



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE MENTAL**

**O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO NA REDE DE UM
MUNICÍPIO DA BAHIA**

Salvador

2014.1

LARA RIBEIRO BRAGA

**O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO NA REDE DE UM
MUNICÍPIO DA BAHIA**

Trabalho apresentado ao curso de Pós-graduação em Saúde Mental na atenção básica na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública pré-requisito parcial para a obtenção do grau de especialista.

Orientadora: Alessivania Mota

Salvador
2014.1

O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO NA REDE DE UM MUNICÍPIO DA BAHIA

Lara Ribeiro Braga¹
Alessivania Mota

RESUMO

Este estudo tem como objetivo mostrar o processo de implantação do matriciamento em saúde mental na rede de um município localizado no norte da Bahia. O matriciamento trabalha com duas ou mais equipes em um projeto com objetivo comum, sendo assim o matriciamento em saúde mental necessita da articulação da consolidação das redes assistenciais para acompanhar o sujeito e sua complexidade. Para tanto a construção do matriciamento no município começa quando se percebe as dificuldades de organizar a rede de saúde mental, tais como, resistência da atenção básica trabalhar com pessoas que tem algum tipo de transtorno mental.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica; matriciamento; matriciamento em saúde mental.

THE PLANTING PROCESS MATRICIAL NETWORK IN THE MUNICIPALITY OF BAHIA

ABSTRACT

The aim of this study is, to show the process of matrix based strategies implantation of health illness in a municipality located in North of Bahia. Matrix based strategies work with two or more teams in a project with a common objective. It needs its articulation and consolidation from the monitored network to look after the patient and his complexity. The introduction of the matrix based strategies in the municipality begins when it's difficult to organize a mental health net as resistance from basic attention to work with patients with mental illness.

Key word: psychiatric reform, matrix based strategies, matrix in mental health

¹ Lara Ribeiro Braga

Email: lara_braga@yahoo.com

O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO NA REDE DE UM MUNICÍPIO DA BAHIA

1- ASPECTO HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Os modelos hospitalocêntricos foram substituídos pelos assistenciais quando no Brasil eclodiu a necessidade de um atendimento mais humanizado em um contexto histórico determinado. Para compreender todo esse processo é importante conhecer a história da assistência psiquiátrica até a saúde mental dos dias atuais.

No final de 1970, começam a surgir denúncias de maus tratos a pacientes em hospitais psiquiátricos. Essas denúncias eram feitas por estagiários que trabalhavam nesses hospitais, promovendo um mal estar no governo, e dando início a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), extinta com a criação do SUS em 1990. (DELGADO, 2014)

Em 1978, a mobilização de profissionais pela busca de um tratamento mais digno aos pacientes psiquiátricos tornaram-se mais intensos, resultando no I Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde Mental que foi realizado no ano seguinte em 1979 na cidade de São Paulo. Nesse evento foram discutidos graves problemas do sistema psiquiátrico e foram propostas formas de romper com esse modelo. Também nesse ano aconteceu o III Congresso Mineiro de Psiquiatria com a presença de Franco Basaglia, um importante crítico da psiquiatria, que teve influência na Reforma Psiquiátrica Italiana, possibilitando as discussões sobre psiquiatria, seu papel e função. (DELGADO, 2014)

Foram crescendo as discussões sobre o tratamento as pessoas que tinha algum sofrimento psíquico, buscando melhorar e aprimorar o atendimento para que se tornasse um atendimento mais humanizado, questionando e criticando os conceitos e as práticas desenvolvidas das instituições psiquiátricas. Como afirmou Ministério Público Federal, 2011, que: *“onde antes se via apenas doença, defeito, desrazão e periculosidade na figura do louco, propunha-se uma nova atitude voltada ao debate sobre a cidadania, os direitos humanos e o dever maior de prestar um serviço digno afinal.”*

A partir desses debates começa-se a perceber que nos hospitais psiquiátricos não existiam um atendimento terapêutico efetivo que comessem a debater mais sobre a loucura como uma questão da sociedade assim como para os profissionais de saúde mental passa a ser visto o cidadão em sofrimento e não apenas a doença. Ou seja, é dado o “ponta pé” inicial para construir um atendimento mais humanizado para pessoas com sofrimento psíquico.

Motivados pelas recentes conquistas na área da saúde, em 1987 acontece a II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental onde foi constatado que a situação da assistência psiquiátrica brasileira, a humanização dos hospitais psiquiátricos, não havia dado certo, visto que foi proposta uma relação diferente da sociedade e dos profissionais com a loucura. Nesse mesmo ano é realizado a I Conferência Nacional de Saúde Mental, cujas discussões deram continuidade ao processo da participação popular nos debates. Intensifica-se o movimento da Reforma Psiquiátrica com o seguinte lema: “Por uma sociedade sem manicômio”, ficando indicado lutar contra todas as formas de opressão social. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013)

Nesse mesmo período dá-se início a um processo de intervenção, pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP), a Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico privado, a partir de várias denúncias de mortes e violência contra os pacientes. Foi nesta intervenção, que se falou pela primeira vez, em um serviço substitutivo aos modelos de hospitais psiquiátricos, possibilitando a construção de uma rede de atenção psicossocial. E assim surge o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) que funciona 24 horas por dia, no modelo terapêutico e assistencial integrado, marcando o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011)

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986, foi discutido sobre o direito fundamental das pessoas em ter acesso à saúde, e o Estado teria o dever de proporcionar essa saúde ao cidadão. Desse encontro surge a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) que incorporava esses princípios na Constituição Federal de 1988 sendo regulamentada em 1990 com a Lei Orgânica 8.080/90 e 8142/90. Essas leis propunha um sistema público igualitário e de acesso aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde e garantir a fiscalização do SUS pela sociedade mediante a criação dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde.

No ano de 1990 é assinada a declaração de Caracas considerada um marco na história da saúde mental, tendo como objetivo a substituição do modelo hospitalocêntrico e o fim das violências e a exclusão das pessoas com transtornos mentais.

No III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em Brasília no ano de 2001 foi decretada e sancionada a lei 10.216/01 pelo presidente da época, o Sr. Fernando Henrique Cardoso, conhecida também como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que redireciona o modelo assistencial e garante direitos e proteção das pessoas com transtorno mental, garantindo melhor tratamento do sistema de saúde.

Assim, para todo o país, passa a ser implantada as primeiras normas federativas que regulamentam a implantação de serviços fundados na experiência do primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), objetivando promover a inclusão social, solidariedade e dignidade das pessoas que sofrem algum tipo de transtorno mental.

Com a portaria 336 promulgada no ano de 2002, ficam estabelecidas as modalidades de CAPS: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad II e CAPS II. Essas modalidades tem a mesma função de atendimento, sendo a complexidade definida a depender da abrangência populacional. E atendem ao mesmo público, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes incluindo usuários de álcool e outras drogas em sua área de abrangência. Esses usuários dependendo do grau de severidade da doença tem seu transtorno mental classificados em intensivos, semi-intensivos e não-intensivos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Todas essas modalidades devem funcionar independentes de qualquer estrutura hospitalar com uma equipe de saúde mental próprio. Prevendo a redução de leitos e desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, com a criação dos CAPS, foram criados também programas para aqueles pacientes que haviam muitos anos internados e que romperam os laços afetivos com familiares. Denominados, então, residências terapêuticas. Este programa promove a construção e/ou aquisição moradia para pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos. Essas casas devem estar referenciadas a um Centro de Atenção Psicossocial e a toda rede de saúde mental do território. Outro complemento é o Programa de Volta para Casa que tem o objetivo de contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com histórico de longa internação, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação. Esse programa possibilita e assegura o bem estar da pessoa e estimula a participação quanto aos direitos civis, políticos e de cidadania. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Com o decreto 7.508 do ano de 2011 é estabelecido a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) objetivando ampliar o acesso a atenção psicossocial da população em geral e promover o vínculo das pessoas com transtornos mentais e

usuários de crack, álcool e outras drogas e suas famílias ou responsáveis aos pontos de atenção e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Como afirma o Ministério da Saúde, 2005:

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental.

A rede de atenção à saúde mental para que consiga alcançar seus objetivos traçados pela lei 10.216 e a portaria 336 é preciso articular-se com os diversos serviços existentes no SUS (Sistema Único de Saúde) para garantir à integralidade a assistência à saúde. Essa articulação entre os serviços é chamada de matriciamento.

2- MATRICIAMENTO

O matriciamento é uma estratégia de articulação de rede. Essa rede é constituída de instituições e órgãos existente no território, ou seja, um conjunto de instituições, profissionais, usuários de serviços, grupos comunitários entre outros que se articulam em torno de um objetivo em comum. O trabalho em rede precisa ser flexível para responder as necessidades do sujeito. Esse novo modelo de articulação chamado de matriciamento ou apoio matricial vai trabalhar com projetos comuns considerando as diferenças e as singularidades do sujeito. Sendo assim, matriciamento ou apoio matricial nada mais é, segundo Ministério da Saúde, 2011: “.. *um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.*”

O processo de implantação do apoio matricial estrutura o cuidado entre a saúde mental e a atenção primária chamado de modelo colaborativo. Essa implantação propõe

um trabalho horizontalizado, ou seja, os serviços não deverão se diferenciar quanto ao seu nível de autoridade. Todos os serviços poderão encaminhar e receber casos, assim como compartilhar suas ações de uma forma mais dinâmica com outras equipes nos diferentes níveis assistenciais, substituindo assim o tradicional modelo hierárquico. Este modelo não apresenta bons resultados em suas ações em conjunto, pois sua comunicação ocorre de modo precário, motivo pelo qual faz-se necessário substituir por um modelo horizontalizado cuja comunicação é mais acessível entre os componentes de outros serviços, conseguindo compartilhar propostas de atendimento, co-responsabilização das equipes e construção de um projeto terapêutico singular, facilitando o trabalho com as complexidades, as necessidades, as expectativas, o tempo das respostas aguardadas pelos usuários da rede. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Nesse processo o sistema de saúde se divide em dois tipos de equipes: equipe de referência e a equipe de apoio matricial. A primeira atua com a responsabilidade sanitária e a ampliação de possibilidades de vínculos entre paciente e profissional sendo constituído por uma equipe interdisciplinar. Essa equipe é responsável por acionar outros serviços que complementem as ações necessárias ao atendimento do paciente, chamada equipe de apoio matricial.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

O matriciamento proporciona a troca de conhecimento entre as equipes aumentando as possibilidades de intervenção e ampliando a compreensão obtendoum resultado satisfatório para o caso que estiver em discussão. Para haver essa interação entre as equipes é preciso encontros periódicos para discussão de casos, e construção do projeto terapêutico, com profissionais qualificados que consigam pensar cada caso dentro da sua singularidade sob várias perspectivas teóricas e técnica.(ARONA,2009)

Para o matriciamento acontecer de fato, existem alguns instrumentos desse processo que precisam ser compreendidos pelos profissionais da rede. Esses instrumentos são essenciais para se obter um resultado favorável a todos os serviços ofertados. Entre esses instrumentos estão: projeto terapêutico singular (PTS); interconsultas, consulta conjunta, visita domiciliar conjunta; contato a distância. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Projeto Terapêutico Singular (PTS)

É um recurso da clínica ampliada e da prática de humanização em saúde. Esse projeto é construído através da história do sujeito e seu contexto social, podendo ser envolvidos familiares e a sociedade daquele território. É importante que nas discussões dos casos para obter um projeto adequado os profissionais não devem fazer julgamentos, procurando formular uma hipótese diagnóstica compreendendo a situação como um todo. Não focando somente na demanda orgânico/patológico ampliando a atenção para outras áreas de dimensões do sujeito e assim intensificar o cuidado ao mesmo. Também é importante explicitar na equipe o papel de cada um, delimitando as tarefas de acordo com os profissionais envolvidos, para que o grupo esteja implicado na formulação do projeto terapêutico. Essa equipe precisa se reunir periodicamente para avaliar o andamento do caso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Interconsultas

As interconsultas compreendem uma intervenção que envolve parte ou toda a equipe interdisciplinar para a construção de um modelo de cuidado. Essas intervenções podem ser realizadas através de visitas domiciliares envolvendo a outra equipe e consultas conjuntas além das discussões de caso. A interconsulta tem o objetivo de ampliar e estruturar o projeto terapêutico através da troca de informações dos diversos profissionais de variadas áreas, ocorrendo no campo biopsicossocial. A discussão de caso é o mais comum, permitindo que a troca de informações leve os profissionais a ter uma visão mais ampla do caso e construa uma estratégia em comum. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Consulta Conjunta

As Consultas conjuntas são atendimentos ao sujeito, podendo ter a presença dos familiares, feitas por mais de um profissional de áreas diferentes. Deveram estar

envolvidas pelo menos um profissional de saúde mental e um da atenção primária. Levando em consideração o sigilo que a equipe precisa ter, a presença dos agentes comunitários nessa intervenção precisa ser decidida de acordo com cada caso em particular. Essas consultas vai proporcionar aos profissionais a troca de informações, dúvidas e o apoio entre as partes envolvidas no caso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Visita Domiciliar Conjunta

As visitas domiciliares conjuntas também são compostas por uma equipe interdisciplinar contendo profissionais da saúde mental e da atenção primária, assim como na consulta conjunta. Nesse tipo de intervenção a presença dos agentes comunitários é fundamental, pois ele vai facilitar a aproximação além de trazer mais informação sobre o caso. As discussões do caso deveram ser feitas na unidade de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Contato a distância

O contato a distância pode ser proporcionado por novas tecnologias de informação e comunicação, sendo o telefone a mais simples. Essas tecnologias proporcionam as equipes o aproveitamento de tempo entre os profissionais e a efetividade da atenção a saúde a população. As equipes que optarem por esse tipo de intervenção precisa registrar o trabalho para garantir os direitos dos usuários e dos trabalhadores. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Esses instrumentos irão proporcionar as equipes de referência e de apoio matricial uma maior troca de informações, podendo ampliar os conhecimentos entre os profissionais qualificados e organizar suas ações num objetivo comum sob vários olhares diferentes.

2.1-MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL

Como dito anteriormente o matriciamento é uma estratégia de articulação na construção da assistência em saúde mental na lógica do território. O território na saúde mental ultrapassa a definição de uma área delimitada, e envolve as situações, as pessoas e as relações que podem estar envolvidas em seu processo de saúde/doença. O processo de matriciamento em saúde mental envolve na integralidade equipe de atenção psicossocial e saúde da família (atenção básica) para efetivar a construção de uma rede de cuidados, corresponsabilizando cada equipe para um acompanhamento mais eficaz de usuários com problemas psíquicos.

A saúde mental evidencia a sua complexidade necessitando da articulação da consolidação das redes assistenciais para acompanhar o sujeito e sua complexidade, dispondo ao sujeito um leque de alternativas para o seu tratamento permeando outros serviços que existirem na rede de cuidados. Tentando, portanto, uma conexão dos serviços da rede de cuidados, trabalhando em conjunto e compartilhando conhecimentos deixando assim de ser uma rede fragmentada.

Uma estratégia eficaz para essa troca de conhecimento entre as equipes pode ser feita através da educação permanente em saúde que consiste em colocar a formação em constante análise construindo espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano (SESAB). Dessa forma a utilização da estratégia pode contribuir para a desconstrução do que os profissionais entendem por saúde mental, deixando as equipes mais confiantes do trabalho que pode ser realizado com pessoas que sofrem de transtornos mentais. É importante sinalizar para a equipe de saúde da família que qualquer portador de transtorno mental pode ser acolhido e devem ter seus espaços de cuidados nas unidades. Entretanto, os portadores de transtornos severos e persistentes que precisam de um processo terapêutico e medicamentoso mais intenso sendo de responsabilidade compartilhada dos CAPS, com o seu apoio para a adesão ao tratamento. Sendo assim, o trabalho em conjunto dos profissionais da atenção primária com os profissionais de saúde mental são decisivos para que o cuidado integral conforme proposto pelo SUS funcione. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

As equipes envolvidas podem ainda fazer parcerias com outros órgãos e projetos comunitários existentes no território para desenvolver atividades nas comunidades, procurando entender os sujeitos na sua complexidade. Outra abordagem que deve ser feita

são trabalhos com as famílias que representam um papel importante no processo de tratamento de cada indivíduo, podendo ser feita através de uma escuta para tirar suas dúvidas e preocupações, orientar sobre as prescrições médicas e estabelecer um diálogo claro para facilitar o diagnóstico do usuário. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Portanto, a saúde mental tem um papel importante no processo de matriciamento, pois são os profissionais de saúde mental que podem desmistificar e nortear os profissionais da atenção básica para um trabalho mais eficaz com aqueles que sofrem de um transtorno mental. Tendo também um papel importante de estratégia para a organização da rede.

3- O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA REDE NO MUNICÍPIO DA BAHIA

O município em questão está localizado na região Norte da Bahia, Sertão baiano, a 400 Km da Capital Salvador, possui uma população de 27.000 mil habitantes. Sendo 10.000 na zona urbana e 17.000 na zona rural. Destaca-se nos setores da Pecuária e caprina, cultura sendo referência para a região nordeste.

No que tange a saúde, o município possui um Hospital regional com 24 leitos para internação hospitalar, sendo 1 (um) leito destinado a pacientes psiquiátricos (em processo de implantação), 9 (nove) postos de Saúde (PSF) na zona rural, 2 (dois) na zona urbana, conta com serviços de atendimento Psicossocial (CAPS I) e com o Núcleo de Atenção a Saúde da família – NASF com atendimento multidisciplinar, conta ainda com parceria da Secretária de Desenvolvimento social e combate a Pobreza, constituindo rede com o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS e Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS e com a Secretaria de Educação, com Educação de prevenção a álcool e Drogas e outros transtornos mentais decorrentes na Escola. Com cobertura de 100% pelo PACS (Programa de Agentes Comunitário de Saúde).

O CAPS I foi inaugurado em 2006 e, antes da existência deste, no município toda a demanda de saúde mental era atendida no Hospital Municipal da localidade onde trabalhava na época apenas uma psicóloga e um psiquiatra, dando assim o passo inicial para a construção

do projeto de funcionamento do CAPS I. Atualmente o CAPS está em funcionamento com uma equipe composta por 11 funcionários, sendo eles: 1 médico clínico, 2 psicólogas, 1 assistente social, 1 oficinairo, 1 técnica em enfermagem, 1 atendente de farmácia, 4 auxiliar de serviços gerais.

O principal problema enfrentado pelos profissionais do CAPS é a grande demanda atendida pelos técnicos de saúde mental, pois além da demanda de transtornos graves e persistente são atendidos pacientes com demandas de casos ditos mais leves. Percebendo essa dificuldade houve-se a necessidade de implantação do matriciamento no município, para organizar a rede de saúde mental e diminuir os encaminhamentos ao serviço uma vez que esses não eram específicos do CAPS, podendo a atenção básica dar conta.

A rede de cuidados do município é ampla estando ainda em processo de articulação. Os CAPS sendo um dispositivo para organizar a rede de saúde mental, faz uma articulação com todos os programas contido no município sejam eles da educação, jurídico, social e da saúde, para trabalhar a complexidade do sujeito na sua integralidade. Dentre os programas existentes de saúde e assistência social existente também a participação do Conselho Tutelar, Polícia Militar e Civil, Guardas Municipais, Ministério Público, projetos comunitários e a rede de educação.

O trabalho de matriciamento do município em questão foi iniciado com as equipes dos sete PSF (programa de saúde da família) existente no município, com reuniões para ser discutidos o perfil do usuário de saúde mental, o uso do medicamento controlado e como pode ser feito a parceria entre as unidades básicas de saúde e o CAPS. Nessas reuniões participam enfermeira, médicos, psicólogos, assistente social e técnicas de enfermagem. Esses profissionais discutem sobre suas dificuldades de atendimento a pessoas portadoras de transtorno mental e desmistificam algumas outros conceitos sobre a doença mental. Essas reuniões de construção do saber e da prática de saúde mental acontecem poucas vezes, mas de grande valia a troca de conhecimento.

Inicialmente as equipes envolvidas tiveram dificuldade de aceitar a prática da saúde mental também como uma das atividades da atenção básica, de que o acolhimento dessas pessoas devem ser feito na unidade, já que o acolhimento é dentre outras coisas, além de sua grande dimensão, escutar, aceitar e dar atenção. Essa dificuldade de aceitação vai sendo quebrada quando os profissionais começam compreender que as pessoas portadoras de transtorno mental precisam e devem ter acesso ao cuidado básico de saúde, ou seja precisam ter um espaço de cuidado dentro dessa unidade, para conseguir por exemplo ir ao dentista, fazer um preventivo ou tomar uma medicação injetável. Hoje observa-se que as pessoas que

sofrem de alguma doença mental já conseguem ter acesso ao sistema básico de saúde, o que antes não acontecia no município pois qualquer atendimento teria que ser feito no CAPS. Esse acesso também foi facilitado com a chegada do programa NASF (núcleo de apoio a saúde da família), que começa a dar apoio em saúde mental aos PSF, ainda assim percebe-se que os profissionais se encontram inseguros para fazer o acolhimento, observa-se ainda que estão mais abertos a escutar sobre o que é saúde mental e discutir os procedimentos que podem ser utilizados.

Essa construção do conhecimento e prática de saúde mental está acontecendo também através das capacitações que os profissionais da atenção básica e da atenção especializada estão participando, pois antes existia uma certa dificuldade para tais profissionais participarem, principalmente os agentes comunitários de saúde do município, entendendo que os agentes são a porta de entrada para a rede de saúde, pois são eles que conhecem a história de vida daquele usuário, podendo facilitar o atendimento e contribuir na estratégia de cuidado. Para isso é preciso valorizar e incentivar esses profissionais mostrando a sua importância no cuidado à pessoa com doença mental. Essas capacitações foram realizadas no auditório da paróquia do município com duração de 1 mês abordando temas de álcool e drogas, o funcionamento do CAPS e como identificar esses usuários. Foram marcadas algumas reuniões no CAPS com a equipe de saúde mental para abordar variados temas de saúde mental, mas não houve adesão.

A educação permanente deu-se início com a equipe de profissionais de urgência e emergência e colocaram a necessidade de saber mais sobre o manejo de atendimentos a pessoas portadoras de saúde mental. Essas reuniões acontecem uma vez ao mês no mínimo, abordando vários temas de saúde mental e compartilhando casos. A equipe da SAMU mostrou a necessidade de conhecer mais sobre alguns pacientes, principalmente usuários de álcool e outras drogas, pois começaram a perceber o aumento da demanda desses casos.

As equipes de profissionais de toda a rede do município não se comunicavam entre si, cada um trabalhava isoladamente, como se não precisasse do apoio de outro órgão. Há algum tempo percebe-se uma mudança significativa, os órgãos e programas da rede em questão começam a se comunicar através de ofício ou telefone (o mais comum), mas ainda acontece de um jeito informal pois não é registrado. Já existem formulários na rede de saúde de referência e contra referência, mas não eram utilizadas pelos profissionais. Esse formulário se refere aos encaminhamentos para níveis mais complexos.

Alguns atendimentos já conseguem ser compartilhados pela equipe de saúde mental com os profissionais da atenção básica, educação, conselho tutelar, CREAS e CRAS,

chamadas de interconsultas, cujo já foram feitas reuniões, visitas domiciliares e traçado um plano de intervenção envolvendo todas essas equipes. Como dito anteriormente, o processo de articulação de rede esta sendo construído, então essas primeiras interconsultas estão sendo aprimoradas com a troca de conhecimento e experiência entre os profissionais da rede do município.

No entanto, são identificados vários obstáculos para a implantação do matriciamento em saúde mental no município. Uma delas é a falta de sensibilidade dos profissionais da rede, de entender que a saúde mental é um processo que permeia todas as unidades sendo elas básicas ou especializadas e urgência e emergência. Essa insensibilidade vem da formação do profissional que não trás a saúde mental em temas mais aprofundados deixando o profissional inseguro diante dessa demanda. As condições políticas também tem uma influencia importante na implantação pois as mudanças de equipes constante também dificulta o trabalho, pois os profissionais não conseguem dar seguimentos a seus projetos, ficando na maioria das vezes inacabado.

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reforma psiquiátrica começa através demobilizações dos profissionais em conferências de saúde para a melhoria do tratamento a pessoas que sofrem com algum tipo de transtorno mental. Através dessas conferências consegue-se aprovar leis que propõem a substituição do modelo hospitalocêntrico por um modelo assistencial que excluísse a violência e o preconceito com essas pessoas promovendo um tratamento digno.

No entanto para que essas leis consigam chegar a seus objetivos é preciso que toda a rede de saúde mental se articule com todos os serviços existente no SUS e SUAS para garantir a assistência ao sujeito na complexidade do tratamento. Essa articulação entre saúde mental com todos os serviços proporciona a organização do serviço de saúde mental garantindo o direito de acesso a todas as pessoas.

Varias estratégias são traçadas para que essa articulação aconteça, como o caso da educação permanente e capacitações de profissionais envolvidos. Esse envolvimento dos profissionais vai proporcionar a troca de conhecimento e quebrar a resistência dos

profissionais para o atendimento em saúde mental facilitando a organização da rede e o atendimento em conjunto das equipes observando o sujeito em sua particularidade.

Tendo em vista a importância da implantação de matriciamento em saúde mental para o funcionamento da rede delineando estratégias de articulação é importante ressaltar que as mudanças constantes da equipe de saúde mental interrompem e deixam a desejar a importância do serviço para com toda a sociedade, tendo sempre que recomeçar o trabalho de mobilização e conscientização com outros profissionais.

Portanto, todas essas estratégias precisam de uma boa comunicação entre as equipes e entendimento do serviço para que consigam ter um resultado positivo do acompanhamento ao sujeito. É importante ressaltar que o matriciamento fortalece a rede de saúde mental com a troca de conhecimento entre os profissionais, fazendo com que toda a equipe tenha mais segurança para trabalhar com pacientes que sofrem com algum tipo de transtorno mental. Sendo assim, a implantação do matriciamento no município tem uma importância fundamental de organizar a rede de saúde através do trabalho em conjunto.

5- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ARONA, E. da C. (2009). **Implantação do Matriciamento no Serviço de Saúde de Capivari**. Saúde e Sociedade, p. 26-36.

Brasil (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral e Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de Saúde mental no Brasil**. Documento apresentado na conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

Brasil (2011). Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei N. 10.216/2001**. Brasília, 2011.

Brasil (2013). Conselho Federal de Psicologia. Conselhos Regionais de Psicologia. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília, julho de 2013.

Brasil (2011). Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, 2011.

Brasil (2014). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências de Saúde. Curso de atualização em Álcool e Outras drogas, da Coerção à Coesão. **Atenção psicossocial e cuidado**. Florianópolis, 2014.

Portaria nº 336/GM em 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF. Ministério da Saúde.

Lei nº 8080, 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF. Presidência da República.

Lei nº 10.216, de 24 de abril de 2000. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF. Presidência da República.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. **CAPS: estratégia de produção de cuidados**. Cap. 3. Ed. FioCruz. Rio de Janeiro, 2006.

BERLINCK, T. M; MAGTAZ, C. A; TEIXEIRA, M.A **Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas.** *Rev. latinoam. psicopatol. fund.*2008, vol.11, n.1, p. 21-28.

Gomes, G. V. **Apoio Matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP.** Fevereiro de 2006. P. 1-13. Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas Departamento de Medicina Preventiva e Social. Campinas, 2006.