

14 ANOS DE MATRICIAMENTO EM ARAUCÁRIA - PR – UMA HISTÓRIA QUE DEU CERTO

INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica no Brasil, iniciada na década de 1980, visou transformar a abordagem da saúde mental, abandonando o modelo hospitalocêntrico, que priorizava a internação em instituições psiquiátricas em prol de uma mudança paradigmática propondo um modelo comunitário que enfatiza a inclusão social e o atendimento em liberdade. Provém, assim, a urgência de integrar a Saúde Mental à Atenção Básica, buscando superar o modelo de assistência tradicional, centrado no saber médico com vista a avançar para um modelo de intervenção que priorize a atenção integral e a abordagem territorializada.

Pautados nos conceitos de desinstitucionalização, cuidado comunitário e acolhimento e cuidado integral, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem como parte essencial da reforma psiquiátrica no Brasil, representando uma transformação importante na forma de compreender e abordar a saúde mental no país. O Modelo de Atenção Psicossocial propõe um serviço que vai além do tratamento de crises, promovendo a reabilitação psicossocial e a inclusão social dos pacientes, tendo como base a composição técnica multidisciplinar, onde as equipes são compostas por diversos profissionais de saúde, incluindo psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, que trabalham de forma colaborativa. Humanização do cuidado, redução de internações e integração com a rede de saúde são apenas algumas das contribuições dos CAPS, que tem como desafio a superação dos estigmas referentes aos transtornos mentais, a capacitação de profissionais através da formação continuada e sustentabilidade do serviço, pela escassez de recursos financeiros e humanos.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) utiliza o apoio matricial como uma estratégia para fortalecer o cuidado em rede, com foco no atendimento de usuários com transtornos mentais graves e persistentes, bem como aqueles com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Essa abordagem oferece suporte especializado e assistência técnico-pedagógica à Atenção

Básica. O matriciamento é um modelo de produção de saúde em que uma equipe especializada de saúde mental trabalha em colaboração com os demais dispositivos do sistema de saúde. Juntas, em um processo de construção compartilhada, desenvolvem uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica com o objetivo de ampliar e qualificar as ações nas esferas da saúde pública.

A prática do matriciamento baseia-se em reduzir a fragmentação do cuidado, proporcionando uma resposta mais ágil e eficaz às necessidades dos pacientes e evitando a sobrecarga dos serviços de alta complexidade, produzindo suporte técnico, suporte pedagógico e construção de planos de cuidado integral, considerando diversos aspectos da saúde do paciente e assegurando uma intervenção integrada.

2. Araucária: *“Pura e simples quanto hoje ainda és. Mais desperta pras lutas do mundo”.*

Araucária está situada na região metropolitana de Curitiba, capital do estado do Paraná, com uma população de aproximadamente 150 mil habitantes. Assim como em todo o território nacional, o Município de Araucária enfrenta mudanças na demanda por Saúde Mental, observando um aumento nas listas de espera para o início de abordagens técnicas específicas devido a fatores como: aumento nos atendimentos de casos de Saúde Mental; permanência dos pacientes na comunidade; adesão, mesmo que intermitente, dos pacientes e familiares ao tratamento; e novas tecnologias medicamentosas disponíveis.

Para alinhar-se às Políticas de Saúde Pública e como uma estratégia viável para responder à crescente demanda, o município optou pela implementação do matriciamento. Em 2006, foi realizada em Araucária, uma iniciativa conduzida pelo então Ambulatório de Saúde Mental (ASM), uma vez que o CAPS II não dispunha dos recursos necessários para tal empreendimento. Na época, o ASM identificou o matriciamento como a única solução viável para atender novos usuários em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais, considerando os recursos limitados disponíveis no Município. Após diversas reuniões de planejamento foi realizada a divisão das Unidades Básicas de Saúde

(UBS) a serem visitadas, bem como o agendamento das visitas ao ambulatório, para que os profissionais lotados nas unidades conhecessem a realidade do nosso serviço e ajudassem a desmistificar a saúde mental.

Contudo, a Direção de Saúde da gestão daquela época não deu a devida atenção à importância da iniciativa, deixando a organização das agendas médicas sob a responsabilidade das unidades. Com isso, a adesão dos profissionais aos encontros ficou condicionada à decisão da UBS em definir o formato da atividade para a data, seja reunião com a equipe, discussão de caso, visita domiciliar, entre outros.

Em algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS), foram desenvolvidas atividades produtivas, mas a maioria das unidades não tinha clareza sobre o que era o matriciamento ou o objetivo da nossa presença ali. Em alguns casos, encontramos a equipe local ausente, mesmo com o compromisso agendado previamente. Os encontros realizados no ASM foram, em geral, mais produtivos. No entanto, houve resistência de alguns clínicos, que, por falta de interesse em pacientes com transtornos mentais, viam as atividades como uma "perda de tempo". Outros dois encontros foram feitos em unidades de atenção básica, onde discutimos casos, fizemos visitas domiciliares e promovemos conversas informais sobre psicopatologia e psicofarmacologia. Essa primeira experiência de matriciamento em saúde mental, no entanto, foi interrompida quando os gestores da SMSA anunciaram o fechamento do ambulatório e a transferência dos psiquiatras para o Centro de Especialidades (CEMO).

2.1. 2010...

Avanços

Quatro anos após a primeira experiência, foi decidido investigar os modelos de matriciamento implementados no Brasil. Com base nas Políticas Públicas de Saúde Mental e nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, foi preparada uma apresentação para esclarecer aos colegas clínicos e psicólogos das UBS a importância do matriciamento.

Os principais pontos abordados foram:

- A Reforma Psiquiátrica e suas diretrizes.

- Preceitos do SUS voltados à Saúde Mental.
- O aumento da demanda em Saúde Mental.
- O papel do CAPS II como eixo regulador da Saúde Mental e da rede de serviços do município.
- A impossibilidade de novas contratações para atender à crescente demanda em Saúde Mental.

Analisando o retorno da apresentação, iniciaram-se os primeiros passos para nova tentativa de implantar o matriciamento:

1. Responder à demanda da população, dos clínicos, ESF, gestores e do próprio serviço de Saúde Mental.

2. Apresentar aos gestores o que é Matriciamento para entendimento e organização da agenda de clínicos, de psicólogos e de coordenadores, para notificar as ações e a compreensão do processo, assim como, facilitar a entrada das equipes matriciais as UBS.

3. Destacar as referências das UBS e agendar o Grupo de Primeira Escuta em Saúde Mental (GPESM nas UBS) com a participação da psicóloga e/ou clínico, e/ou enfermeira, e/ou assistente social, e/ou coordenador (a) e montar o prontuário de cada paciente.

4. Constituir a equipe matricial que será referência para aquela UBS: psiquiatra e/ou psicóloga, e/ou assistente social, e/ou enfermeira, e/ou auxiliar de enfermagem que atuem em Saúde Mental.

5. Trabalhar por 12 encontros ao ano; um por mês cada UBS.

6. Retornar no mês seguinte ao Grupo com os pacientes estáveis do CAPSII e ASM que passarão a integrar o grupo constituído na primeira ação na UBS, agora, na presença do clínico, psicóloga e familiares e constituir, assim, a interconsulta em grupo.

7. Anotar em um livro destinado à UBS as escutas, condutas e encaminhamentos, feitos pela equipe matricial, assim como no prontuário da UBS, com intuito de instalar a corresponsabilidade.

8. Com os sucessivos encontros o clínico e a psicóloga apoderar-se-ão das condutas e do cuidado dos pacientes ampliando a autonomia de suas decisões.

9. Consultas, Psicoeducação, Visita Domiciliar serão programada de forma compartilhada até que o psiquiatra passe de interconsulta a consultor à distância.

10. Após os doze primeiros encontros as equipes matriciais se revezarão nas US para que a AB possa absorver estilos habilidades específicas de cada profissional da Saúde Mental.

11. Enquanto psiquiatras e clínicos trocam experiências técnicas, outros profissionais da Saúde Mental trabalharão em corresponsabilidade com seus pares na US. Desta maneira implementar-se-á um serviço em rede incluindo o CRAS – Centro de Referência da Assistência Social e outras áreas.

12. No prazo de um ano e meio todos os profissionais da Saúde Mental e da AB se conhecerão e como efeito haverá:

- Redução da lógica da referência e contrarreferência e implantação da lógica de corresponsabilidade.
- Diminuição do tempo para atendimento do paciente estável ou em crise.
- Decréscimo do mal-estar de todos: técnicos, usuários e gestores no que se refere à Saúde Mental.

2.3. Efeitos do Matriciamento

Os encontros subsequentes com as equipes matriciais constituídas produziram os seguintes efeitos:

- Alegria dos profissionais das equipes matriciais devido às novas possibilidades de trabalho.
- Em seis meses mantiveram-se no território mais de 250 atendimentos compartilhados com clínicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais das UBS.
- Tornou-se notória a mudança de olhar ao paciente psiquiátrico.
- Ampliou-se a compreensão sobre os neuropsicofármacos.

- Quebra de preconceitos aos atendimentos em grupo e entendimento da força do grupo.

O segundo ano de matriciamento se mostrou fundamental para a consolidação de tal prática. A maioria dos profissionais mudou o olhar sobre a Saúde Mental e conseguiram desenvolver modos criativos de abordagens terapêuticas a fim de consolidar a inclusão do portador de transtorno mental na UBS.

Por iniciativa das UBS:

- em resposta à demanda feita por vários pacientes decorrentes do matriciamento, que declararam permanecer em grupos, iniciaram-se grupos semanais que ampliam o campo do cuidado e de forma incipiente germina o espaço de convivência, já que a própria unidade foi buscar interlocução com o CRAS.
- outra UBS respondeu à demanda de dar suporte na queixa de estresse que aumentava a solicitação do clínico e a medicalização. Formaram-se grupos abertos de discussão de possibilidades de lidar com a frustração e seus efeitos.
- também foi criado o grupo de mães (em que mães e filhos participam), com intuito de fortalecer de laços familiares mais saudáveis.
- alguns coordenadores avaliaram as atitudes criativas dentro da equipe, compreenderam que o momento de discussão resulta em acréscimo de mobilidade aos enfrentamentos que cada profissional tem com o portador de transtorno mental, em situação-limite e/ou sofrimento psíquico.
- iniciado matriciamento voltado para a clínica pelas seguintes razões entre outras: unificação de dois serviços com lógicas distintas ASM e CAPS II, por centenas de cidadãos não acessarem o serviço especializado, o temor à prescrição de psicofármacos ou por prescrições inadequadas por colegas não especialistas em SM.

3. E a luta continua...

14 anos após o início do matriciamento em saúde mental no município de Araucária, hoje todas as Unidades são matriciadas, além da Unidade de Pronto Atendimento – UPA e o Hospital Municipal de Araucária. Ainda enfrentamos a necessidade de superação dos estigmas, a falta de capacitação de profissionais e a escassez de recursos financeiros e humanos para com a Saúde Pública, entretanto não há dúvida sobre a importância do matriciamento como estratégia de apoio técnico e pedagógico, como forma de integrar equipes especializadas de saúde mental (como as do CAPS) com as equipes de Atenção Básica, e ferramenta promotora do trabalho conjunto entre os profissionais, ampliando e qualificando a assistência oferecida na rede de atenção à saúde. Matriciar é organizar, potencializar e facilitar a rede assistencial, junto às comunidades. É um trabalho contínuo de construção, elaborado por muitas mãos, uma forma de produzir saúde e novas práticas.

REFERÊNCIAS

Amarante, P. (1995). *Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica*. In: Cadernos de saúde pública, v.11, no 3: p.491-494.

BRASIL Ministério da Saúde. (2004). *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. (2013). *Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Transtornos Mentais na Atenção Primária em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. (2013). *Diretrizes para o funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. (2017). *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde.

Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). *Matriciamento em Saúde Mental: Desafios à Atenção Primária em Saúde no Brasil*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(1), 71-82.

Figueiredo, M. D., & Campos, R. O. (2009). *Experiências de Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Básica: um Estudo sobre a Construção do Apoio Matricial*. *Saúde em Debate*, 33(81), 26-34.

Nunes, M. D., & Jucá, V. J. (2010). *Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família*. Revista Brasileira de Educação Médica, 34(3), 437-444.

Onocko-Campos, R. T., & Furtado, J. P. (2008). *Práticas e Modelos de Cuidado em Saúde Mental e Atenção Básica no Brasil: revisão de literatura*. Revista de Psicologia da UNESP, 7(2), 106-121.

Pitta, A. M. (2011). *Saúde Mental e Atenção Básica: O Matriciamento como Estruturação para a Atenção Integral em Saúde*. Revista de Saúde Pública, 45(3), 344-350.