do setor público no Brasil sofre por carências de recursos, situação que se agrava na mesma proporção que se intensificam outros problemas. Na medida em que esses recursos se tornam mais limitados e as desigualdades sociais aumentam, verifica-se uma maior necessidade de cuidado e atenção, tornando-se um desafio produzir qualidade nessas condições, pois os profissionais se encontram em um ambiente diferente daquele que se pode chamar de cenário ideal.²¹

Infelizmente, a parcela da sociedade mais carente e que mais necessita de uma assistência qualificada se depara constantemente com instituições de saúde fora do padrão recomendado, aliado a uma gama de profissionais que muitas vezes trabalham na tentativa de fazer o melhor, sendo impedidos pelas dificuldades.

Uma boa assistência está intrinsecamente vinculada ao preparo do profissional, às condições de trabalho, sejam elas estruturais ou físicas, e ao apoio da gestão na oferta de capacitações/atualizações. É fato que o processo de trabalho em saúde, devido à complexidade das tarefas executadas por si, gera uma sobrecarga aos profissionais. Tudo isso aliado a baixos salários, poucos benefícios, jornada excessiva,

Matrix support in mental...

esforço físico, sobrecarga de atividades, dentre outros, exerce profundo impacto não somente na assistência prestada, mas também na saúde dos mesmos.

Tais problemas não são exclusivos da ESF ou da saúde mental, mas fazem parte do contexto da saúde pública brasileira, exigindo assim a construção de projetos governamentais de maior amplitude. Para isso, é de fundamental importância a participação popular, o controle social e o comprometimento de todos os agentes envolvidos para a consolidação da política nacional da saúde mental, sejam usuários, gestores ou profissionais.^{22,23}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da RP emergiram dispositivos de referência na área da saúde mental capazes de acolher os portadores de transtorno mental de forma humanizada, buscando sua reabilitação social. No entanto, no cenário desta pesquisa identificou-se que a medicalização desses serviços impulsiona os usuários e família a procurá-los, tal fato encobre o real papel destes serviços para a saúde mental.

A pesquisa ainda aponta para o não reconhecimento do matriciamento como metodologia de trabalho, tendo como justificativa a falta de conhecimento da temática por parte dos profissionais. Isto demonstra que o município pesquisado, apesar de ter um conjunto de serviços de saúde mental e a iniciativa primordial do desmonte do hospital psiquiátrico, não conseguiu ainda efetivamente desenvolver a RP e construir uma rede de cuidados em saúde mental.

Por isso, considera-se que os serviços de saúde representados pelo CAPS, SRT e equipe da ESF desenvolvem uma assistência fragmentada e

Azevedo DM, Gondim MCSM, Silva DS.

pouco articulada, elegendo-se o despreparo para atuar na área (formação), a falta de incentivo/apoio da gestão, ausência de infraestrutura adequada, condições de trabalho e capacitação profissional como dificuldades para que a articulação em rede ocorra.

Espera-se que os resultados desta pesquisa subsidiem discussões em torno do cuidado em saúde mental em outras regiões do país, na universidade, na sociedade e gestão pública da saúde, servindo de reflexão/aprendizado para planos de gestão em saúde mental de outros municípios.

Ao mesmo tempo, que outros estudos sejam desenvolvidos no cenário pesquisado, sobretudo no que se refere à gestão dos serviços de saúde e à participação/opinião de usuários e familiares acerca da assistência recebida.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P. Saúde Mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
2. Azevedo DM. Estudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal-RN [dissertação]. Natal. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008. [citado 10 jan 2010]. Disponível em: http://www.pgenf.ufrn.br/arquivos/teses/dissertacao_final_dulcian_pdf_pgenf.pdf.
3. Ministério da Saúde (BR). Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF); 2004.
4. Ministério da Saúde (BR). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília (DF); 2005.
5. Ministério da Saúde (BR). Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília: DF; 2004.
6. Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. Saúde mental no programa saúde da família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. Cad de Saúde Pública. 2009 Set; 25(9):2033-42.
7. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. Ciênc Saúde Colet. 2009 Fev; 14(1):129-38.
8. Arona EC. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. Saúde Soc. 2009; 18(1):26-36.
9. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007 Fev; 23(2):399-407.
10. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde. Saúde Mental em Dados 10. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>.
11. Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2007.
12. Ribeiro LM, Medeiros SM, Albuquerque JS, Fernandes SMBA, et al. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?. Rev Esc Enferm USP. 2010 Jun; 44(2):376-382.
13. Azevedo DM, Silva DS. The nursing staff and new practices in mental health: the residential therapeutic service as background. Rev Enferm UFPE On line [periodic on line] 2010; [citado 05 jan 2010]; 4(1):450-3. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/718/493>.
14. Mielke FB, Olchowsky A. Saúde mental na estratégia saúde da família: a avaliação de apoio matricial. Rev Bras Enferm. 2010 Dez; 63(6):900-7.
15. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial

Azevedo DM, Gondim MCSM, Silva DS.

Matrix support in mental...

em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde Soc.* 2009 Mar; 18(1):63-74.

Aprovado em: 17/10/2012

16. Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimarães POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciênc Saúde Colet.* 2009; 14(1):1483-92.
17. Guimarães EMP, Martin SH, Rabelo FCP. Educação permanente em saúde: reflexões e desafios. *Ciencia y Enferm.* 2010 Ago; 16(2):25-33.
18. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Colet.* 2010; 15(3):3615-24.
19. Büchele F, Laurindo DLP, Borges VF, Coelho EBS. A interface da saúde mental na atenção básica. *Cogitare Enferm.* 2006 Set/Dez; 11(3):226-33.
20. Silva DS, Azevedo DM. A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. *Esc. Anna Nery* 2011 Jul/Set; 15(3):587-94.
21. Lima Junior J, Alchieri JC, Maia EMC. Avaliação das condições de trabalho em hospitais de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 2009 Set; 43(3): 670-76.
22. Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2006 Jul/Ago; 14(4):517-25.
23. Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Rosa N, Zanon T. Caracterização das equipes da saúde da família e de seu processo de trabalho. *Rev Esc Enferm USP* 2010 dez; 44(4):956-61.

Recebido em: 18/04/2012