

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC**  
**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO**  
**BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA**

**DEISE PATRICIO DOS SANTOS DAL POZZO**

**PERCEÇÃO DAS ENFERMEIRAS GERENTES DE UNIDADES DE ATENÇÃO**  
**BÁSICA A SAÚDE FRENTE ÀS DEMANDAS DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE**  
**MENTAL NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA.**

**CRICIÚMA**

**2013**

**DEISE PATRICIO DOS SANTOS DAL POZZO**

**PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS GERENTES DE UNIDADES DE ATENÇÃO  
BÁSICA A SAÚDE FRENTE ÀS DEMANDAS DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE  
MENTAL NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA.**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família para ser enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC com vistas a sua aprovação.

Orientadora: Msc. Graziela Amboni

**CRICIÚMA**

**2013**

**Dedico este trabalho aos profissionais de Atenção Básica a Saúde e Saúde Mental que acreditam e se esforçam para oferecer um atendimento de qualidade, formador de vínculos e promotor de autonomia.**

**Dedico também a minha amiga Gabriela que esteve sempre presente como parceira, dividindo responsabilidades, sonhos, discussões e projetos.  
E finalmente ao meu marido Pércio que conseguiu aliviar as preocupações com seu carinho e bom humor.**

## AGRADECIMENTOS

A Deus sempre.

À minha querida amiga Gabriela pelo auxílio, parceria e dedicação.

À minha tutora Graziela, pelas contribuições, cuidado e carinho durante toda a residência.

À Prof. Josete, coordenadora de atividades da Residência, que esteve carinhosamente presente durante a residência se esforçando para que tudo transcorresse da melhor forma possível.

Ao Programa de Residência Multiprofissional da Unesc, na figura da Prof. Luciane Ceretta, pela oportunidade de aprender muito, concretizar alguns sonhos, e criar novos.

Ao Denilson, coordenador de Saúde Mental de Criciúma, pela abertura constante, pela confiança, e por um grande aprendizado na área de Saúde Mental, como gestão e como profissional de saúde.

Às enfermeiras da Atenção Básica, que se dispuseram a responder o questionário objeto da pesquisa.

Aos outros profissionais da Secretaria de Saúde pelo auxílio e apoio, especialmente à Mariana e Franciele responsáveis pela Atenção Básica e Mônica estagiária do setor.

Aos meus colegas, pessoas muito especiais que fizeram da residência uma experiência ainda mais especial.

À minha mãe pelo apoio e incentivo em todos os momentos.

Ao meu marido Pércio que teve paciência de compreender minha ausência e meu cansaço em alguns momentos, e me auxiliou a me manter nos meus propósitos.

A todos, meus agradecimentos!

*“Pode-se dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com toda a rede de saúde e, sobretudo, com a Atenção Primária à Saúde”. (BRASIL, p.3, 2006)*

## RESUMO

Este trabalho buscou identificar a percepção das enfermeiras gerentes de Unidades de Atenção Básica à Saúde frente às demandas de matriciamento em Saúde mental em Criciúma. Teve como objetivos identificar a conceituação das enfermeiras a respeito do que é atendimento a saúde mental na atenção básica; explorar o que as enfermeiras entendem como demanda de matriciamento; reconhecer quais as principais dúvidas em relação ao atendimento de Saúde Mental; investigar a percepção das enfermeiras quanto ao seu preparo, e o preparo da equipe, para lidar com demandas de Saúde Mental. O método de pesquisa foi o exploratório-descritivo, e abordagem quali-quantitativa, utilizando-se como instrumento de coleta de dados questionários auto-aplicativos e a categorização foi a partir dos objetivos específicos. Os resultados apontaram que, a maioria dos sujeitos tem no máximo 30 anos e são novas na profissão, em saúde pública e com trabalho nas unidades de saúde. Quanto aos atendimentos e atividades relacionadas à saúde mental, estão, os grupos para 26,1% das profissionais, os acolhimentos com 30,9%, a mesma quantidade relatou atendimentos clássicos das unidades (consulta de enfermagem, médica e/ou visita), 47,6% os encaminhamentos. A triagem foi citada em 38% das respostas, sendo esta uma prática que sozinha empobrece a atenção básica. Atendimentos considerados promotores de vínculo foram citados por 32,5% apontando que as profissionais podem estar sensibilizadas em relação a saúde mental, porém ainda não tem claro as funções da equipe neste cenário. Tivemos 28,5% dos enfermeiros que demonstraram fazer relação da intervenção em saúde mental com o transtorno, denotando valorização do diagnóstico, medicação e encaminhamentos, em muitos momentos, em detrimento de outras atividades. Quanto às perguntas e os temas a respeito de Saúde mental, foram citados respectivamente em 54,7% e em 42,8% o manejo dos pacientes, entende-se que isso se justifica pelos estigmas sociais da loucura, já que tem-se ainda, 33,3% com dúvidas na abordagem de crises, e 21,4% citou este tema. Tendo as práticas de saúde mental na atenção básica como uma construção recente, a forma de olhar para o tema está ainda em construção, sendo permeado de questões culturais. Surgiu também a preocupação em como lidar com a família do usuário e em relação aos sinais e sintomas. Além disso, foi solicitado esclarecimento das atribuições de cada nível de atenção. A maior parte das profissionais, 54,76%, se percebeu não preparada para lidar com questões de saúde mental, 33,3% acham que estão. A maior parte, 78,8% percebeu a equipe como não preparada e 19,04% preparada. Concluiu-se que, existe uma angústia das profissionais de fazer algo, no entanto, se veem mais dispostas para uma escuta inicial, acabando por focar no encaminhamento. Para que as equipes se sintam mais seguras e seja possível perceber com o que cada nível de atenção pode contribuir, é necessário um protocolo de Saúde Mental, que oriente a abordagem, atividades, encaminhamentos, levantamento de sinais e sintomas, fluxos, entre outros. É importante a realização de um diagnóstico da situação de saúde mental e uma capacitação dos profissionais.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Atenção Básica. Apoio Matricial

## ABSTRACT

This study aimed to identify nurses managers perceptions of Units Primary Care finding the demands of matricial Mental Health in Criciúma. Having aimed at identifying the conceptualization of the nurses about what is mental health care in primary care; explore what nurses perceive as demand matricial; recognize what the main questions about the care of Mental Health; investigate nurses perceptions about their preparation, and preparation of the team, to handle the demands of Mental Health. The research method was exploratory, descriptive and qualitative-quantitative approach was used as an instrument for data collection applications and questionnaires self-categorization was based on the specific objectives. The results showed that most subjects have a maximum of 30 years and are new to the profession, in public health and working at health facilities. As for visits and activities related to mental health, are 26.1% for groups of professionals, acolhimentos with 30.9%, the same amount reported attendances classic units (nursing consultation, medical and / or visit) 47.6% referrals. The screening was cited in 38% of responses, which is a practice that impoverishes the primary alone. Attendances considered bond promoters were cited by 32.5% indicating that the professionals may be sensitized with regard to mental health, but has no clear team roles in this scenario. We had 28.5% of the nurses who showed respect to the mental health intervention with the disorder, showing appreciation of diagnosis, medication and referrals, many times, to the detriment of other activities. As for the questions and issues regarding mental health, were cited respectively in 54.7% and 42.8% in the management of patients, it is understood that it is justified by the social stigma of madness, as it has become even , 33.3% with doubts in addressing crises, and 21.4% cited this theme. Having mental health practices in primary care as a recent construction, a way of looking at the issue is still under construction, being permeated with cultural issues. Also emerged as a concern in dealing with the user's family and for signs and symptoms. Furthermore, it was requested clarification of the responsibilities of each level of care. Most professionals, 54.76%, was realized not prepared to deal with mental health issues, 33.3% think they are. The majority, 78.8% perceived the team as unprepared and 19.04% prepared. Concluded that there is an anxiety of professionals to do something, however, find themselves further arranged to start a listener, eventually focus on routing. For teams feel safer and be able to understand what each level of care can contribute, we need a protocol of Mental Health, to guide the approach, activities, referrals, raising signs and symptoms, streams, among others. It is important to conduct a diagnosis of the situation and a mental health professional training.

**Keywords:** Mental Health. Primary Care. Matrix Support

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Enfermeiras em UBS com ou sem ESF .....	30
Gráfico 2 - Idade dos Participantes .....	31
Gráfico 3 - Tempo desde a formação em enfermagem .....	31
Gráfico 4 - Inserção na Saúde Pública e nas Unidades .....	32
Gráfico 5 - Atendimento Inicial .....	34
Gráfico 6 - Atendimento Vincular .....	36
Gráfico 7 - Atividades da Unidade relacionadas com Saúde Mental .....	38
Gráfico 8 - Manejo com os Pacientes .....	41
Gráfico 9 - Manejo com os Pacientes em crise .....	43
Gráfico 10 - Percepção das enfermeiras quanto ao preparo para lidar com saúde mental .....	52
Gráfico 11 - se sentem preparadas porque/mas .....	53
Gráfico 12 - não se sentem preparadas porque .....	54
Gráfico 13 - Tempo em que estão formadas X sensação de preparo para lidar com saúde mental .....	55
Gráfico 14 - Percepção das enfermeiras quanto ao preparo da equipe .....	56
Gráfico 15 - Profissionais que se percebem com preparo diferente da equipe .....	56



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
SM	Saúde Mental
AB	Atenção Básica
USF	Unidades Básicas de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
PNH	Política Nacional de Humanização
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
TMC	Transtornos Mentais Comuns
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Plano Terapêutico Singular
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
RAS	Rede de Atenção a Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO / JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>10</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
<b>3.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>12</b>
<b>3.2 Objetivos específicos: .....</b>	<b>12</b>
<b>4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>13</b>
<b>4.1 MUDANÇAS NO MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE.....</b>	<b>13</b>
<b>4.2 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA .....</b>	<b>14</b>
<b>4.3 APOIO MATRICIAL .....</b>	<b>19</b>
<b>4.3.1 APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>20</b>
<b>4.4 NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>22</b>
<b>4.5 APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CRICIUMA ....</b>	<b>24</b>
<b>5 METODOLOGIA .....</b>	<b>28</b>
<b>5.1 Tipo De Pesquisa .....</b>	<b>28</b>
<b>5.2 População/Amostra.....</b>	<b>28</b>
<b>5.3 Processos e Instrumentos para Coleta de Dados .....</b>	<b>29</b>
<b>5.4 Análise dos Dados .....</b>	<b>30</b>
<b>5.5 Aspectos éticos .....</b>	<b>30</b>
<b>6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>31</b>
<b>6.1 CATEGORIA1: Identificação da Amostra .....</b>	<b>31</b>
<b>6.2 CATEGORIA 2: Identificar a conceituação das enfermeiras a respeito do que é atendimento a saúde mental na atenção básica a saúde.....</b>	<b>34</b>
<b>6.3 CATEGORIA 3: Temas e dúvidas a respeito de saúde mental .....</b>	<b>42</b>
<b>6.4 CATEGORIA 4: Percepção do preparo da equipe e do auto-preparo das profissionais para lidar com saúde mental na atenção básica. ....</b>	<b>54</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>64</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE C .....</b>	<b>77</b>
<b>APÊNDICE D .....</b>	<b>79</b>

## 1. INTRODUÇÃO / JUSTIFICATIVA

A escolha do tema surgiu a partir da construção do Projeto de Matriciamento do Município de Criciúma. Este projeto foi elaborado durante os estágios observacionais nos CAPS do município e fruto de sugestões colhidas durante a realização de um encontro entre os residentes da turma 2011, coordenadora das atividades do Programa de Residência Multiprofissional, Tutores, Coordenadores dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e Coordenador de Saúde Mental.

Neste encontro os serviços puderam expor suas necessidades, e foi recomendado as residentes de Psicologia e Enfermagem que construíssem um projeto para implantação do **Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica em Criciúma**.

O Apoio Matricial ou Matriciamento é considerado “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”. (CHIAVERINI et al, 2011, p.13).

Este processo inova o atendimento a saúde na medida em a Atenção Básica deixa de ter como ferramenta para resolução daquilo que pode estar além de sua alçada somente os encaminhamentos, deixa de estar ‘isolada’. A possibilidade de construção conjunta entre duas ou mais equipes muda também à relação entre as equipes, e conseqüentemente a relação destas com os usuários do SUS.

Os sistemas de saúde, de forma tradicional, tendem a se organizar verticalmente, induzindo além da transferência de responsabilidade, a diferença de autoridade entre quem encaminha e quem recebe este encaminhamento. Além disso, a comunicação entre equipes e serviços é fragmentada, quando não precária, acontece geralmente por escrito, em informes, pareceres, referências e raramente contra-referências, tornando a pratica pouco resolutiva. Já o Apoio Matricial propõe atenuar em grande medida estas dificuldades por meio de ações horizontais que integrem estes trabalhadores de saúde em seus saberes em diferentes níveis assistenciais. (CHIAVERINI et al, 2011).

A proposta de implantação do Apoio Matricial elaborada pelas residentes para o município de Criciúma traz como pratica principal as visitas regulares

bimestrais da equipe de saúde mental a todas as Unidades de Atenção Básica à Saúde do município. As visitas têm como objetivo principal a discussão de casos e elaboração de planos de cuidado, ou seja, não pretende instituir a equipe de saúde mental como orientadora do cuidado, mas sim criar espaços em que ambas as equipes possam estabelecer relação de igualdade compondo um plano de cuidado que abarque os saberes das diferentes áreas envolvidas.

Os profissionais que compõem a equipe de saúde mental para apoio matricial no município são, profissionais das Unidades de Referência (Psicólogos, Farmacêuticos, Assistentes Sociais), dos NASFs, do Consultório na Rua, da Residência Multiprofissional e dos CAPS.

As discussões nos encontros de matriciamento devem ser construídas a partir das necessidades dos profissionais que passaram pelo processo de Apoio Matricial e para isso é importante saber quais as angústias e construções atuais a respeito de saúde mental existentes no âmbito da Atenção Básica a Saúde. Ou seja, para construção da relação de apoio é importante o entendimento por parte da equipe matriciadora da visão atual das UBSs a respeito de Saúde Mental.

Surge então a necessidade de um levantamento junto às enfermeiras de sua percepção a respeito da Saúde Mental na Atenção Básica. Estas profissionais foram escolhidas como sujeitos da pesquisa por serem gerentes das Unidades de Saúde e terem a possibilidade de fornecer um recorte bastante fidedigno da situação devido ao cargo que ocupam.

## **2. QUESTÕES NORTEADORAS**

- As enfermeiras percebem, em relação às atividades que realizam, quais podem ser consideradas de saúde mental?
- As enfermeiras apresentam dificuldade de lidar com demandas de saúde mental?
- Como gerentes, as enfermeiras se consideram despreparadas e consideram sua equipe despreparada para lidar com demandas de saúde mental?

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo Geral**

Conhecer a percepção das enfermeiras gerentes de Unidades de Atenção Básica à Saúde frente às demandas de matriciamento em Saúde mental no município de Criciúma.

### **3.2 Objetivos específicos:**

- Entender a conceituação das enfermeiras a respeito do que é atendimento a saúde mental na atenção básica a saúde;
- Explorar o que as enfermeiras entendem como demanda do processo de matriciamento;
- Reconhecer quais as principais dúvidas que as profissionais têm em relação ao atendimento de Saúde Mental na Atenção Básica;
- Investigar a percepção das enfermeiras quanto ao seu preparo para lidar com demandas de Saúde Mental na Atenção Básica;
- Perceber se as gerentes identificam a equipe como capaz de lidar com as demandas de Saúde Mental na Atenção Básica;

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 4.1 MUDANÇAS NO MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE

O SUS traz em seus princípios e diretrizes uma nova visão sobre o processo saúde-doença, já que deixa de entendê-lo como somente físico e passa a considerar condicionantes e determinantes provindos dos fenômenos físicos, psíquicos, socioeconômicos, entre outros, que contribuem para as condições de vida e saúde.

Os movimentos Brasileiros de Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária ocorreram paralelamente e a partir dos mesmos, iniciaram-se muitas mudanças na Saúde Pública e na atenção a Saúde Mental. Mudanças que buscam estar presentes tanto nos *serviços oferecidos* à população atualmente, como na *forma como esses serviços são prestados*.

Tradicionalmente as práticas de saúde têm sido realizadas a partir de um enfoque mecanicista e simplificado de empreender o cuidado, o sujeito é percebido de forma fragmentada, onde cada profissional fica responsável pelo cuidado de uma parte do ser. (ERDMANN, 2007).

O paradigma biomédico de atenção a saúde se esgota em função de novos desafios sociais, políticos e culturais, e da mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas. A criação e efetivação do Sistema Único de Saúde faz com que esse modelo, baseado em práticas curativas, até então hegemônico comece a perder espaço, cedendo lugar para uma assistência a saúde na qual o indivíduo possa ser entendido como sujeito inserido nos mais diferentes contextos e influenciado por suas condições sociais. (MONTENEGRO; PENNA, 2010).

Estas práticas são fruto, entre outros fatores, de uma formação profissional voltada para o enfoque curativo, com intervenções verticalizadas e com organização hierárquica que dificulta profundamente o diálogo entre diversos saberes e a criação de espaços comuns entre os profissionais. A partir disto um dos grandes desafios da política de saúde pública atual é a estruturação e consolidação deste novo modelo tecnoassistencial que substitua o antigo, porém ainda vigente na

maioria das práticas de saúde, modelo individual-assistencialista. (FREIRE; PICHELLI, 2010).

No âmbito da Saúde Mental buscou-se sair da lógica de atenção em hospitais psiquiátricos e os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial – foram eleitos como estratégia principal de atenção aos portadores de sofrimento psíquico grave, já que estes serviços têm por função prestar um atendimento global e voltado à integração social e familiar do usuário. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

É possível perceber a expansão do modelo quando se observa o número de serviços implantados desde sua criação. O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em 1986 (BRASIL, 2004) e atualmente (dezembro de 2012) temos 2145 CAPS espalhados pelo país (BRASIL-CNES, 2013).

E para que a Saúde Mental também fosse incluída na esfera da atenção básica além dos CAPS se expande a estratégia das equipes de apoio matricial dos CAPS e dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), atualmente o Brasil conta com 2046 equipes de NASF. (BRASIL - CNES, 2013).

A inserção da Saúde Mental na Atenção Básica é importantíssima para a re-inserção, ou até inserção, social dos pacientes com sofrimento psíquico.

A percepção de um sujeito multifacetado que é influenciado por seu contexto social de vida passa a ser compreendida pelos profissionais de saúde, além disso, o entendimento de que, a Saúde Mental não é separada da saúde geral do sujeito tem se fortalecido. No entanto, as práticas de cuidado provindas disto ainda são incipientes, busca-se expandir estas visões e assim práticas que advenham disto, com estratégias governamentais e de mudanças na formação dos profissionais.

## **4.2 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Desde as mudanças propostas pela Reforma Sanitária busca-se o atendimento integral aos usuários do SUS, e com a Reforma Psiquiátrica tem-se expandido o entendimento de atenção a saúde mental, ao ponto que a atenção integral ao sujeito atualmente confere de modo indissociável a atenção a sua saúde mental. E uma vez que este sistema vem para transpor atenção a saúde restrita apenas a intervenção curativa e traz a prevenção e promoção de saúde como

pilares de suas práticas, os pacientes com sofrimento psíquico também devem ser contemplados nestas propostas.

A porta de entrada preferencial de todo sistema de saúde e para todos os cidadãos é a atenção básica, seguindo esta lógica a porta de entrada preferencial de pacientes com necessidade de atenção a saúde mental deve ser a atenção básica, sendo estes considerados graves ou não. Do mesmo modo que é esta instância do sistema que se ocupa do acompanhamento longitudinal da comunidade e, que orienta a rede de serviços de atenção à saúde. A saúde mental não pode ser acompanhada somente por um serviço especializado e nem deve ser incluída em uma rede de cuidados paralela.

Quanto à prevalência de atendimentos que podem ser considerados de saúde mental na atenção básica estudos apontam que é alta a frequência de portadores de Transtornos mentais comuns (TMC) na população atendida, a maior parte deles subdiagnosticada.

Os Transtornos Mentais Comuns são situações onde o estado de saúde mental do indivíduo, mesmo apresentando sintomas ansiosos, depressivos ou somatoformes, não preenche os critérios formais para diagnóstico de depressão e/ou ansiedade, segundo as classificações DSM-IV e CID-10. No entanto estes sintomas geram incapacitação funcional comparável ou até pior que quadros crônicos já bem instituídos. (MARAGNO et al, 2006).

No Guia de Matriciamento do Ministério da Saúde temos que cerca de 50% dos pacientes atendidos nas ESFs tem algum transtorno comum e menos grave, em geral apresentando queixas físicas sem nenhuma patologia orgânica associada, mas com quadros de sofrimento emocional. (CHIAVERINI, 2011). Do mesmo modo que outro estudo aponta que do total de pacientes que procuram atendimento primário a saúde 25 a 50% têm transtorno psiquiátrico, e, entre mulheres estudadas em uma unidade de Atenção Básica, 53% apresentaram transtorno depressivo em algum grau. (DANTAS, 2011). Já com a população atendida em outra Unidade Básica, foi encontrado uma prevalência de 43,70% de TMC na população atendida. (MOREIRA, 2011).

Esse quadro clínico, em geral, não faz os pacientes procurarem a assistência necessária, e muitas vezes, quando procuram esta assistência, são subdiagnosticados, podendo, desta forma, não receber o tratamento adequado. No campo da atenção primária, ou da prática médica não-



psiquiátrica, isto se torna ainda mais relevante se levarmos em consideração a presença de comorbidades, que acabam por agravar o prognóstico de ambos os problemas, tanto por piora do quadro clínico principal, quanto por aderência inadequada aos tratamentos propostos. (MARAGNO et al, pag. 1639, 2006).

A atenção básica se destaca como importante eixo para estruturação dos cuidados em saúde e é potencializada e instrumentalizada por meio do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, que mais tarde, em 2006, se torna Estratégia Saúde da Família (ESF), instituída pela Política Nacional da Atenção Básica. A ESF é criada com o objetivo de reorganizar a assistência à saúde apostando em novas práticas, indo além daquelas baseadas na cura e na hospitalização, centrando o cuidado no núcleo familiar e na comunidade. A estratégia aposta no vínculo com a população, sendo assim, parte da adstrição do território, busca o compromisso e a coresponsabilização entre profissionais e comunidade. (MIELKE, COSSETIN e OLSCHOWSKY, 2012).

A partir da portaria 3088, de 2011, que define a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tem-se que esta rede de cuidados é constituída pelos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e Reabilitação Psicossocial.

Tendo a Atenção Básica como um dos pontos da Rede, esta tem como serviço as Unidades Básicas de Saúde que são compostas por uma equipe multiprofissional e são responsáveis, dentro da saúde mental, por desenvolver ações de promoção, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack e outras drogas. Compartilhando as ações, sempre que necessário, com os outros pontos da rede. (BRASIL, 2011).

As equipes de saúde da família são atualmente as principais representantes da Atenção Básica e as mesmas devem ter como objetivo resolver os problemas de saúde pública da comunidade em que estão inseridas. As equipes devem estar atentas e devem se responsabilizar no atendimento e acolhimento, da melhor forma possível, dos sofrimentos vividos por esta população, e dentre os sofrimentos sempre estão aqueles relacionado à saúde mental, tornando

fundamental a integração de ações de Atenção Básica e de Saúde Mental. (AMARANTE et al, 2011).

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença [...]. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. (BRASIL, p.3, 2006).

Tendo Equipes de Saúde da Família como estratégias territoriais de cuidado e focadas na atenção familiar para acompanhamento da saúde, sem a integração efetiva da Atenção Básica com a Saúde Mental não é possível o cuidado eficaz a população. As ESFs tem a possibilidade de fazer a ponte para reinserção do usuário à comunidade e a família.

As equipes de ESF se deparam diariamente com demandas da comunidade em relação a práticas assistenciais que visem a saúde mental. Essa necessidade desemboca em dois pontos; faltam ações programáticas correspondentes previstas nos instrumentos de gestão e planejamento da Atenção Básica e na possibilidade de as demandas serem de origem espontânea, em caráter de urgência ou emergência, sendo necessárias estratégias adequadas. (AMARANTE et al, 2011).

Em pesquisa realizada com uma equipe de ESF em Botucatu-SP foi notável que os profissionais têm mobilizadas em si inúmeras questões e preocupações em relação a atenção a saúde mental, independente de sua procedência funcional na equipe. Tais preocupações tem origem desde a sensação de despreparo para lidar com o sofrimento psíquico, até temores de que sintomas agressivos ocorressem durante as visitas. Quanto a experiência ou formação, para o cuidado em saúde mental, precedente a inserção dos profissionais na equipe, é possível perceber que na maioria dos casos ela não existe, com exceção de momento pontuais relatados pelos profissionais de nível superior, no entanto o trabalho cotidiano revela-se rico em demandas que requerem práticas de atenção a saúde mental. (VECCHIA, MARTINS, 2009).

Em outra pesquisa aplicada com 20 enfermeiros de ESFs em São Gonçalo – RJ mostra estes profissionais não familiarizados com as expressões “sofrimento psíquico” ou “transtorno mental” na ESF, no entanto apontam que realizam varias estratégias de atenção a saúde mental na unidade. Os profissionais,

em sua maioria, não as planejam de modo direto e/ou intencional, mas muitos assumem o papel de acolher, escutar, visitar, articular e ainda relatam a responsabilização pelo cuidado, com os usuários em sofrimento psíquico que estejam em seu território. (AMARANTE et al, 2011).

É possível que os profissionais assumam este papel como forma de prática profissional sem o aporte teórico/prático suficiente que os faça sentir segurança de suas práticas e que possa efetivar o cuidado com a saúde mental na Atenção Básica.

Em Natal-RN dez enfermeiros, de três unidades de ESF relataram não realizar ações voltadas aos portadores de transtorno mental. Apesar de haver uma consciência de que este trabalho é fundamental, as profissionais entrevistadas demonstram como dificuldades a falta de capacitação em relação a saúde mental e a ausência de uma equipe multiprofissional que dê suporte à Unidade. (RIBEIRO, 2010).

A equipe demonstra dificuldade em realizar ações de Saúde Mental na maior parte das vezes por se sentir despreparada, além disso, as equipes têm grandes demandas de trabalho e apesar de estarem conscientes da importância de ações de saúde mental acabam seguindo pelas práticas já conhecidas, não relacionadas a saúde mental, nas quais se sentem seguras por terem mais intimidade com estas. Enquanto isso a Saúde Mental corre o risco de permanecer paralela, sem a devida integração a atenção básica, podendo ficar restrita a prática de encaminhamento para os serviços especializados.

A reforma psiquiátrica visa à substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços de atenção a saúde mental como, CAPS, ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, serviços de saúde mental, centros de convivência e cultura e atendimento em saúde mental na rede de atenção básica a saúde. E para que esta política avance cada vez mais é de suma importância que se fortaleça essa rede, principalmente no que se refere à atenção básica. (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Além das Unidades Básicas de Saúde, dentro da Atenção Básica a portaria 3088 inclui as equipes de atenção básica para populações específicas, onde estão inseridos os Consultórios na Rua. Estes são equipes atuam de forma itinerante, e tem por função ofertar cuidado de saúde para populações em situação

de rua em geral, com transtornos mentais, usuários de crack, álcool ou outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parcerias com equipes de outros pontos de atenção, utilizando, quando necessário, as instalações das Unidades Básicas de Saúde. (BRASIL, 2011).

Somando-se a rede de serviços de saúde, a atenção a saúde mental deve incluir recursos da comunidade, para que de fato exista espaço de inclusão às pessoas com transtornos mentais. (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; DIMENSTEIN et al, 2009). Ou seja, o cuidado as pessoas com necessidades decorrentes de sofrimento psíquico deve incluir recursos disponíveis na comunidade onde esta pessoa vive e convive, como forma de ampliar a possibilidade de efetivação do cuidado e como forma de incluí-la nas estratégias disponíveis a toda comunidade, fortalecendo o território e a (re)inclusão social.

Para que seja possível alcançar resultados efetivos no processo de reabilitação psicossocial dos usuários em sofrimento psíquico, a utilização de recursos da comunidade é fundamental. Com esta inserção o usuário pode se sentir reconhecido pela comunidade e se reconhecer como parte dela, acolhido e incluído. (MIELKE, COSSETIN e OLSCHOWSKY, 2012).

E novamente as Unidades de Atenção Básica tem papel importante, já que as mesmas podem ligar os usuários aos dispositivos comunitários existentes no território. As equipes tem a possibilidade, no acompanhamento longitudinal da comunidade, de perceber atividades, grupos, e possibilidades de inserção social do usuário na comunidade da qual eles fazem parte.

#### **4.3 APOIO MATRICIAL**

A estratégia do Apoio Matricial é uma das que surgem da necessidade de mudança na lógica de entendimento do sujeito e da relação dos profissionais envolvidos no cuidado.

O Apoio Matricial é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde que tem o objetivo de transformar a lógica de interação entre serviços e equipes, e mudar a forma como o paciente é atendido e é proposto o cuidado para com o mesmo.

O Matriciamento surgiu inicialmente, sob o nome de Supervisão Matricial, como parte de uma estratégia de reorganização dos Sistemas de Saúde. Esta supervisão tinha o caráter similar ao que tem o Matriciamento atual, ou seja, sugeriria-se que os serviços contassem com um supervisor que pudesse não fiscalizar ou controlar, mas sim que funcionasse como um agente externo que reúne a equipe para instituir processos de reflexão e de educação permanente. Este supervisor chega a ser denominado apoiador e agenciador de mudanças, que auxilia no enfrentamento de problemas, podendo estes problemas serem de origem técnica, ou de instrumentalização para mudança, sendo que neste caso ele estimularia a capacidade de análise e de participação do grupo na gestão. (CAMPOS, 1998).

Atualmente o Apoio Matricial tem proposto uma equipe como apoiadora e as Unidades de saúde como referência deste apoio, sendo buscada uma relação de suporte para ações.

O objetivo é a retaguarda especializada a equipes e profissionais de saúde. O apoio matricial é uma metodologia de trabalho que complementa os processos hierarquizados, que funcionam por meio de referências contra-referências, protocolos e centros de regulação. A estratégia pretende oferecer o apoio assistencial e suporte técnico-pedagógico, funcionando na lógica da construção compartilhada, inclusive no que se refere as diretrizes que preveem o acionamento do apoio, definindo responsabilidades dos apoiadores e da equipe apoiada. (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O Apoio Matricial não substitui a forma tradicional de encaminhamentos, no entanto esta forma de funcionamento sozinha tende a isolar os serviços, dificulta a comunicação e a criação de laços de coresponsabilidade. A equipe de retaguarda para apoio melhora a comunicação, busca a criação de empatia entre as equipes e facilita o processo de encaminhamentos, quando necessários, aumentando a abrangência de ações possíveis e melhorando a qualidade das mesmas.

#### **4.3.1 APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL**

O Matriciamento em saúde mental é uma estratégia provinda da necessidade tanto das equipes especializadas, quanto das equipes de atenção básica. Já que, com a reforma psiquiátrica estes usuários passam a ter a

possibilidade de serem acompanhados por serviços especializados de ordem territorial, e principalmente pela equipe que atua na comunidade, na Atenção Básica a Saúde.

Como historicamente o cuidado com saúde mental estava reservado a espaços específicos, separados dos cuidados gerais com a saúde, esta atenção precisa ser fortalecida e ampliada. O Apoio surge como estratégia efetiva, pois propõe o cuidado colaborativo, o que especialmente em saúde mental é importante porque promove já de antemão a reinclusão, já que nesta lógica buscar-se incluir no cuidado as estruturas comunitárias disponíveis.

A estratégia de apoio matricial em saúde mental busca manter uma equipe especializada como retaguarda para suporte. Pretende-se com isto abrir espaço para coresponsabilização, tendo como prática o acompanhamento sistemático das UBS/USF, objetivando reconhecer a demanda de saúde mental que chega a atenção básica, conhecer sobre os territórios, famílias e usuários, e ainda propor casos que possam ser de responsabilidade mútua. (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008). O Matriciamento como estratégia de gestão e metodologia de trabalho cria a possibilidade de alcançar efetivamente a prática da clínica ampliada. Seria possível o acompanhamento longitudinal do usuário levando em consideração suas transformações subjetivas, seu cotidiano, podendo assim consolidar-se um cuidado abrangente. (DIMENSTEIN et al, 2009).

A prática da Clínica Ampliada traz como proposta: o compromisso com o sujeito e não somente com os sintomas e doenças; o reconhecimento dos limites dos saberes entendendo que o sujeito é maior que os diagnósticos; a percepção de que a clínica é o encontro entre dois sujeitos, trabalhador de saúde e usuário, co-produtores da relação; a busca do equilíbrio entre danos e benefícios ocasionados pelas práticas de saúde; a aposta em equipes multiprofissionais e transdisciplinares; promoção da relação de co-responsabilidade no processo saúde-doença; defesa dos direitos dos usuários. (BRASIL, 2008).

A Clínica ampliada vai ao encontro da ideia de que o diagnóstico não basta para definir todo o tratamento do sujeito. Tendo o diagnóstico leva a suposição de algo com certa regularidade que se apresenta na repetição, a postura dos profissionais deve ser a partir de uma clínica que avalie o que o usuário apresenta além do que pode ser enquadrado em diagnósticos, o que ele apresenta de singular,

inclusive sinais e sintomas particulares deste sujeito. Abrindo o leque de intervenções além dos tratamentos tradicionais, podendo assim buscar a participação das pessoas envolvidas. (BRASIL, 2007).

O Apoio Matricial proporciona espaços onde é possível a Clínica Ampliada, a gestão do trabalho na lógica do apoio matricial fortalece um relacionamento entre profissionais e profissional-usuário onde é possível a co-responsabilização e co-construção de uma relação que favoreça intervenções de saúde mais efetivas e eficazes.

No âmbito da saúde mental os CAPS são ainda a principal estratégia de reordenação do cuidado e de aplicação de tratamentos que se voltem para uma lógica psicossocial que tem um olhar abrangente do usuário. O papel dos CAPS no Apoio Matricial de saúde mental é fundamental para o funcionamento deste, já que somente com este serviço efetivamente participando do cuidado colaborativo com a atenção básica que se pode ter integração da rede.

A legislação atualmente não traz o CAPS ligado ao apoio matricial, é enfática o falar sobre o NASF, no entanto o CAPS parece ter estar sendo afastado desta relação. Desde o surgimento do NASF, este serviço parece estar protagonizando a maior parte das iniciativas ligadas ao apoio matricial.

A prática do apoio matricial esta de fato intrinsecamente ligada ao NASF, mas o papel dos CAPS neste cenário não pode ser devalorizado.

#### **4.4 NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA**

A saúde da família representa uma nova concepção de promoção da qualidade de vida e de trabalho, estabelece vínculo entre a população e os membros da equipe. Ela compreende a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. (ALMEIDA, 2009).

Visando principalmente fortalecer a inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede de serviços, como porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado de saúde, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, Republicada em 04 de Março de 2008. (BRASIL, 2009).

O NASF é entendido como uma potente estratégia para ampliar a abrangência das ações das ESF, bem como sua resolutividade, uma vez que

promove a criação de espaços para a produção de novos saberes. (BRASIL, 2008). Desta forma, a implantação destas equipes revê a prática de encaminhamento dos usuários, modificando-a já que aumenta o escopo de ações possível na atenção básica com responsabilidade compartilhada e acaba por fortalecer alguns atributos deste nível de atenção especialmente a resolutividade. (ALMEIDA, 2009).

De acordo com BRASIL, 2008:

O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família [...]. Deve estar comprometido, com a promoção de mudanças na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação, ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação.

Constitui-se por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família. (BRASIL, 2009). Os NASFs, vêm ao encontro da necessidade de haver um suporte de uma equipe matricial vinculada às equipes para contribuir na organização da demanda e ao mesmo tempo, interagir com a população na busca de uma nova compreensão do processo saúde – doença. (ALMEIDA, 2009).

Tratando-se de um novo aporte organizacional nos arranjos das equipes de saúde da família, a estruturação matricial poderá contribuir tanto para compreensão ampliada do conceito de saúde dentro das ESF, quanto para melhorias na qualidade da atenção prestada aos usuários do SUS. (ALMEIDA, 2009). Assim, a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família criam espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo desta forma, um processo de aprendizado coletivo.

A portaria 3088 (2011) que define a Rede de Atenção Psicossocial, faz referência aos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, referindo que os mesmos devem atuar de maneira integrada, apoiando as Equipes de Saúde da Família e as Equipes de Atenção Básica para populações específicas. Estes núcleos devem atuar no apoio matricial e quando necessário no cuidado compartilhado junto as equipes, incluindo nestas ações o suporte ao manejo de situações que envolvam o sofrimento psíquico, e problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.



No Caderno para Atenção Básica que aborda as Diretrizes do NASF, cita que as equipes de saúde da família precisam estar trabalhando próximas aos profissionais e serviços de saúde mental, tendo o apoio dos mesmos. Este trabalho de forma integrada tem a capacidade de potencializar o cuidado e facilitar uma abordagem integral do sujeito. Para o melhor manejo da saúde mental as equipes devem realizar um trabalho compartilhado de por meio do apoio matricial em saúde mental pelos profissionais do NASF. (BRASIL, 2010)

No relatório de gestão da saúde mental no período de 2007-2010 considera a portaria 154 de 2008 como um dos principais avanços para inclusão da saúde mental na Atenção Básica. A portaria recomenda a inclusão de profissionais de saúde mental nos NASFs, já que o relatório considera este dispositivo como de alta potencialidade para garantir a articulação entre SM e AB, ainda que considere que sua implantação deva ser melhor monitorada. (BRASIL, 2011)

É de fundamental importância a inserção dos profissionais de Saúde Mental nos Núcleos já que estes podem trazer a discussão a respeito do assunto sendo promotores da atenção a saúde mental na atenção básica.

Entende-se que a saúde mental não pode estar restrita a profissionais específicos, no entanto, quando se fala de inserção de práticas desta natureza no contexto da atenção básica cabe a estes profissionais fortalecer as discussões e tornar o tema mais presente na visão dos profissionais em relação aos usuários.

O psicólogo, dentre os profissionais de saúde mental, tem papel importante neste cenário, já que por formação tende a articular as visões e procura respeitar os diversos saberes. Além disso, este profissional busca o entendimento contextualizado do usuário, indo além dos diagnósticos e buscando a promoção de autonomia do sujeito.

#### **4.5 APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CRICIUMA**

Criciúma é a maior cidade do extremo sul Catarinense e têm atualmente, segundo dados do IBGE, 192 mil habitantes. A cidade é polo do extremo sul, servindo como referência para toda região inclusive em relação aos atendimentos de saúde.

O Apoio Matricial em Saúde Mental no Município de Criciúma surgiu da necessidade dos profissionais dos CAPS e dos Psicólogos das Regionais de estarem mais próximos das unidades. O apoio matricial já era realizado pelas equipes de NASF, no entanto sentiu-se a necessidade que os profissionais de saúde mental dos serviços especializados e dos psicólogos, trabalhadores das regionais, que fazem atendimentos ambulatoriais, também pudessem fortalecer o vínculo e, trazer as discussões de saúde mental mais presentes às Unidades de Atenção Básica.

A rede municipal de Atenção Psicossocial de Criciúma atualmente conta com quatro Centros de Atenção Psicossocial, CAPSII, CAPSII-ad, CAPSi e CAPSIII, onde existe em atividade cinco leitos para acolhimento noturno. Além dos CAPS Criciúma dispõe de uma equipe de Consultório na Rua (com uma psicóloga, uma enfermeira, um a téc. de enfermagem, e quatro Agentes Redutores de Danos), três Núcleos de Apoio a Saúde da Família (compostos cada um por um fisioterapeuta, um psicólogo, um profissional de educação física, um nutricionista e um farmacêutico). O município é dividido em cinco regionais de saúde (Rio Maina, Próspera, Santa Luzia, Boa Vista e Centro), cada uma delas com uma Unidade Regional de Saúde. Estas Unidades Regionais são, Policlínica do Rio Maina, duas unidades ambulatoriais com especialidades uma na Santa Luzia e outra no Centro, duas unidades ambulatoriais com atendimento 24h uma na Boa Vista e outra na Próspera, e em cada uma delas trabalham dois ou três psicólogos. Os serviços e profissionais citados participaram do processo de Apoio Matricial para saúde mental.

Além destes, a rede conta com psiquiatras 2 psiquiatras, serviços do sistema social, alguns serviços de saúde mental prestado por ONGs (SOMAR - serviço de articulação social), um hospital psiquiátrico particular (atualmente esta em processo de discussão para descredenciamento do SUS) e um residencial terapêutico, no momento em processo de implantação, para desinstitucionalização de egressos moradores deste hospital.

Atualmente para Atenção Básica em Criciúma conta com 49 unidades, sendo 35 com ESF e 14 UBS (contando com as Unidades Regionais de Saúde, que prestam cuidados de Atenção básica à comunidade da região).

O Processo de implantação do Apoio Matricial em saúde mental Iniciou com a realização de encontros com os coordenadores dos CAPS do município a fim

de identificar os pontos negativos e positivos percebidos na realização de matriciamentos anteriores. Após estas reuniões foi elaborado um pré-projeto onde as dificuldades elencadas serviram como base para um projeto prevenindo tais problemas, tornando o processo mais efetivo possível.

O pré-projeto foi apresentado às coordenações envolvidas. Foram realizadas reuniões com os **Coordenadores da Saúde mental, da Atenção Básica e das Especialidades**. Nestas reuniões os profissionais reavaliaram o projeto a fim de adaptá-lo para as possibilidades do município.

Foi realizado um mapeamento das Unidades de Saúde do município e estas são divididas entre aquelas que possuem Estratégia Saúde da Família (ESF) e as UBSs tradicionais. As unidades com ESF devem parar uma vez por semana, por duas horas, para reunião de equipe. Atualmente estas reuniões acontecem sempre nas terças, pela manhã (10:00 às 12:00) ou à tarde (13:00 às 15:00), a critério da unidade. Sendo assim, A partir desta organização das ESFs as **reuniões de apoio matricial acontecem nas terças**, manhã ou tarde, para que toda a equipe da Unidade possa estar presente.

Nas UBSs e Unidades de Referência regionais foi solicitado que reunissem o máximo possível de membros da equipe e **foi agendada** com antecedência uma reunião com estes participantes também preferencialmente nas terças.

Após este momento inicial o projeto foi apresentado a todos os profissionais da equipe de saúde mental (CAPS, NASF, Consultório na Rua, Psicólogos das regionais) e Residentes da segunda turma da Residência Multiprofissional, durante o encontro mensal – **Café com Ideias**. O projeto foi levado à discussão com estes profissionais em busca de sugestões e melhorias.

Neste e em mais dois encontros foi realizada uma capacitação/sensibilização destes profissionais a respeito do apoio matricial já que a equipe percebeu a necessidade de aprofundar o assunto. Foram realizados exercícios práticos de discussões de caso e expostas às dúvidas que cada serviço tem em relação a outras equipes, como forma de afinar os discursos o máximo possível, tornando o processo efetivo.

Para que todos os profissionais participem do processo de apoio matricial ativamente e percebam a importância destas atividades foi realizada uma

sensibilização/capacitação com as enfermeiras gerentes das unidades e profissionais das unidades de referências: assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas e psicólogos.

Os encontros com as enfermeiras gerentes foram realizados separando-as por regional de saúde, e tendo como função explicar o projeto de matriciamento elaborado para o município e a forma como o apoio matricial acontece. Posteriormente quando iniciaram as visitas de matriciamento no primeiro encontro foi trabalhado com cada equipe os mesmos temas.

As visitas de matriciamento acontecem **bimestralmente em cada unidade** tendo os profissionais das regionais (Unidades de Referência, NASF, Residência Multiprofissional) apoiando a sua regional de origem, enquanto os profissionais dos CAPS e do Consultório na Rua trocam de regional em ciclos de dois meses.

Como estratégia de educação permanente e avaliação das visitas de matriciamento, pretende-se que se realizem encontros a cada final de ciclo – bimestralmente – com os profissionais apoiadores matriciais.

O processo de matriciamento é organizado por meio de um cronograma (Apêndice A), onde constam as datas de matriciamento de cada regional, os profissionais envolvidos e, o CAPS participante, além das unidades que pertencem a esta regional e o horário de suas reuniões.

Utilizou-se como material de apoio um instrumento elaborado a partir do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Apêndice B), elaborado para cada caso, tendo o planejamento das ações, responsáveis, prazos para efetivação e a forma de confirmação dos resultados. A utilização do instrumento tem como objetivo organizar as visitas e os encaminhamentos surgidos durante as mesmas. Os casos discutidos poderão ser apresentados tanto pelas equipes de referência, quanto pela equipe de apoio matricial.

O Apoio Matricial neste projeto tem por função, ao menos inicialmente, a **discussão de casos**, objetivando a criação de **vínculos** entre as equipes, o mapeamento dos “furos” na rede assistencial e a efetiva **coresponsabilização**, já que os planos de cuidado serão elaborados compartilhadamente.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo De Pesquisa**

A pesquisa caracteriza-se por ser um estudo observacional transversal, de abordagem quali-quantitativa. Observou-se a necessidade de recorrer a estas duas metodologias distintas para que fosse possível analisar com maior profundidade tanto os aspectos objetivos, quanto subjetivos. Esta pesquisa pretende perceber o entendimento das enfermeiras gerentes em relação ao atendimento de saúde mental na atenção básica e as necessidades de apoio matricial a respeito do tema.

O método quantitativo tem por objetivo quantificar os dados coletados utilizando-se da linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno. Este método busca fazer relações entre variáveis, incidências, prevalências, bem como de outros elementos. (TEIXEIRA, 2005)

Já pesquisar qualitativamente é utilizar os dados extraídos para entender o contexto particular das interações, tem por finalidade a apreensão do fenômeno partindo dos atores envolvidos, buscando entender as interações destes em seus processos sociais. (RAUEN, 2002)

Será utilizado, como instrumento de pesquisa, um questionário com questões fechadas e abertas. As questões fechadas serão realizadas em busca de delimitar alguns resultados e obter maior precisão, enquanto que as questões abertas buscam análise qualitativa do tema.

### **5.2 População/Amostra**

A amostra da pesquisa será composta por 100% das enfermeiras gerentes de Unidades de Atenção Básica à Saúde, pertencentes ao quadro de funcionários da secretaria de saúde e que se encaixarem nos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Atualmente o grupo apresenta um número de 48 enfermeiras.

#### **Critério de inclusão:**

- Ser Enfermeira(o)

- Estar trabalhando atualmente como gerentes de Unidade de Atenção Básica à Saúde no município de Criciúma, nas ESFs, Unidades Básicas e Regionais de Saúde;
- Trabalhadores de ambos os sexos;
- Independente da Idade;
- Que compareçam na reunião na qual será discutido o projeto de apoio matricial;
- Estar consciente, orientado e ser capaz de preencher o questionário;
- Aceitar assinar o termo de livre consentimento esclarecido.

**Crterios de exclusão:**

- Aqueles que não se encaixarem em qualquer um dos critérios de inclusão.

### **5.3 Processos e Instrumentos para Coleta de Dados**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. E, após a aprovação, foi realizada a apresentação do projeto para o Coordenador de Saúde Mental e Coordenadora de Atenção Básica a Saúde do Município.

Posteriormente, os enfermeiros fizeram a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e assinaram ao concordarem com a pesquisa.

Os questionários (Apêndice D) foram entregues pela pesquisadora no momento dos encontros com todas as enfermeiras gerentes para apresentação/discussão do projeto de matriciamento em saúde mental, as profissionais responderam o questionário antes da apresentação para que a pesquisa não tivesse influencia da mesma. As profissionais foram divididas por regionais de saúde e os encontros foram realizados na Sala dos Conselhos na Secretaria Municipal de Criciúma.

A entrevista foi auto aplicativa visando atender o objetivo geral e os objetivos específicos, com perguntas claras para o entrevistado sentir-se à vontade e transmitir sua experiência sem qualquer restrição.

## **5.4 Análise dos Dados**

Na análise de dados será utilizada a metodologia de análise de conteúdo de maneira categorial. Em que o pesquisador objetiva destacar os sentidos lógicos entre os conteúdos descritos pelos participantes nos questionários, para dividi-los em categorias de análise.

A análise de conteúdos se dá pela codificação simultânea de dados brutos e a construção de categorias que capturam características pertinentes do conteúdo do documento. Tanto na abordagem quantitativa quanto qualitativa há esta categorização. Porém a abordagem quantitativa após a junção dos elementos retirados dos conteúdos em categorias são estruturadas as distribuições numéricas. Enquanto que na abordagem qualitativa objetiva-se destacar o sentido e os elos lógicos entre as categorias formuladas com base na extração das significações essenciais das mensagens. (RAUEN, 2002)

Na análise de dados, as ideias, elementos e expressões foram agrupadas em torno de um conceito, de acordo com a fundamentação teórica (categoria geral). A análise do conteúdo foi dividida por objetivos específicos para tornar mais fácil a compreensão do trabalho.

## **5.5 Aspectos éticos**

O projeto de monografia foi avaliado pelo Comitê de Ética Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Baseadas nas diretrizes e normas do Conselho Nacional de Saúde sob a resolução 196/96, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. A privacidade dos participantes será respeitada, sendo os dados obtidos utilizados somente para realização de estudos científicos. Existe a liberdade de o participante retirar o consentimento a qualquer momento e não permitir mais sua participação no estudo. Os profissionais que participarem da pesquisa não obterão ônus ou bônus sobre a mesma.

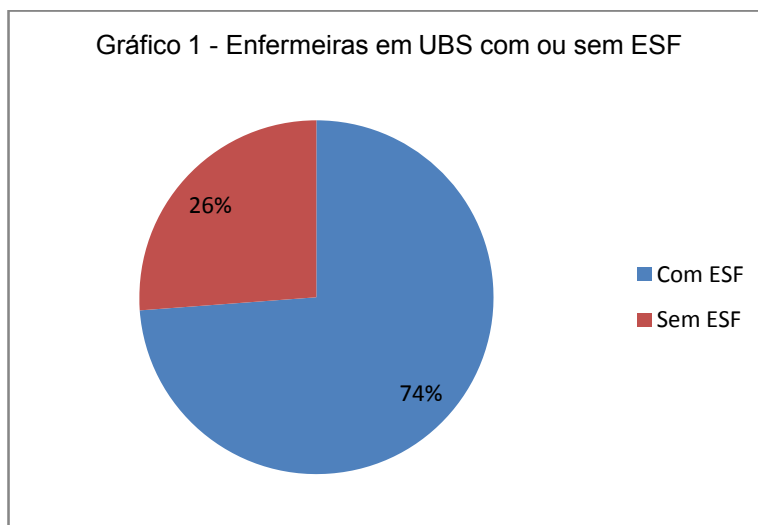
## 6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

A apresentação dos resultados e a análise dos dados foram categorizadas de acordo com os objetivos específicos elencados para pesquisa. Foram categorizadas pela forma como se apresentaram nas respostas relacionando-as aos objetivos específicos. Esta etapa do trabalho busca apresentar os resultados obtidos nos questionários e realizar uma discussão com os conceitos apresentados na Fundamentação Teórica.

### 6.1 CATEGORIA1: Identificação da Amostra

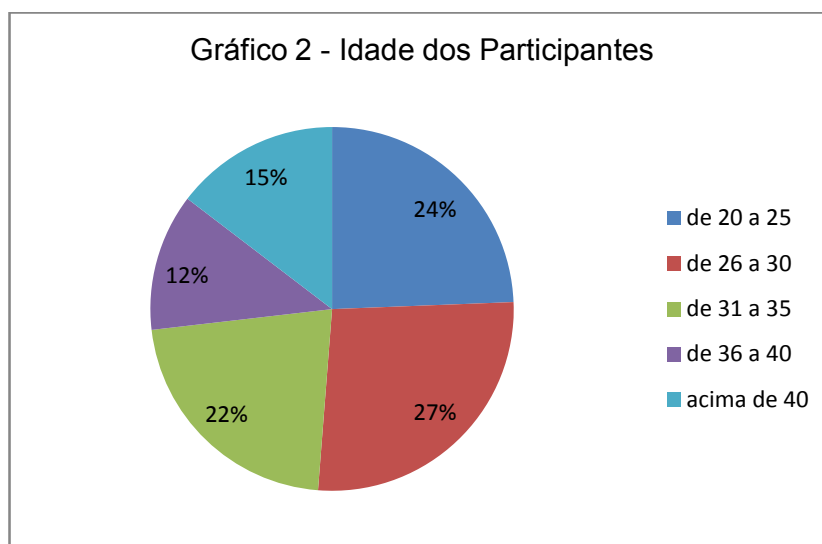
A amostra foi composta por 87,5% (n=42) das(os) enfermeiras(os) gerentes de unidade de saúde de Criciúma, o restante (n=6) não aceitou assinar o termo de consentimento ou não compareceu a reunião onde foram aplicados os questionários.

No município existem unidades com e sem Estratégia Saúde da Família que participaram do processo de matriciamento em Saúde Mental, sendo assim temos 74% das participantes gerentes de unidades com ESF e 26% de unidades sem ESF, sendo essas unidades Regionais de saúde, Policlínicas e Unidades Básicas que funcionam com Programa de Agentes Comunitários em conjunto com outras atividades.

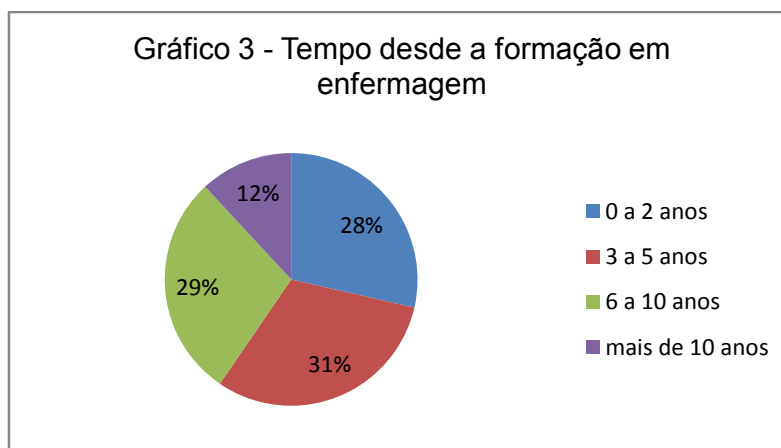




Os participantes foram 95,2% do sexo feminino e 4,8% do sexo masculino. Quanto às idades, 24% têm de 20 a 25 anos, 27% têm de 26 a 30 anos, 22% têm de 31 a 35 anos, 12% tem de 36 a 40 e 15% tem acima de 40 anos. É possível perceber que a maioria se concentra na população jovem com no máximo 30 anos.



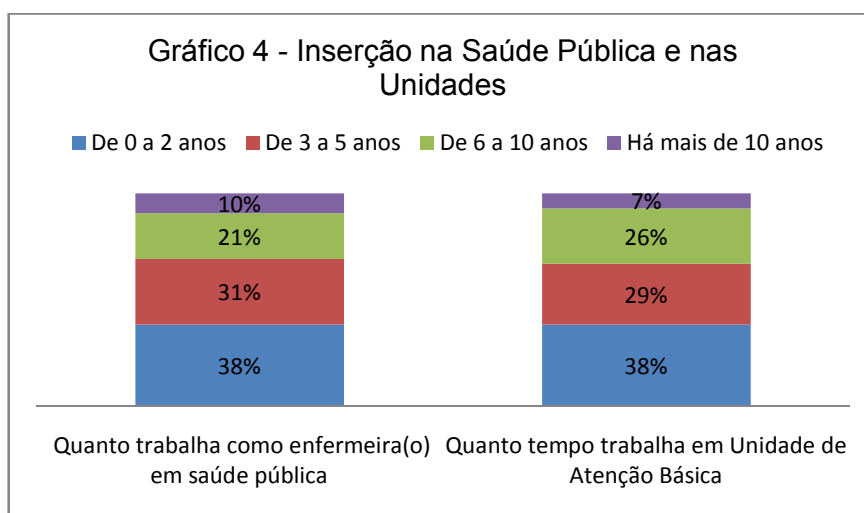
Em relação ao tempo de formação foi possível observar que temos 28% das enfermeiras gerentes formadas há até dois anos, 31% está formada de 3 à 5 ano, somando um total de 59% das profissionais formadas até 5 anos, ou seja relativamente novas no exercício da profissão. O restante se divide em 29% de 6 à 10 anos e 12% estão formadas há mais de 10 anos.



Em relação ao tempo em que trabalham como enfermeiras na saúde pública aumenta a quantidade de profissionais com menos de 5 anos na profissão, são 69%, tendo 38% até dois anos de inserção e 31% de 3 a 5 anos trabalhando com saúde Pública, o restante se divide em 21% de 6 a 10 anos e 10% a mais de 10 anos atuando como enfermeiro neste cenário, conforme Gráfico3.

As profissionais foram perguntadas também há quanto tempo estão inseridas em Unidades Básicas de Saúde e o numero variou em relação ao anterior por termos profissionais que já atuavam em unidades como técnicas de enfermagem, ou trabalhavam em outros cargos de saúde pública antes de serem direcionadas a unidades básicas.

No entanto não há uma mudança significativa dos números, tem-se 38% com até 2 anos em Unidades, 29% que esta de 3 à 5 anos, 26% de 6 à 10 anos e somente 7% há mais de 10 anos.



Prevalecem profissionais novas, na profissão, em saúde pública e com trabalho nas unidades de saúde, já que quase 40% delas está na situação atual a menos de 2 anos e mais de 60% há no máximo 5 anos e 11 meses. Tempo considerado relativamente pequeno para o conhecimento de leis e sua colocação prática, inserção efetiva na comunidade, condições necessárias para o efetivo exercício da profissão ligado as resoluções do SUS.

## **6.2 CATEGORIA 2: Identificar a conceituação das enfermeiras a respeito do que é atendimento a saúde mental na atenção básica a saúde.**

A categoria 2 responde ao objetivo específico: Identificar a conceituação das enfermeiras a respeito do que é atendimento a saúde mental na atenção básica a saúde.

Na análise dos dados as respostas das enfermeiras indicaram subcategorias, que inclusive se misturam em algumas respostas, são elas: **Atendimento Inicial, Atendimento Vincular, Atendimento ao Transtorno e Atividades Realizadas.**

- **Subcategoria 1: O Atendimento Inicial** diz respeito ao que as enfermeiras consideraram como função da Atenção Básica de ser porta de entrada, provendo o primeiro atendimento, a primeira escuta, a acolhida inicial e a triagem do Paciente com Sofrimento Psíquico.

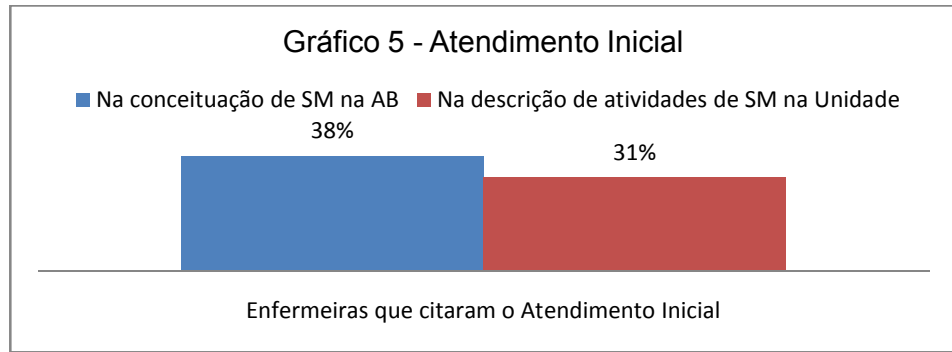
Nas respostas 38% das enfermeiras citaram a palavra acolhimento ao conceituar a Saúde Mental na Atenção Básica, destas, a maioria, 62,5% (23,8% do total) demonstram relacionar acolhimento a triagem, ao primeiro atendimento:

Suj. 22: *“Primeiro atendimento, acolhimento”;*

Suj. 25: *“É o acolhimento, avaliação, conduta dos usuários que necessitam de atenção nos diferentes níveis de complexidade de problemas mentais”;*

Suj. 2: *“É acolhimento do usuário, escuta, encaminhamentos quando necessário e envolvimento da família”;*

Outras enfermeiras citaram este primeiro atendimento, sem utilizar a palavra acolhimento, são ao todo 38%. E ao se reportar a pergunta sobre quais os atendimentos oferecidos na unidade que podem ser considerados de saúde mental tivemos 30,9% destas profissionais que trazem este primeiro atendimento como atividade da unidade de Atenção Básica.



Suj 10: *“É iniciar o atendimento ao paciente; saber orientá-lo e sua família, ao endereço correto para dar continuidade do atendimento”;*

Suj. 17: *“Na unidade, os pacientes que necessitam de um serviço de saúde mental, encaminhamos para serviço especializado quando necessário, ou médico da unidade encaminha para o psiquiatra”;*

A ideia da AB como “porta de entrada” preferencial do sistema de saúde, vai ao encontro da proposta do SUS. A política de atenção básica também visa o acompanhamento longitudinal dos usuários, famílias, comunidade adstrita, e neste sentido, principalmente para os atendimentos voltados a Saúde Mental, o acolhimento é fundamental.

Em Saúde Mental a escuta qualificada é bastante importante, já que os acometimentos desta natureza são em geral delicados e complexos. Já o acompanhamento longitudinal além de ser necessário para efetivo cuidado é uma forma eficiente de manter a vinculação com pacientes.

Historicamente a noção de acolhimento acumula conotações heterogêneas, tradicionalmente divididas entre a ideia de ser um espaço físico, como uma recepção administrativa e ambiente confortável; ou uma ação de triagem administrativa, seguida dos encaminhamentos para os serviços especializados. (Brasil, 2006).

As duas formas de entender têm valor, no entanto sozinhas empobrecem o acolhimento a ações pontuais, isoladas e descomprometidas com os processos de corresponsabilização e produção de vínculo. Por meio da Política Nacional de Humanização, no campo da saúde, este termo deve ser entendido como (Brasil, 2006):

[...] diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta,

construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. (Brasil, pg.8, 2006).

Acolhimento então é mais do que o atendimento inicial ou a triagem do paciente é uma postura ética dos profissionais e do serviço, um modo de trabalho. É garantir ao paciente a possibilidade de criar vínculos de corresponsabilização entre ele e a equipe e irá permear o acompanhamento do usuário em todos os momentos.

A Atenção Básica exerce papel de grande acolhedora do sistema de saúde, contudo quando não for possível apresentar as respostas adequadas, seja por organização ou por competência, deve dispor de uma rede de serviços com os quais possa configurar fluxos de encaminhamentos. O que acontece na prática cotidiana nas unidades pesquisadas pelas autoras Brehmer e Verdi (2010) é que o acolhimento se restringiu a uma técnica de recepção, triagem e encaminhamento, distinguindo-se nitidamente da Política Nacional de Humanização (PNH). Na pesquisa citada é notável a distinção entre discurso e prática, já que os profissionais relatam um acolhimento consonante com a PNH, no entanto o que se percebeu na prática foi um acolher focado no problema, de acesso limitado e centrado na queixa-conduta.

Esta postura reforça a lógica de encaminhamentos vivida em vários âmbitos da saúde. É prejudicial para pacientes e profissionais pois não reforça o vínculo, a co-responsabilização, entre profissional e paciente e entre profissionais dos diversos serviços de saúde.

O entendimento de que a Atenção Básica por ser “porta de entrada” age como triagem para os outros serviços é adequado já que atua como reguladora da rede de saúde, mas não isoladamente. A visão de Atenção Básica somente como triagem e “encaminhadora” dos pacientes reduz o escopo de ações possíveis.

É importante trazer também que 9,5% das profissionais citaram somente o acolhimento como prática realizada pela unidade que pode ser considerada de saúde mental. O que pode ser entendido como bom se o acolhimento referido seguir a PNH ou, uma prática empobrecida se as profissionais estiverem se referindo ao acolhimento como recepção e triagem.

- **Subcategoria 2: Atendimento Vincular.** Foram consideradas respostas que citam, o acompanhamento, a formação de vínculos, a inserção da família e suporte a comunidade.

Suj. 34: “Atendimento voltado para o indivíduo, família, comunidade, voltados para promover – restabelecer o bem estar mental”.

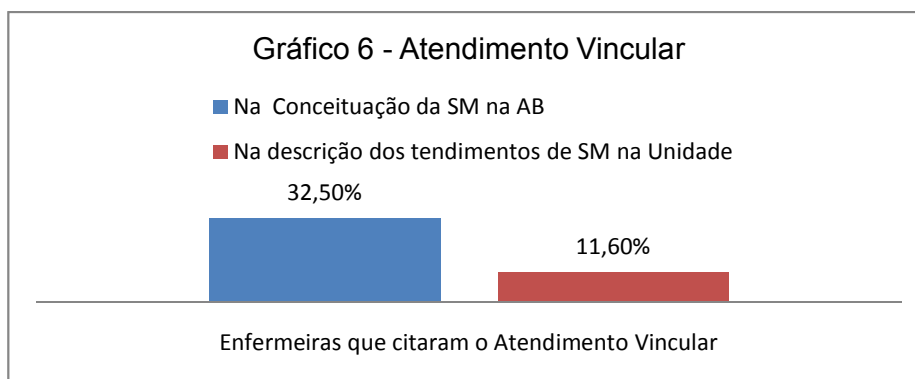
Suj. 32: “Acolher o paciente da melhor forma, realizar a consulta o quanto antes, manter o vínculo com o paciente e sempre incluir a família e todos os profissionais da rede necessários”.

Dentre as enfermeiras que fizeram menção ao acolhimento, 25% (9,5% do total) o fizeram relacionando o termo à escuta qualificada, ao acompanhamento permanente e a atenção dedicada ao usuário:

Suj. 29: “Deve ser pautada no acolhimento e acompanhamento contínuo para os mesmos poderem atingir a maior qualidade de vida possível”.

É importante considerar que estes atendimentos foram mais relatados na conceituação de SM na AB, do que ao considerar as práticas de SM da unidade. Esta diferença é passível de ser analisada sob dois prismas, ou de que os Atendimentos Vinculares dizem respeito ao modo de trabalho mais do que das atividades específicas, ou que de fato existe o entendimento da necessidade de formação de vínculos, no entanto a prática ainda é fragmentada ou deficitária neste aspecto.

O **Atendimento Vincular** foi citado por 32,5% das enfermeiras na conceituação e por 11,6% das mesmas na descrição das atividades.



O **Atendimento Vincular** considerado na pesquisa tem relação íntima com o acolhimento previsto pela PNH supracitado. Faz parte do acolhimento no sentido de modo de trabalho, o vínculo criado entre equipe e comunidade, o acompanhamento programado dos usuários.

A humanização do atendimento é uma tecnologia leve agregada aos processos de trabalho na saúde, é uma forma de gerenciamento do trabalho nas relações. O vínculo tem origem na responsabilização dos profissionais pela área adstrita, conseqüentemente ocorrem interações geradoras de vínculos, “laços”, entre comunidade e trabalhadores de saúde. Este é um mecanismo tecnológico que vai ao encontro das diretrizes que norteiam o trabalho das ESFs e é necessário para o desempenho do trabalho destas equipes. (COELHO e JORGE, 2013).

Com as mudanças advindas da Reforma Psiquiátrica falar de território em saúde mental significa falar sobre a articulação de serviços de diferentes finalidades para construção de territórios existenciais que possibilitem ao sujeito reconstruir, reinventar, a vida em todos os aspectos do seu cotidiano, cotidiano este que se fechou para o sofrimento psíquico. As intensas mudanças na assistência a saúde mental dos últimos anos propõem a constituição de serviços que se articulem entre si e regulem a atenção no território, promovendo a integralidade do cuidado. (PINHO, HERNÁNDEZ e KANTORSKI, 2010).

A diferença entre a *conceituação de SM na AB* ter tido respostas relacionadas a um atendimento vincular mais frequentes do que na *descrição das atividades* pode demonstrar que as profissionais estão de fato sensibilizadas quanto a relevância da saúde mental na AB, porém ainda não tem claro exatamente as funções de sua equipe neste cenário.

### **- Subcategoria 3: Atendimento ao Transtorno.**

Esta subcategoria foi considerada neste trabalho como as menções ao tratamento dos pacientes com Transtorno Mental, centradas no diagnóstico ou no encaminhamento.

Suj. 4: “*É o atendimento a pessoas com transtorno mental*”.

Nas respostas tivemos 28,5% dos enfermeiros que demonstram fazer relação da intervenção da saúde mental na AB em maior intensidade com o sofrimento psíquico propriamente dito.

Pela proximidade com a comunidade e a possibilidade de atuar não somente segundo a demanda espontânea, a Atenção Básica passa a ser um espaço privilegiado para as ações de saúde mental. Sendo assim, o atendimento em Saúde Mental deve manter-se na perspectiva da integralidade, tendo olhar amplo sobre o sujeito. No entanto, os profissionais por não se sentirem capacitados para atender

estes casos, se restringem ao cuidado com a medicação sem o desenvolvimento de outras intervenções necessárias. (RODRIGUES e MOREIRA, 2012).

Com estas posturas o problema e a doença do sujeito ficam em evidência produzindo práticas que seguem a lógica hospitalocêntrica e do especialismo, dificultando o estabelecimento de vínculos e a responsabilização. A política de desinstitucionalização implica na mudança dos modos de trabalho, no abandono do modelo biomédico que separa a doença da existência global do sujeito, foca no sintoma e no diagnóstico e não na existência completa. (RODRIGUES e MOREIRA, 2012). Ou seja, foca-se tanto na lógica curativista que pouco se atem a promoção de saúde, prevenção e ações territoriais.

O diagnóstico, a medicação e os encaminhamentos são ferramentas importantes no tratamento, mas não definem o escopo de possibilidades da Atenção Básica que devem contar também com atividades preventivas e de promoção e manutenção da saúde.

- **Subcategoria 4: Atividades Realizadas:** A inserção de práticas de Saúde Mental na Atenção básica a Saúde vem da necessidade de atenção territorial e inclusiva aos usuários com sofrimento psíquico. A necessidade tem início com a Reforma Psiquiátrica que busca a reinserção social, no entanto a reforma privilegia inicialmente a implementação dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e só mais tarde a Atenção Básica começa a tornar-se mais visível.

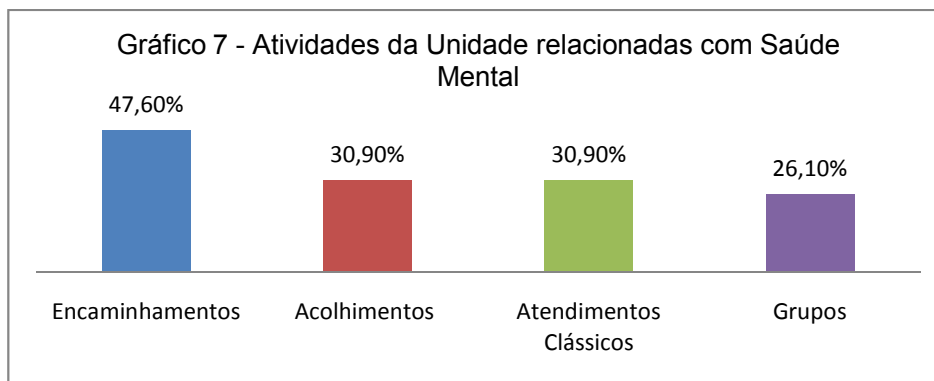
A Reforma Psiquiátrica surge no Brasil a partir dos anos 80 com a proposta de ruptura com o modelo clínico-psiquiátrico vigente até então (NEVES, LUCHESE e MUNARI, 2010), o primeiro CAPS foi inaugurado em 1986 (BRASIL, 2004), já o Plano de inserção de práticas de Saúde Mental na Atenção Básica surge somente em 2001 (BRASIL, 2001), quinze anos após.

Em 2001 o Departamento de Atenção Básica e a Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde lançaram o *Relatório Final da Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica*. O relatório é fruto da necessidade de inserção destas práticas no conjunto de ações que compõem o cuidado integral à saúde. (BRASIL, 2001).

Nas práticas relacionadas pelas gerentes estão, os grupos (específicos de saúde mental ou não) que foram citados por 26,1% das profissionais, os acolhimentos por 30,9%, a mesma quantidade relatou o que foi percebido como



atendimentos clássicos das unidades (consulta de enfermagem, médica e/ou visita domiciliar), 47,6% foram os encaminhamentos ou atendimentos por outros profissionais que não os da unidade.



Percebe-se de forma contundente que os encaminhamentos, ou atendimentos realizados não pelos profissionais da unidade foram as práticas mais citadas em relação a saúde mental, sendo que 30,9% das profissionais citaram somente esta prática como consideradas por elas *atividades de SM na AB*. É possível interpretar estes números de duas formas, a de que as USFs estão tendo dificuldade em discernir seu papel na resolução e/ou acompanhamento dos pacientes com sofrimento psíquico. Ou de que na caracterização de paciente com transtornos mentais as profissionais tem a tendência de considerar somente aqueles que estão com diagnósticos mais graves, que realmente necessitam ser referenciados, desconsiderando as práticas que tem com os pacientes com sofrimento leve e até moderado.

A Política de fortalecimento da Atenção Básica se dá pela ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas. É importante que as Unidades de atenção básica a saúde não sejam apenas um local de triagem e encaminhamento, mas sim capazes de resolver problemas de saúde prevalentes na sua área de abrangência, e que estejam embasadas em práticas de promoção de saúde, e prevenção de agravos. O Ministério da Saúde deseja que, com base nessas premissas, seja possível referenciar apenas de 15% a 20% dos usuários atendidos, mantendo sempre o vínculo, tendo contato com os serviços, relatando e discutindo casos, podendo receber o paciente de volta para continuidade do tratamento. Tendo dessa forma a Atenção Básica como coordenadora do cuidado. (NUNES, 2012).

Porém a postura referida neste estudo é comum, não somente nas profissionais pesquisadas, mas entre outras categorias profissionais, municípios e estados, foi construída historicamente ao considerar o paciente com sofrimento psíquico diferente e até separado da sociedade em geral. Sendo assim, se torna difícil perceber o transtorno em pacientes que não apresentam sintomatologia evidente, da mesma maneira, que se torna nebuloso identificar as práticas já realizadas e/ou passíveis de concretização pela equipe e pela profissional enfermeira(o).

No município de Criciúma todos os CAPS já realizaram de alguma forma visitas de apoio matricial, e as equipes de NASF também realizam estas atividades em reuniões de equipe e nos atendimentos aos usuários. E a partir disto, foi possível notar que as equipes de Atenção Básica tem mudado suas posturas em relação a Saúde Mental ampliando a visão do que esta representa.

Anteriormente a realidade prevalente na postura dos profissionais era de que os usuários com necessidades de saúde mental deveriam ser encaminhados. Já atualmente é possível perceber que, por meio da política de Saúde Mental adotada, e pelas necessidades das próprias Unidades de Saúde e dos serviços de referência, que práticas de Saúde Mental têm sido solicitadas e fortalecidas pela Atenção Básica.

Suj. 9: *“Primeiro acolhimento ao paciente, mas em alguns casos, necessitamos de ajuda”.*

Percebe-se hoje que as unidades de saúde entendem o atendimento ao sofrimento psíquico como necessidade, mas ainda se sentem despreparadas, sendo que o atendimento ao sofrimento psíquico é carregado de estigmas, medos e inseguranças vivenciados pelas equipes.

Na pesquisa realizada com a equipe de ESF em Botucatu-SP estas preocupações ficam bastante evidentes e tem origem na sensação de despreparo para lidar com o sofrimento psíquico até o medo de sintomas agressivos, e essa sensação prevalece independente da formação do profissional. (VECCHIA, MARTINS, 2009).

Entende-se também que esta dificuldade pode estar ligada a sobrecarga burocrática e a falta de profissionais, que não àqueles inseridos classicamente nas equipes de ESF, que possam estar próximos da equipe, instrumentalizando e

principalmente participando do cuidado com o usuário. A participação de outros profissionais, não somente como agente matriciadores, mas como parte da equipe poderia contribuir de forma contundente para o aumento do escopo de ações possíveis a Atenção Básica.

### **6.3 CATEGORIA 3: Temas e dúvidas a respeito de saúde mental**

Esta categoria busca responder dois objetivos:

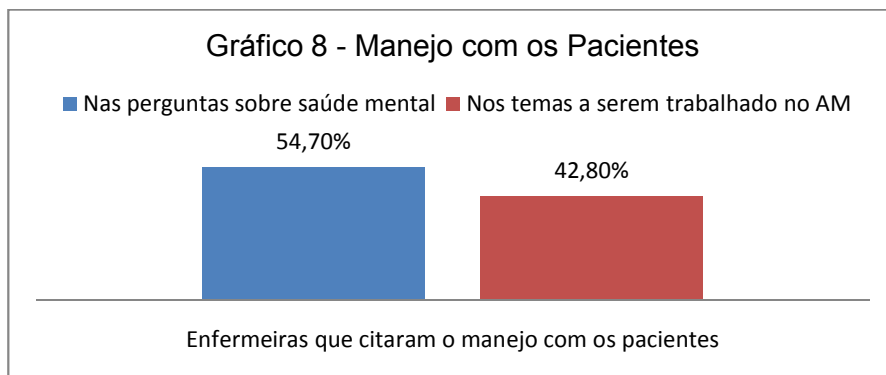
- Explorar o que as enfermeiras entendem como demanda do processo de matriciamento; e Reconhecer quais as principais dúvidas que as profissionais têm em relação ao atendimento de Saúde Mental na Atenção Básica;

Durante a leitura das respostas elencadas pelas enfermeiras pesquisadas foi possível organizar 4 subcategorias que serão apresentadas em forma de perguntas pois percebe-se estas como as principais angústias vivenciadas pela profissionais:

- Como vou manejar/atender o paciente com sofrimento psíquico?
- Como posso abordar a família deste usuário?
- Quais os sinais / sintomas de transtorno mental?
- Quais as atribuições / responsabilidades da Atenção Básica e da Atenção Especializada no atendimento ao sofrimento psíquico?

- **Subcategoria 1: “Como vou manejar/atender o paciente com sofrimento psíquico?”**. Esta dúvida transparece em questões que vão desde “como acolher este paciente?” até “como lidar em momentos de surto?”, ou “como fazer o acompanhamento?”. Na pesquisa é possível perceber que estes questionamentos vêm da angústia de qual postura é adequada, ou seja, não tem relação necessariamente com o manejo técnico. Foram consideradas nesta subcategoria as questões, ou solicitações de temas que tiveram relação com o manejo direto com o paciente.

Na questão em que foi solicitado as enfermeiras que apresentassem perguntas a respeito de Saúde mental 54,7% delas foram a respeito do manejo, da abordagem aos pacientes. Já na questão sobre os temas que gostariam que fossem trabalhados no apoio matricial 42,8% das profissionais citaram ‘como lidar com os pacientes’.



Suj. 14: *“Como abordar o paciente de saúde mental?”*

Suj. 16: *“Como dar atenção a estes pacientes?”*

Suj. 34: *“Preparo com manejo do cliente e da própria equipe (que se mostra despreparada e muitas vezes preconceituosa com o assunto).”*

O estigma em si é um fenômeno social complexo que apesar dos esforços de mudança tende a permanecer enraizado na sociedade, se manifestando de formas diferentes de acordo com as características de cada ambiente sociocultural. Por este motivo iniciativas antiestigmas amplas, mundiais, encontram certas dificuldades em atingir a eficácia plena. (HENGARTNER, 2012).

A assistência a saúde mental no Brasil historicamente foi marcada pelo asilamento dos doentes e a segregação social e familiar. Desde as mudanças decorrentes da reforma psiquiátrica existe a discussão a respeito dos modos de tratamento e das relações estabelecidas entre pessoas com transtorno mental, sociedade e profissionais de saúde. As transformações decorrentes da reforma influenciaram as concepções de saúde-doença mental, ser humano e modo de trabalho, repercutindo no sistema de crenças e valores dos profissionais de saúde, e conseqüentemente na conduta em relação a estes pacientes. (CANABRAVA et al, 2010).

Os estigmas sociais da loucura tem origem antiga e atingem profundamente a visão dos profissionais de saúde a respeito dos pacientes com sofrimento psíquico. É possível que ainda haja profissionais com uma visão claramente limitada, no entanto esta postura atualmente é mais rara, o que acontece é a dificuldade dos profissionais em formarem um novo sistema de crenças e valores baseados em premissas de reinserção social.

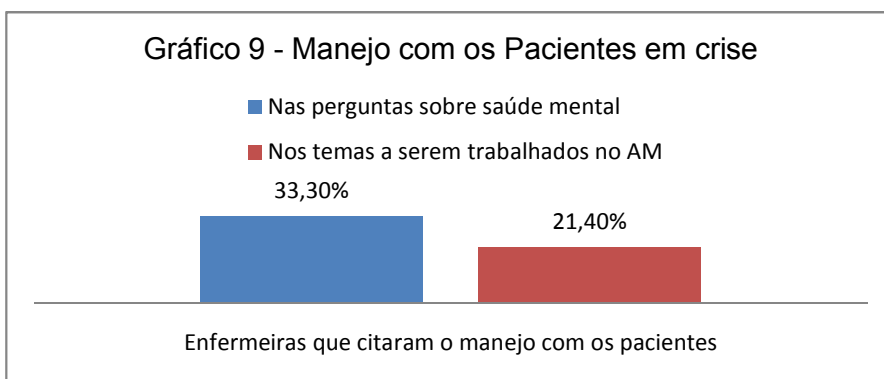
Em pesquisa com 10 enfermeiras de USF no município de Cajazeiras/PB, algumas profissionais afirmaram ter dificuldade em lidar com saúde mental pela formação que tiveram, já que as experiências de estágio destas foram em hospitais psiquiátricos de modelo tradicional e a visão que tiveram foi de um tratamento desumano. O que ficou foi o estigma social e o medo dos usuários com transtorno. Além disso, as enfermeiras relataram ter dificuldade por não se sentirem preparadas, capacitadas. (OLIVEIRA et al, 2011)

A sensação de medo fica expressa principalmente nas falas em que há dúvidas quanto à abordagem em momentos de crise ou surto. Entende-se que nestes momentos o medo pode ficar mais evidente, ou por que de fato o paciente pode apresentar sintomas agressivos, ou por que estes momentos estão gravados na memória social como manifestações da 'loucura perigosa'.

Suj. 26: *“Como abordar pacientes que estão em crise psiquiátricas não nos prejudicando, pois muitas vezes, ficam agressivos”*.

Suj. 20: *“Como realizar abordagem aos pacientes em surto”*.

Tivemos 33,3% das enfermeiras que citaram ter dúvidas em relação a abordagem/manejo de crises psiquiátricas, e 21,4% citou este como um tema pertinente nos encontros de Apoio Matricial.



Além da dificuldade em lidar com os pacientes em momentos de crise a sensação de despreparo para abordar o paciente com sofrimento psíquico surge relacionada ao atendimento inicial dos pacientes, a como acompanha-los, ou ainda como acolhê-los, no sentido amplo do acolhimento.

Suj. 31: *“Como acolher (geralmente faço acolhimento e encaminhamento para a psicóloga realizara a consulta)?”*

Suj. 35: *“Manuseio de clientes com transtorno mental, como acolher o paciente e os familiares?”*

Suj.13: *“Manejo (como abordar, acompanhar pacientes que apresentam alterações psíquicas, comportamentais).”*

A Construção recente de práticas de saúde mental na atenção básica faz com que a forma de olhar para o tema ainda esteja em construção. Inevitavelmente os atendimentos de Saúde Mental são permeados de questões culturais, desde medo, postura de afastamento, pena, a visão de falta de capacidade cognitiva e até receio de tomar uma postura errada que possa piorar o estado do paciente. Sendo assim, os profissionais, mesmo que entendam racionalmente que estes sentimentos podem não fazer sentido naquele momento, ainda têm dificuldade em transpor para uma prática acolhedora e/ou de corresponsabilização.

Tendo em mente que a visão do atendimento a saúde mental sempre foi reservado às especialidades e focado em recursos terapêuticos institucionalizantes a inserção desta forma de atendimento na ESF é uma situação-complexa ou uma situação-problema a ser superada. (NEVES, LUCHESE e MUNARI, 2010). Dessa forma, “que experiência acumulada dispomos para construir competências para lidar com a saúde mental no campo da atenção primária?” (NEVES, LUCHESE e MUNARI, 2010 pag. 669).

A falta referências para práticas de Saúde Mental na Atenção Básica é presente na literatura, quando citadas, experiências em geral são as de Apoio Matricial, nas diversas formas em que ele é realizado no país.

È importante citar que as diretrizes da Reforma Psiquiátrica estão contempladas nos planos de ensino dos cursos de enfermagem, contudo as atividades práticas nem sempre acontecem no campo da atenção psicossocial, nos espaços comunitários e na atenção primária. Além disso, o estudo revelou que se agrava o déficit de práticas de saúde mental na AB porque a mesma não está contemplada pelos programas prescritivos do Ministério da Saúde. Não existe espaço para Saúde Mental entre aquilo que é pactuado pelas Gestões, nos relatórios que mantém o SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica), e o que é realizado pelas equipes de ESF na promoção e na prevenção a saúde. (NEVES, LUCHESE e MUNARI, 2010).

A demanda por práticas de Saúde Mental na Atenção Básica é grande e ao incentivar atendimentos de cunho psicossocial tende a aumentar. No entanto o arcabouço de conhecimentos e técnicas desta natureza ainda esta em formação. Acontece que ao termos a soma da sensação de insegurança dos profissionais ao lidar com o tema, com a demanda ainda mais imperativa de outros tipos de atendimento, nos quais os trabalhadores se sentem mais à vontade, é possível que as práticas de saúde mental, mesmo reconhecidamente importantes fiquem em segundo plano.

Outro ponto importante nesta dificuldade de manejo com os pacientes é a visão estigmatizada de que os sofredores psíquicos são aqueles com sintomas mais graves e/ou evidentes. Ou seja, percebe-se que em um primeiro momento ao pensar em saúde mental, ou sofrimento psíquico, o que surge são falas relacionadas à pacientes com manifestações crônicas, graves ou moderadas. Estes realmente são usuários que precisam de atenção e acompanhamento, no entanto, a Atenção Básica a Saúde tem como principio atender principalmente a população com demandas, não menos relevantes, mas menos graves.

Cerca de 50% dos pacientes atendidos pelas equipes de ESF apresentam sofrimento psíquico menos estruturado e de menor gravidade, em geral se apresenta em forma de queixas físicas sem nenhuma patologia orgânica associada. E em torno de 30% dos mesmos tem remissão espontânea dos sintomas, e apresentam boas melhoras quando apoiados na unidade, seja individualmente ou em grupo. É fundamental que oferecer acolhimento, escuta, apoio e tratamento quando for este sofrimento estiver presente. (CHIAVERINI, 2011).

A Atenção básica tem papel principal na promoção de saúde, na prevenção de agravos e no tratamento de acometimentos que não tem necessidade de especialidades e, com este olhar restrito aos pacientes mais graves, perdem-se talvez muitas possibilidades com os usuários com acometimentos leves e crônicos estabilizados, ou que necessitam de prevenção ou ainda que se beneficiariam da promoção.

- **Subcategoria 2:** Outro questionamento que pareceu pairar nas indagações das enfermeiras foi “**Como posso abordar a família deste usuário?**”.

A preocupação em como lidar com a família do usuário em sofrimento psíquico existe, até porque a família também entra em sofrimento por diversos

motivos. Em muitos casos o transtorno ocorre, ou é agravado, por relações familiares doentes, ou a família sofre com os estigmas sociais já relatados anteriormente, ou se sente perdida sem saber como agir, como auxiliar.

Os familiares apresentam diversas demandas ao procurar ajuda ou suporte nos serviços de saúde mental, dentre elas:

“[...] a dificuldade para lidarem com as situações de crise vividas, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir ver uma saída aos problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com o doente mental, sua expectativa frustrada de cura, bem como pelo desconhecimento da doença propriamente dita, para assinalarmos, algumas dentre tantas outras insatisfações”. (COLVERO, IDE e ROLIM, 2004, pag.198)

Estas diversas manifestações da família tem impacto na equipe de saúde que sente necessidade de suprir algumas demandas e acaba encontrando dificuldade.

O processo de desinstitucionalização da doença mental trazido pela Reforma Psiquiátrica faz com que os transtornos percorram seu curso não longe da família em instituições, ou hospitais psiquiátricos. A Reforma propõe internações breves somente em momentos críticos e após a busca de reinserção social e familiar, por meio da participação dos pacientes em serviços substitutivos nos quais vão alguns dias da semana ficando em casa o restante do tempo, fazendo (ou em alguns casos forçando) a família a encontrar estratégias para conviver e lidar com o sofrimento.

Suj. 9: *“Muitas vezes, famílias levam filhos, sobrinhos em crises de surtos. Após estabilizarmos as crises, os pacientes dizem: E agora? Não quero ele em casa assim! Em alguns casos, não conseguimos vagas para internação; O que fazer?”*

Suj. 18: *“Como atender pacientes em surtos e a quem recorrer, como lidar com a família quando a mesma não aceita a doença.”*

Ao promover a desospitalização criaram-se recursos assistenciais de caráter extra-hospitalar, estes intensificam a necessidade de comprometimento das famílias dos sujeitos com transtornos mentais mudando a forma como estes contribuem no processo assistencial, no entanto, estas famílias não se sentem preparadas para tal. O convívio com a doença, seja ela física ou psiquiátrica, é bastante desgastante para o núcleo familiar, gera sobrecarga física, emocional e



econômica, podendo impactar toda a dinâmica familiar e comprometer saúde, vida social, a relação entre os membros, lazer, possibilidades financeiras, rotina doméstica, desempenho profissional, entre outros inúmeros aspectos. No sofrimento psíquico isto é vivido de forma intensa por ser, em geral, de duração prolongada, apresentar diversas recidivas de manifestações agudas e principalmente, é percebido como incapacitante e permeado de estigmas. (CAVALHERI, 2010).

A equipe de Atenção Básica por ser responsável pelo acompanhamento longitudinal da comunidade convive com estas vicissitudes dos pacientes e de suas famílias. Os pacientes com acometimentos mais graves mesmo tendo vínculo com as Unidades, em muitos momentos acabam sendo internados ou permanecendo com acompanhamento direto com os CAPS enquanto os familiares têm sua referencia permanente na Unidade de Saúde.

**- Subcategoria 3: “Quais os sinais / sintomas de transtorno mental?”.**

As perguntas que foram relacionadas a esta subcategoria são as que trazem dúvidas ou temas que tem relação com sinais e sintomas especificamente, que abordam dúvidas sobre diagnósticos específicos, ou sobre como diagnosticar ou avaliar clinicamente o paciente:

Suj. 2: *“Doenças, lembrando sinais e sintomas”;*

Suj. 35: *“Sinais e sintomas de transtornos mentais”.*

E impossível fugir na discussão nesta subcategoria do tema que tem permeado este trabalho como um todo que são as diretrizes de atenção a saúde mental propostas na Reforma Psiquiátrica e as diretrizes de atenção a saúde propostas pela Reforma Sanitária. Ambas buscam que os usuários do SUS sejam vistos como seres integrais, além dos diagnósticos específicos, sendo possível perceber condições de vida, meio social, familiar, entre outros.

A percepção de Sinais e Sintomas aparece relacionada à avaliação clínica do paciente, a percepção da doença, situada no corpo (VIEIRA, SILVEIRA e FRANCO, 2011), o diagnóstico e seus fatores de risco (SILVA et al, 2011).

A palavra clínica é empregada em diversos cenários, no entanto, em geral, sua essência está ligada ao cuidado pautado no referencial biomédico. Aborda os fenômenos patológicos em sua dimensão biológica, sem relação com os contextos dos sujeitos, excluindo assim outros campos de saber e outras

possibilidades de práticas de cuidado com a saúde. (VIEIRA, SILVEIRA e FRANCO, 2011).

Suj. 38: “*Visão de diagnóstico de cada caso e definição dos mesmos*”.

A visão da Clínica tradicional, focada no diagnóstico é insuficiente para a total compreensão do sujeito, já que as pessoas não se limitam à expressões das doenças das quais são portadores. Problemas como baixa adesão ao tratamento, pacientes refratários, poliqueixosos e a dependência do usuário em relação aos serviços de saúde, demonstram o quão complexo são os sujeitos e o quanto a prática clínica centrada na doença é limitada. (BRASIL, 2007).

Tem-se a partir disto o conceito de Clínica Ampliada que: considera todo o contexto do sujeito, reconhece os limites dos profissionais entendendo que o sujeito é maior dos que as doenças das quais é portador, entende que o clínico é o encontro de dois sujeitos envolvidos no processo, busca o equilíbrio entre as ações de saúde e os danos que possam vir a causar, aposta em equipes multiprofissionais e transdisciplinares, na promoção da co-responsabilização e na defesa dos direitos dos usuários. (BRASIL, 2008).

A Clínica Ampliada busca o que os usuários apresentam além dos diagnósticos, o que têm de singular, desde seu contexto até sinais e sintomas percebidos somente por este sujeito. Expandindo as possibilidades intervenção e envolvendo os participantes do processo de forma mais efetiva. (BRASIL, 2007).

É importantíssimo que enfermeiras e equipes possam perceber sinais e sintomas de sofrimento psíquico, para o mapeamento, detecção dos pacientes, observar potenciais riscos, e desenvolver estratégias e possibilidades de tratamento e encaminhamento. Contudo, é necessário compreender qual o peso que os profissionais dão a estes sinais e sintomas, percebendo se a avaliação clínica neste sentido supera sua visão global dos usuários ou se entra em equilíbrio com outras percepções da vida destes sujeitos. Ou seja, é de extrema relevância apontar elementos técnicos que direcionem para um possível diagnóstico e ações, porém para que isto ocorra de maneira fidedigna é indispensável contextualizar este sujeito.

**- Subcategoria 4: Quais as atribuições / responsabilidades da Atenção Básica e da Atenção Especializada no atendimento ao sofrimento psíquico?**

A sensação de despreparo, referida anteriormente, percebida pelas equipes de Atenção básica em meio a literatura e pelas profissionais pesquisadas, pode estar intimamente relacionada com a dificuldade na definição das atribuições e responsabilidades destes profissionais, em relação ao sofredor psíquico e sua família. A partir do momento em que se entende a que inserção da Saúde Mental na Atenção Básica está em construção é possível visualizar que a delimitação não está clara para profissionais nem da Atenção Básica, nem Especializada, e talvez ainda esteja nebulosa em meio às gestões.

A visão de atribuições e responsabilidades de cada serviço não significa necessariamente fragmentar o cuidado, depende da forma como for colocada em prática, do comprometimento dos profissionais. É importante que os pontos de atenção tenham claro no que podem e devem contribuir para tratamento, acompanhamento, no sofrimento psíquico. Seguem alguns questionamentos que revelam quais informações que estas profissionais percebem como faltantes na abordagem do sofredor psíquico e das atribuições das equipes de Atenção Básica a Saúde.

Suj. 32: *“Relacionadas à saúde mental no meu dia- a -dia é a logística utilizada e responsabilidades de cada atenção. Ou seja, o que é de responsabilidade da AB e do serviço especializado”.*

Suj. 30: *“O que se pode tratar na atenção básica/ A falta de um protocolo para a orientação profissional. O que poderíamos considerar “capacitado””.*

As legislações recentes são bastante reticentes em relação ao papel da Atenção Básica na Saúde Mental.

A portaria 3088 de 2011 que Institui a Rede de Atenção Psicossocial define os componentes da rede citando como membros da Atenção básica, as Unidades Básicas de Saúde; as equipes de atenção básica para populações específicas como, Consultório na Rua e equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; e Centros de convivência. Além disso, as Unidades Básicas também fazem parte do atendimento a Urgência e Emergência, juntamente com, SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; entre outros. (BRASIL, 2011a).

Quanto às responsabilidades das Unidades Básicas de Saúde a portaria propõe que são um conjunto de ações de âmbito individual e coletivo e que abrangem, promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Tendo por objetivo a atenção integral impactando na situação de saúde e na autonomia das pessoas, e coletivamente nos determinantes e condicionantes de saúde. Além disso, no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial a ordenação do cuidado pode estar sob a responsabilidade dos próprios centros ou da Atenção Básica, como forma de garantir permanentemente a cogestão e o acompanhamento longitudinal dos casos. (BRASIL, 2011a).

E como parâmetros para o cuidado a mesma portaria cita as orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro 2011. (BRASIL, 2011a).

Já a Política supracitada, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), não cita saúde mental especificamente e, se remete a Atenção Psicossocial somente ao falar sobre os Consultórios na Rua e o Programa Saúde na Escola. (Brasil, 2012).

A Política aponta que as unidades de Atenção Básica a Saúde devem cumprir com algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção a Saúde (Brasil, 2012). Sendo assim, segue as funções consideradas de responsabilidades da Atenção Básica também para com a Rede de Atenção Psicossocial:

I – Ser base: por sua descentralização a participação no cuidado é sempre necessária (BRASIL, 2012), na saúde mental é aplicado por meio do acompanhamento dos pacientes, mesmo aqueles encaminhados para outros serviços, e de suas famílias. II – Ser resolutiva: capacitada para identificar riscos, necessidades e demandas, e a partir disto articular diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, utilizando-se da clínica ampliada, construindo vínculos positivos capazes de ampliar a autonomia (BRASIL, 2012); na saúde mental, faz parte disto a avaliação de sinais e sintomas, expandida para percepção biopsicosocial do sujeito e da comunidade, e das estratégias de intervenção. III – Coordenar o cuidado: “elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos

de atenção das RAS” (BRASIL, 2012, pag. 26), as Unidades são os centros de comunicação e responsabilizam-se pelo cuidado, em uma relação horizontal com os outros pontos, contínua e integrada, podendo articular-se intersetorialmente (BRASIL, 2012); em saúde mental é o acompanhamento contínuo já referido somando-se à articulação com serviços de outros setores, frequentemente necessários para o efetivo acompanhamento deste público, como, serviços sociais, os oferecidos pela própria comunidade, entre outros. IV – Ordenar as redes: a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população adstrita organizá-las em relação aos outros pontos da rede, podendo contribuir para que a programação dos outros serviços seja fruto na necessidade dos usuários (BRASIL, 2012); uma troca intensa de informações entre unidades básicas e serviços especializados, como CAPS, poderia contribuir para organização destes serviços em relação às necessidades dos usuários, não partindo somente da demanda espontânea que procura diretamente o serviço ou as unidades.

Já o relatório de gestão da Coordenação de Saúde Mental de 2007-2010, ao falar sobre Saúde Mental na Atenção Básica cita principalmente os NASFs, sua expansão, o incentivo para contratação de profissionais de saúde mental nesta estratégia e o Caderno do NASF de 2009 que conta com um capítulo específico sobre Saúde Mental. Citando pouco intervenções nas unidades de atenção básica especificamente. (BRASIL, 2011b).

Os NASFs são estratégias importantíssimas ao cuidado geral da população e muito relacionadas aos cuidados com a saúde mental, não somente centralizados na figura dos profissionais específicos de saúde mental, mas em toda a equipe do NASF. Estas equipes apoiam as unidades em atividades grupais e individuais, auxiliando na elaboração e no cumprimento dos planos terapêuticos singulares e na prática da clínica ampliada.

No entanto, tendo que as unidades básicas atendem uma população de no máximo 4.000 pessoas e em médias 3.000 (BRASIL, 2012), e cada NASF, tipo 1, que conta com no mínimo 5 profissionais de nível universitário, deve apoiar no mínimo 8 e no máximo 20 unidades e, do tipo 2, que conta com no mínimo 3 profissionais de nível superior, deve apoiar no mínimo 3 unidades (BRASIL 2010), é possível calcular que para cada NASF tipo1, temos uma população média (14 unidades) de 56.000 hab., e para os NASF tipo 2 é de 12.000 hab. É possível

perceber que a população que cada NASF abrange é grande, reiterando o fato de que são equipes de apoio, não isentando as unidades das práticas de saúde mental.

O município de Criciúma conta atualmente com 3 equipes de NASF com 5 profissionais cada um, sendo eles, psicólogo, nutricionista, profissional de educação física, farmacêutico e fisioterapeuta. Cada equipe atende uma população que varia de 33.206 pessoas, na área menor, com 10 unidades, 47.432 habitantes em uma área com 11 unidades e 52.850 pessoas na maior área, com 12 unidades.

A partir disto entende-se que perceber como as equipes das unidades básicas tem se relacionado com a Saúde Mental na Atenção Básica, e quais são suas angústias é fundamental, pois apesar da relação intensa das Unidades com os NASFs, são as equipes de atenção básica que em maior proporção mantém contato próximo e regular com as famílias e usuários, necessitando ter segurança de como lidar com queixas de saúde mental.

A atenção à saúde mental é uma atenção bastante subjetiva e esta sujeita não só a atitudes práticas, mas a forma como é feita a abordagem, o tom de voz as palavras utilizadas, a postura profissional da equipe/ profissional, e a forma como o paciente se sente.

Desde a avaliação clínica nota-se esta diferença, pois aborda muito mais os sintomas, o que o paciente refere estar sentido, do que aquilo que pode ser analisado pelos profissionais. Ou seja, não é facilmente mensurável, e a partir disso muitas práticas frente ao sofrimento psíquico também não são passíveis de delimitação.

A necessidade de protocolos de funcionamento quanto à saúde mental e, da delimitação de atividades/estratégias para atingir este público pode existir, no entanto isto possivelmente nunca vai estar tão claro quanto as posturas diante de acometimentos físicos específicos que podem ser decididos e acompanhados pelos profissionais de forma concreta, à “olho nu”. Na saúde mental o paciente precisa participar de seu tratamento efetivamente, e o acompanhamento da melhora novamente depende do que este relata e não do que é percebido somente pelo profissional, tanto na avaliação direta quanto em exames.

#### 6.4 CATEGORIA 4: Percepção do preparo da equipe e do auto-preparo das profissionais para lidar com saúde mental na atenção básica.

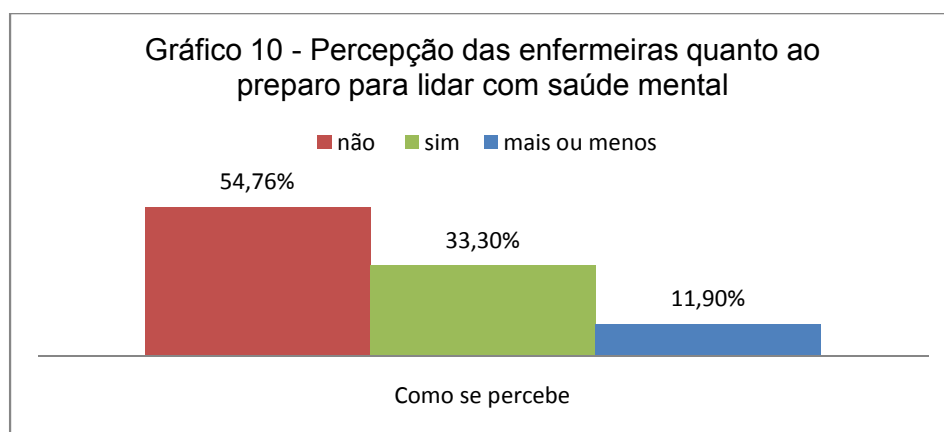
Esta categoria responde a dois objetivos do trabalho:

- Investigar o a percepção das enfermeiras quanto ao seu preparo para lidar com demandas de Saúde Mental na Atenção Básica;
- Perceber se as gerentes identificam a equipe como capaz de lidar com as demandas de Saúde Mental na Atenção Básica;

Para melhor compreensão desta categoria ela foi dividida entre duas subcategorias: **Como as enfermeiras se percebem em relação ao seu preparo para lidar com saúde mental e, como as enfermeiras percebem sua equipe em relação ao preparo para lidar com saúde mental.**

Subcategoria 1 – **Como as enfermeiras se percebem em relação ao seu preparo para lidar com saúde mental.**

A maior parte das profissionais se perceberam não preparadas para lidar com questões de saúde mental. Tivemos 33,3% que se julgam preparadas e 54,76% despreparadas. Entre as perguntas não foi dada a opção “mais ou menos”, no entanto algumas profissionais por necessidade criaram esta opção, ficando 11,9% como mais ou menos preparadas.



As profissionais foram inquiridas do porque se percebem ou não preparadas e, nesta descrição foi possível perceber que aquelas que relatam sentirem-se mais ou menos preparadas têm respostas muito similares as que assinalaram se sentirem preparadas. Estas respostas demonstraram que na maior parte das vezes, mesmo se sentindo capazes de lidar com estas questões, muitas

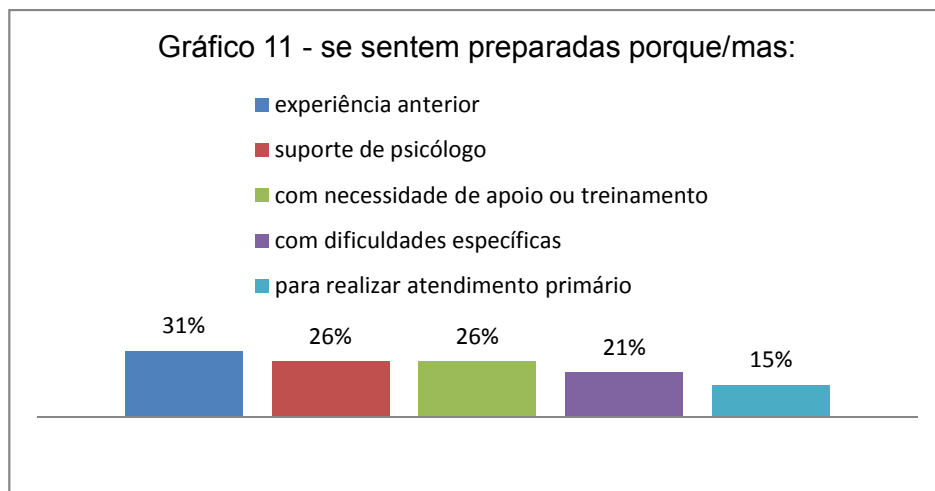
ainda têm necessidade de discutir o assunto, aprofundar-se ainda mais. Dentre as 33,3% (n=14) que afirmaram se sentir preparadas, apenas 29% (n=4) não apresentaram nenhuma ressalva e aparentam segurança a respeito, o restante apresenta ponderações frente ao seu preparo.

Suj. 22: *“Mesmo me sentindo preparada, sempre há necessidade de um apoio, pois não conseguimos realizar um bom atendimento sem apoio dos respectivos núcleos”;*

Suj. 32: *“Estou preparada, mas acredito que tenha que aprender muito mais”;*

Suj. 41: *“Situações mais simples sim, antes encaminho para profissional qualificado ou peço ajuda”.*

As explicações que surgiram foram, em 31% que elas se sentem preparadas por experiência anterior, ou com pacientes com transtorno, ou participação em matriciamento, ou ainda, por treinamentos anteriores pessoais; 26% cita que o preparo vem por ter acompanhamento/suporte de psicólogos na unidade ou dos NASFs; 26% lembra que mesmo se sentindo-se com preparo necessita de apoio de outros profissionais ou de treinamentos; 21% se sentem preparadas, mas com dificuldades diante dos casos complexos, ou de surto, ou no momento do encaminhamento; e 15% se sentem preparadas para um atendimento primário.



Já dentre as enfermeiras que afirmaram falta de preparo, 43% elencou dificuldades no manejo de pacientes com sofrimento psíquico, por identificar falta de



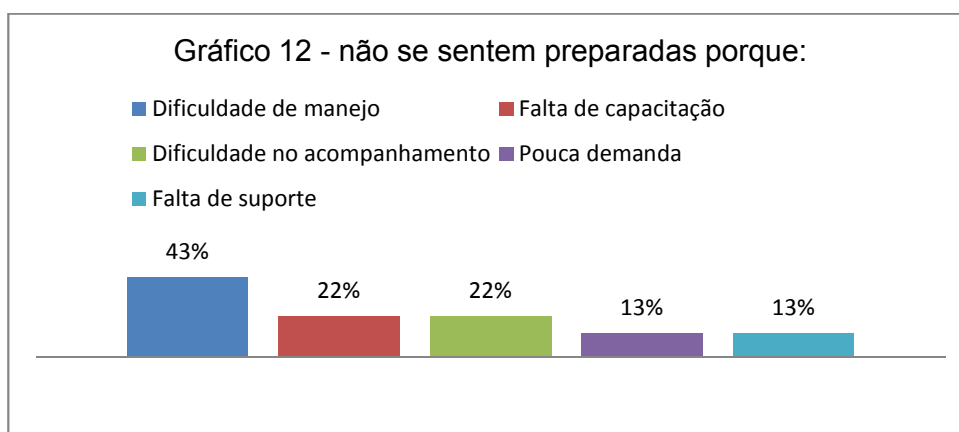
habilidade pessoal com os mesmos, pelas demandas serem muito diversas, entre outros fatores: Suj. 5: *“Às vezes tem pacientes que não sei como abordá-los”*;

Enquanto que 22% afirmaram carência de capacitação: Suj. 7: *“Ainda falta um pouco de segurança. Necessitamos de mais capacitação”*;

A mesma quantidade, 22%, entende que há falta de apoio, ou da própria equipe, ou de outros serviços/profissionais considerados mais habilitados: Suj. 33: *“Falta de instrumentos, suporte para trabalhar com tal grupo”*;

Já para 13% há pouca demanda desta natureza e sendo assim pouca prática nestas abordagens: Suj. 14: *“Me sinto despreparada para abordar esse paciente, talvez pela pouca demanda”*;

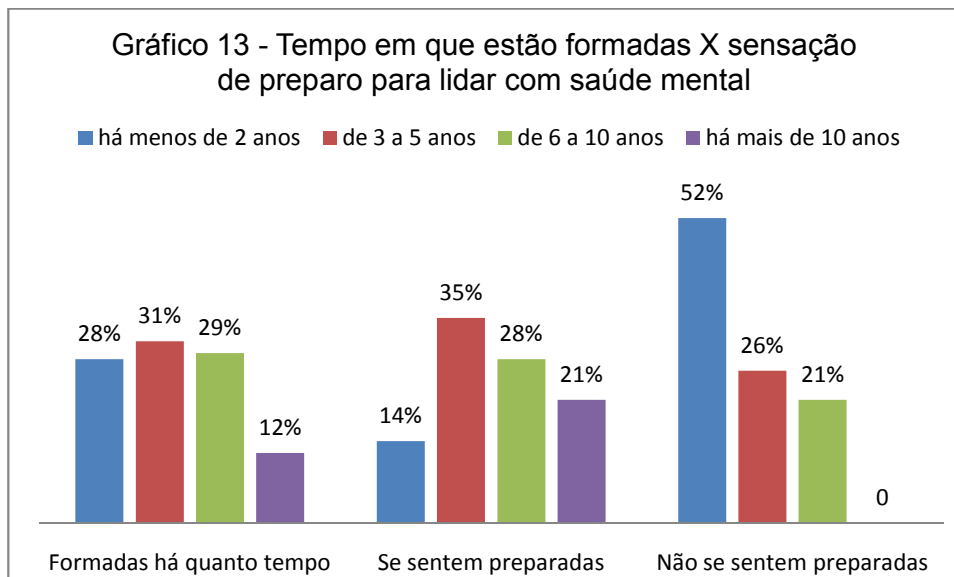
E outros 13% relataram dificuldade no acompanhamento longitudinal destes pacientes, principalmente por esta prática demandar tempo: Suj. 11: *“[...] como a demanda é grande o acompanhamento fica difícil e limitado”*.



A Reforma Psiquiátrica como um todo investe pouco na rede básica, o que traz consequências na produção de consciência dos profissionais que não são inseridos no movimento social pela saúde mental, e em razão disso estes permanecem à parte na criação de um cuidado mais inclusivo. O Movimento em torno das questões do sofrimento psíquico, a necessidade de atenção territorial, integral, ainda hoje tem poucos ecos na Atenção Básica. (RIBEIRO et al, 2010).

Comparando as respostas a respeito da sensação de preparo das profissionais em relação a saúde mental, com o tempo em que estão formadas, é possível verificar que aquelas que estão formadas há mais de dez anos tendem a se sentir mais preparadas do que as que estão formadas há menos de dois anos. Já

que temos somente 12% do total que esta formada há mais de dez anos, e temos 21% que se sentem preparadas formadas há mais de dez anos. Enquanto que 28% das enfermeiras estão formadas há menos de dois anos, das que não se sentem preparadas 52% estão formadas há menos de dois anos. Ou seja, temos um grupo proporcionalmente maior de profissionais formadas há mais de dez anos que se sente preparada para lidar com saúde mental e um grupo maior de enfermeiras formadas a menos de dois anos que não se sente preparada.



Esta relação pode indicar que a prática como enfermeiro contribui com a sensação de segurança ao lidar com sofrimento psíquico. Esta prática, no entanto pode ou não estar ligada as premissas da Reforma Psiquiátrica, já que as profissionais formadas há mais tempo tiveram pouco ou nenhum contato com estas diretrizes em sua graduação.

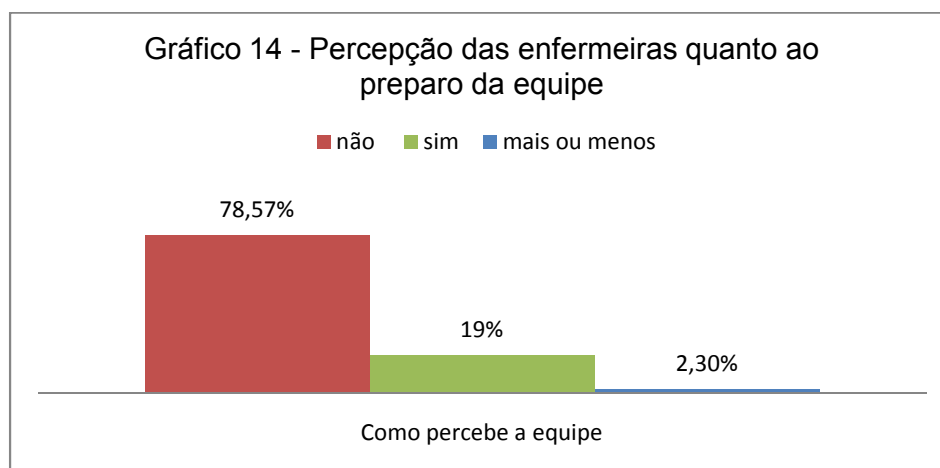
O que fica bastante claro é que a sensação de despreparo é grande e se for melhorar somente após muitos anos de profissão, mais de dez anos como nesta pesquisa, fica bastante difícil que a Atenção a Saúde mental na Atenção Básica seja qualificada.

Por este motivo são importantes estratégias como o apoio matricial que podem ser consideradas práticas de educação permanente, vinculadas com a realidade operacional vivenciada pelos profissionais e as práticas diárias de trabalho. O Apoio Matricial tem forte base na formação para a prática possivelmente

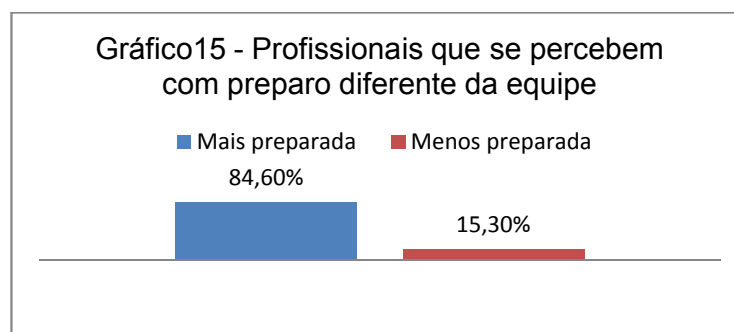
diminuindo o tempo de experiência para que se tenha essa sensação de maior segurança em abordagens desta natureza.

**Subcategoria 2 – Como as enfermeiras percebem sua equipe em relação ao preparo para lidar com saúde mental.**

A maior parte das profissionais percebeu também a equipe como não preparada. Tivemos 19,04% que percebem a equipe preparada e 78,8% vê a equipe como despreparada e 2,3% como mais ou menos preparada.



Além disso, 30,95% (n=13) das profissionais identificaram-se com preparo em maior ou menor grau que sua equipe. Destas, 84,6% (n=11) se vê como mais preparada que sua equipe, enquanto que 15,3% (n=2) se percebem menos.



O enfermeiro se destaca na área da saúde pelos papéis que ocupa enquanto trabalhador, tanto na esfera assistencial, quanto na organizacional. As enfermeiras pesquisadas são as gerentes das unidades, são as líderes da equipe da

Atenção Básica e para que o trabalho de todos seja efetivo é fundamental que o profissional de referência tenha segurança em sua equipe.

O domínio do conhecimento sobre liderança proporciona ao enfermeiro que ocupa esta posição a possibilidade de promover mudanças na estrutura de trabalho de sua equipe e da instituição da qual faz parte. Ele contribui na administração, no processo decisório, no aprimoramento e, na autonomia de seus colaboradores, objetivando uma assistência de qualidade. Potencializa o cuidado e, além disso, pode contribuir para construção de um ambiente de trabalho satisfatório, por meio da construção de vínculos profissionais de qualidade e da promoção do diálogo com os demais integrantes da equipe, seja esta de enfermagem ou multiprofissional. (AMESTOY, 2012).

Para que a equipe possa estar mais apropriada do assunto, e para que as enfermeiras possam sentir-se seguras a respeito de sua equipe é importante a participação das mesmas no preparo de todos. As gerentes não têm condições de prestar todos os atendimentos de saúde mental, o restante da equipe pode e deve contribuir para uma atenção de qualidade.

A Saúde Mental faz parte da rede de atenção a Saúde proposta pelo SUS, no entanto ainda se percebe esta divisão tanto no âmbito teórico como prático, principalmente quando se refere a Atenção Básica. Sendo assim, mesmo tendo-se a consciência de que esta atenção deve estar integrada, seja por uma limitação de referencial teórico ou por dificuldade na apropriação desta visão nova de saúde mental, a prática ainda não é estabelecida de forma qualificada.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a pesquisa e experiências anteriores com as enfermeiras, foi possível perceber que acontece atualmente um despertar, ou um apropriar-se da saúde mental na Atenção Básica, principalmente após algumas visitas de matriciamento dos CAPS e também dos NASFs, e de conversas a respeito de Saúde Mental.

Percebe-se que, o que antes era somente passível de encaminhamento, atualmente já gera angústia de fazer algo, começando pelos encaminhamentos corretos, pela necessidade de saber como cada serviço pode contribuir no tratamento de pacientes e aonde é o lugar correto para o encaminhamento.

Além disso, muitas enfermeiras vão mais a frente, e tem preocupação em como acompanhar estes pacientes e suas famílias. Como organizar esta demanda dentre as tantas que surgem nas unidades.

Muitas profissionais parecem reconhecer a importância de acolher e acompanhar, estão sensíveis a importância da escuta, investigação, manejo diferenciado, cuidadoso, contato com a família e observação constante. Porém se veem mais preparadas para uma escuta inicial, acabando por focar no encaminhamento e na transferência do cuidado para o profissional que não compõe a equipe mínima da unidade, lhes faltam estratégias de ação.

O papel da Atenção Básica deve estar ligado a promoção, prevenção e acompanhamento longitudinal dos usuários, e estes conceitos aparecem pouco nas respostas das enfermeiras, denotando que a ênfase dada, em relação a saúde mental, nas Unidades de Atenção Básica muitas vezes é ao papel somente de triagem.

O que parece ficar cada vez mais claro é que as profissionais demonstram, na maioria das vezes, querer fazer mais, no entanto estão perdidas entre medos, estigmas, insegurança de como praticar esta atenção, por isso solicitam com tanta ênfase capacitação e suporte de outros profissionais e serviços.

Na pesquisa tem-se presente que as enfermeiras em sua maior parte são novas na profissão e novas em saúde pública, e que o tempo de experiência contribui em grande medida para sensação de segurança.

Além disso, as dificuldades podem estar ligadas também a sobrecarga burocrática e a falta de profissionais. E em relação a isso é importante citar que talvez os profissionais atualmente atuantes na equipe mínima de Atenção Básica não sejam suficientes para dar conta da grande gama de atendimentos que este nível de atenção necessita realizar.

Existe a falta de profissionais e não àqueles inseridos classicamente nas equipes mínimas de ESF, mas de outras profissões que possam estar próximos da equipe, instrumentalizando e principalmente participando do cuidado com o usuário. A participação de outros profissionais, não somente como agentes matriciadores, mas como integrantes desta equipe poderia contribuir de forma contundente para o aumento do escopo de ações possíveis a Atenção Básica.

Os profissionais específicos de saúde mental tem papel fundamental na construção de práticas, na ênfase sobre a saúde mental, em trazer a discussão e auxiliar na criação de estratégias, para que se possa efetivar o cuidado em saúde mental na atenção básica. No entanto, tudo isso é “via de mão dupla” e deve ser construída por todos que fazem parte desta esfera de cuidado, não somente por profissionais específicos da área, mas sim por todos aqueles que tenham contato com os pacientes nas unidades de saúde.

Em relação ao preparo para lidar com saúde mental, mesmo tendo como predominante a autopercepção das enfermeiras como ainda não totalmente capazes, a contribuição das que se sentem bem com atendimentos desta natureza, e das dúvidas daquelas que não se sentem, pode construir um processo de educação voltado ao trabalho, não só da equipe de enfermeiras como um todo, mas também para as equipes de Atenção Básica em geral.

O Ministério da Saúde adota uma postura, em muitos momentos, reticente em relação às funções práticas relacionadas à saúde mental, parece optar por abordar em linhas gerais. Isso porque cada município vive uma realidade diferente e pode se organizar conforme a mesma. Contudo, para que as equipes se sintam mais seguras do seu papel e seja possível perceber com mais clareza com o que cada nível de atenção pode contribuir, é necessário a elaboração de um protocolo de Saúde Mental do município.

O protocolo teve início anteriormente, no ano de 2012, a ser elaborado pela equipe de saúde mental e entende-se que é importantíssima sua retomada. A

necessidade do protocolo é percebida constantemente na pesquisa pelas enfermeiras participantes, e sugere-se que estas possam ter sua participação na elaboração do mesmo, por meio de uma representação da Atenção Básica, uma enfermeira que esteja afinada do tema, tenha vontade de participar e seja disponibilizada pelo município para tal. Além da enfermeira a participação de membros do NASF, principalmente psicólogos, que possam contribuir com sua experiência, é de grande valia.

Pelas necessidades mapeadas na pesquisa este protocolo deve orientar desde a abordagem dos pacientes, até atividades que possam ser realizadas e as que já são, encaminhamentos necessários, levantamento de sinais e sintomas, fluxos, etc. Deve estar pautado nas práticas de Clínica Ampliada, fortalecendo o entendimento dos profissionais de perceberem o sujeito como um todo, rodeado por um contexto específico que faz parte de seu quadro atual. Um protocolo que aborde somente, diagnósticos e práticas, centrado no transtorno, não irá satisfazer as principais dúvidas dos profissionais. Estes desejam algo em que possam se pautar para construir um manejo adequado, uma postura profissional condizente com a visão recente de saúde mental.

As necessidades maiores dizem respeito não somente ao manejo técnico, principalmente as questões subjetivas envolvidas na abordagem, e um protocolo que busque suprir estas necessidades deve manter o vínculo com a estrutura de acompanhamento do sujeito a partir de um olhar psicossocial.

Julga-se importante também um diagnóstico da situação de saúde mental nas comunidades, elencando problemas prevalentes, situações de risco, uso de medicamentos psiquiátricos, dispositivos comunitários (grupos, oficinas, espaços de lazer...), entre outros. Este mapeamento dá visibilidade à saúde mental na atenção básica e possibilita a criação de estratégias em nível comunitário, regional (por regionais de saúde) e municipal.

Para a apropriação da temática e dos protocolos de atenção sugere-se que seja realizada uma capacitação mínima dos profissionais. Entende-se que esta capacitação pode ocorrer durante os encontros de apoio matricial com a participação da equipe de saúde mental e, tendo como inspiração a educação permanente, ou seja, por meio da promoção da discussão prática dos assuntos e não com explicações e/ou capacitações tradicionais.

Estes encontros podem ter início com práticas que propiciem a reflexão dos profissionais em relação a sua própria saúde mental, sensibilizando-os para a temática. Além disso, na pesquisa foi demarcado fortemente a dificuldade em abordar os pacientes considerados de saúde mental e suas famílias, e o exercício da empatia tem impacto efetivo neste tipo de manejo.

Tendo em vista as reflexões acima e os dados explorados, é possível perceber o quanto a saúde mental precisa de cuidado, na Atenção Básica a Saúde. A Atenção Básica como porta de entrada e esfera que se responsabiliza e acompanha longitudinalmente a população, deve manter-se atenta aos problemas de saúde mental, tanto pelo impacto que têm sobre a vida dos sujeitos, quanto pela prevalência de ser cerca de metade dos casos atendidos nas Unidades.



## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Aline Lage et al . As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, mar. 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 03 fev. 2013.

AMESTOY, Simone Coelho et al . Produção científica sobre liderança no contexto da enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000100030&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100030&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 26 fev. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100030>.

BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 28, n. 3, 2008.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; VERDI, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2013 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000900032&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900032&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 06 fev. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900032>.

BRASILa. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2011. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011** que Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Assistência a

Saúde. **Relatório final da oficina de trabalho para discussão do plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.** Março de 2001. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/oficina\\_plano\\_inclusao\\_saude\\_mental\\_atencao\\_basica.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/oficina_plano_inclusao_saude_mental_atencao_basica.pdf). Acesso em: 07/02/2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**– Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASILb. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010.** Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011. 106p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Oct. 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Feb. 2007.

Canabrava DS, Souza TS, Fogaça MM, Guimarães AN, Borille DC, Villela JC, Danski MTR, Maftum MA. Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2010;12(1):170-6. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a21.htm>. acesso em 12/02/2013.

CAVALHERI, Silvana Chorratt. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, Feb. 2010 Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100009&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Feb. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100009>.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Organizadora) [et al.]. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2013 Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800026&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800026&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 07 fev. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>.

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, jun. 2004 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342004000200011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000200011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 15 fev. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000200011>.

DANTAS G et al. Prevalência de transtornos mentais menores e subdiagnóstico de sintomas depressivos em mulheres na atenção primária. **Rev HCPA**. 2011;31(4).

DIMENSTEIN, Magda et al . O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, Mar. 2009.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini et al . Construindo um modelo de sistema de cuidados. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, jun. 2007 .

FREIRE, Francisca Marina de Souza and PICHELLI, Ana Alayde Werba Saldanha **Princípios norteadores da prática psicológica na atenção básica: em busca da integralidade**. *Psicol. cienc. prof.*, Dez 2010, vol.30, no.4, p.840-853.

HENGARTNER MP, et al. Atitudes de profissionais de saúde mental em relação a indivíduos com esquizofrenia: uma comparação transcultural entre Suíça e Brasil. **Rev Psiq Clín**. 2012;39(4):115-21

MIELKE, Fernanda Barreto; COSSETIN, Andiara; OLSCHOWSKY, Agnes. O conselho local de saúde e a discussão das ações de saúde mental na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, jun. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000200017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200017&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 03 fev. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200017>.

MARAGNO, Luciana et al . Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, ago. 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000800012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800012&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 30 mar. 2013.

MONTENEGRO, Livia Cozer; PENNA, Cláudia Maria de Mattos; BRITO, Maria José Menezes. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, set. 2010 .

MOREIRA, Juliana Kelly Pinto et al . Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 3, 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852011000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000300012&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 Mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852011000300012>.

NEVES, Hilton Giovani; LUCCHESI, Roselma; MUNARI, Denize Bouthelet. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, ago. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000400025&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400025&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 12 fev. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400025>.

OLIVEIRA FB, Silva JCC, Silva VHF, Cartaxo CKA. O trabalho de enfermagem em saúde mental na estratégia de saúde da família. **Rev Rene, Fortaleza**, 2011 abr/jun; 12(2):229-37.

PINHO, Leandro Barbosa de; HERNÁNDEZ, Antonio Miguel Bañon; KANTORSKI, Luciane Prado. Serviços Substitutivos de Saúde Mental e Inclusão no Território: Contradições e Potencialidades. *Cienc Cuid Saude* 2010 Jan/Mar; 9(1):28-35.

RAUEN, Fabio José. **Roteiros de Investigação Científica**. Tubarão, SC. Editora Unisul, 2002.

RODRIGUES, Euzilene da Silva; MOREIRA, Maria Inês Badaró. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, set. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000300007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 07 fev. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300007>.

RIBEIRO, Laiane Medeiros et al. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, jun. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000200019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200019&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 04 fev. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200019>.

SILVA, Eneida Rejane Rabelo da, et al. **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Dados Eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2011.

TEIXEIRA, Elizabeth; **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa**. Petrópolis, RJ, Editora Vozes, 2005.

VECCHIA, Marcelo Dalla; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009. . .

VIEIRA, Alcivan Nunes; SILVEIRA, Lia Carneiro; FRANCO, Túlio Batista. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jun. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462011000100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 19 fev. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000100002>.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

	<b>Set e Out</b>	<b>Nov e Dez</b>
<b>CENTRO</b>	<b>Equipe de matriciamento* (c/ CAPS II)</b>	<b>Equipe de matriciamento* (c/ CAPS III)</b>
<b>Centro Tarde</b>	25/09	<b>11/12</b> (reunião das 15h as 17h)
	Karina, Denise	
<b>ESF Santa Bárbara Manhã</b>	<b>11/09</b>	<b>06/11</b>
	Douglas, Denise, Samira	
<b>ESF Morro Estevão Tarde</b>	02/10	20/11
	Karina, Denise, Samira	
<b>ESF Milanese Tarde</b>	<b>11/09</b>	<b>06/11</b>
	Karina, Denise	
<b>ESF São Simão Manhã</b>	<b>18/09</b>	<b>13/11</b>
	Douglas, Denise	
<b>Mina do Mato Tarde</b>	16/10	<b>11/12</b>
	Karina, Denise	
<b>ESF Primeira Linha Tarde</b>	<b>18/09</b>	<b>13/11</b>
	Karina, Denise	
<b>ESF Quarta Linha Tarde (2)</b>	09/10	27/11
	Karina, Denise	
<b>São Luiz Tarde</b>	30/10	18/11
	Karina, Denise	
<b>Mina do Toco Manhã</b>	23/10	<b>11/12</b>
	Douglas, Denise	

Obs: as reuniões são – manhã: 10h às 12h / tarde: 13h às 15h

Datas em **negrito** são unidades que serão visitadas na mesma data em turnos diferentes.

	<b>Set e Out</b>	<b>Nov e Dez</b>
<b>BOA VISTA</b>	<b>Equipe de matriciamento* (c/ CAPS III)</b>	<b>Equipe de matriciamento* (c/ CAPS II ad)</b>
<b>24 Horas Boa Vista Tarde</b>	18/09	06/11
	Residentes, Carla	Residentes e Mirian, Carla
<b>ESF Paraíso Tarde</b>	11/09	13/11
	Residentes, Carla, Fernanda	Residentes e Cristine, Carla
<b>ESF Santo Antônio Manhã</b>	25/09	27/11
	Fernanda	Priscila, Fernanda
<b>ESF Santa Augusta Tarde</b>	09/10	11/12
	Carla	Janaina, Carla
<b>ESF Pinheirinho Tarde</b>	<b>16/10</b>	<b>18/12</b>
	Residentes, Carla	Residentes, Dejair, Carla
<b>ESF Pinheirinho Alto – Tarde</b>	<b>16/10</b>	<b>18/12</b>
	Residentes, Carla	Residentes, Carla
<b>Verdinho Manhã</b>	30/09	<b>18/12</b>
	Fernanda	Eliziane, Fernanda
<b>Sangão Tarde</b>	<b>02/10</b>	<b>20/11</b>
	Carla	Solange, Carla
<b>São Roque Tarde</b>	<b>02/10</b>	<b>20/11</b>
	Carla	Carla

Obs: as reuniões são – manhã: 10h às 12h / tarde: 13h às 15h

- Datas em **negrito** são unidades que serão visitadas na mesma data em turnos diferentes.

- As Unidades Pinheirinho e Pinheirinho Alto, Sangão e São Roque – farão as reuniões juntas, mesma data e mesmo horário. Sendo que as equipes de Sangão e São Roque se encontrarão na unidade do Sangão.



	<b>Set e Out</b>	<b>Nov e Dez</b>
<b>SANTA LUZIA</b>	<b>Equipe de matriciamento* (c/ CAPS II ad)</b>	<b>Equipe de matriciamento* (c/ CAPS i)</b>
<b>ESF Mineira Nova Tarde</b>	11/09	06/11
	Mirian	Residentes
<b>ESF Mineira Velha Manhã</b>	18/09	13/11
	Residentes e Ana Cristina	
<b>ESF Vila Belmiro Tarde</b>	<b>02/10</b>	<b>20/11</b>
	Residentes e Solange	Residentes
<b>ESF Mina União Tarde</b>	<b>25/09</b>	<b>27/11</b>
	Cristine	
<b>ESF Vila Manaus Manhã</b>	<b>02/10</b>	<b>20/11</b>
	Eliziane	
<b>ESF São Sebastião Manhã</b>	09/10	<b>11/12</b>
	Residentes e Kátia	Residentes
<b>ESF São Defende Tarde</b>	16/10	11/12
	Janaina	
<b>Policlínica Santa Luzia Manhã</b>	<b>25/09</b>	<b>27/11</b>
	Priscila	
<b>Mãe Luzia Manhã</b>	23/10	<b>18/12</b>
	Ana Cristina	
<b>ESF Nova Esperança Tarde</b>	30/10	<b>18/12</b>
	Residentes e Dejair	Residentes

Obs: as reuniões são – manhã: 10h às 12h / tarde: 13h às 15h

- Datas em **negrito** são unidades que serão visitadas na mesma data em turnos diferentes.

	<b>Set e Out</b>	<b>Nov e Dez</b>
<b>RIO MAINA</b>	<b>Equipe de matriciamento* (c/ CAPS i)</b>	<b>Equipe de matriciamento* (c/ Cons. na Rua)</b>
<b>ESF Vila Francesa Tarde</b>	25/09	<b>27/11</b>
	Andréia	Gisele, Andréia
<b>Policlínica Rio Maina Tarde</b>	18/09	20/11
	Residentes, Andréia	Residentes Lia, Andréia
<b>ESF Metropol Manhã</b>	09/10	06/11
	André	Marcella, André
<b>ESF Wosocris Tarde</b>	16/10	<b>18/12</b>
	Andréia	Gizeli, Andréia
<b>Colonial Manhã</b>	02/10	<b>27/11</b>
	André	Elo, André
<b>ESF Laranjinha Manhã</b>	23/10	11/12
	Residentes, André	Residentes, Jaque, Andréia
<b>São Marcos Manhã</b>	11/09	13/11
	André	Grasi, André
<b>ESF Vila Zuleima Manhã</b>	30/10	<b>18/12</b>
	André	Gabi e juli, André

Obs: as reuniões são – manhã: 10h às 12h / tarde: 13h às 15h  
- Datas em **negrito** são unidades que serão visitadas na mesma data em turnos diferentes.

	<b>Set e Out</b>	<b>Nov e Dez</b>
<b>PRÓSPERA</b>	<b>Equipe de matriciamento* (c/ Cons. na Rua)</b>	<b>Equipe de matriciamento* (c/ CAPS II)</b>
<b>24 Horas Próspera Tarde</b>	18/09	06/11
	Marcella	
<b>ESF Imigrantes/ Vila Rica Manhã</b>	11/09	13/11
<b>ESF Linha Batista Manhã</b>	25/09	<b>20/11</b>
	Grasi	
<b>ESF Argentina Tarde</b>	02/10	<b>20/11</b>
	Lia	
<b>ESF Brasília Tarde</b>	<b>09/10</b>	<b>27/11</b>
	Gisele	
<b>ESF N. Sra da Salette Manhã</b>	<b>09/10</b>	<b>27/11</b>
	Residentes, Eloisa	Residentes
<b>ESF CSU Manhã</b>	16/10	<b>11/12</b>
	Jaqueline	
<b>ESF Renascer Tarde</b>	23/10	<b>11/12</b>
	Gizeli	
<b>ESF Ana Maria Manhã</b>	<b>30/10</b>	<b>18/11</b>
	Residentes, Gabi	Residentes
<b>ESF Cristo Redentor Tarde</b>	<b>30/10</b>	<b>18/11</b>
	Juli	

Obs: as reuniões são – manhã: 10h às 12h / tarde: 13h às 15h  
- Datas em **negrito** são unidades que serão visitadas na mesma data em turnos diferentes

## **APÊNDICE B**

**INSTRUMENTO DE APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL –**  
**Projeto Terapêutico Singular**

Instituição Assistencial de Saúde:		Profissional Responsável pelo Atendimento:	
Nome:		Sexo:	Idade:      Data Nasc: / /
Endereço:		Nº:	Bairro:
Telefone:	Cuidador/ Responsável:		Data Atendimento:
<b>Motivo do Matriciamento:</b>			
<b>Informações sobre o Indivíduo, Família e o Ambiente</b> (constituição familiar, moradores da casa, conflitos, condição socioeconômica):			
<b>Problema Referido no Atendimento</b> (Visão da pessoa, familiar ou outros):			
<b>História do Problema Atual</b> (Início, fator desencadeante, sintomas, intervenções realizadas, encaminhamentos e tratamento):			
<b>Vida Social</b> (Participação de Grupos, Instituições, Rede de Apoio Social e Situação Econômica):			
<b>Ação - Planos de Cuidado elaborado pela Equipe de Matriciamento e Atenção Básica:</b>			
<b>Ação</b>	<b>Responsável</b>	<b>Avaliação / Observação</b>	

## APÊNDICE C

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este documento, eu \_\_\_\_\_, portador (a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro que estou ciente da pesquisa “PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS GERENTES DE UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE FRENTE ÀS DEMANDAS DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA”, realizada pelo Programa de Residência Multiprofissional Em Atenção Básica/Saúde da Família pela residente Deise Patrício dos Santos, orientada pela professora, Psicóloga, Graziela Amboni CRP 12/03000. Assim como, me manifesto ciente que a pesquisa se justifica pela necessidade de identificar a compreensão dos enfermeiros(as) em relação a atenção a Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde para relacionar esta compreensão ao processo de Apoio Matricial a ser realizado, aumentando assim e efetividade da Saúde Mental no Município de Criciúma /SC.

Outrossim, manifesto meu conhecimento sobre meus direitos assegurado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, em relação ao anonimato e sigilo referente às informações fornecidas e sobre meus direitos de desistir a qualquer tempo de participar durante o processo de investigação.

Assino o termo de consentimento após ter discutido a proposta do projeto, o método e esclarecido minhas dúvidas, e estou de acordo em participar voluntariamente da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

Criciúma \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2012.

\_\_\_\_\_  
Deise Patrício dos Santos  
Psicóloga CRP 12/08544  
Contato: (48) - 99169096

\_\_\_\_\_  
Prof. Msc. Graziela Amboni  
Psicóloga CRP 12/03000  
Orientadora Responsável  
Contato: (48) 88146448

## APÊNDICE D



**APOIO MATRICIAL DA ATENÇÃO BÁSICA - SAÚDE MENTAL**

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

1. Você esta formada(o) em enfermagem a quanto tempo? \_\_\_\_\_
2. Há quanto tempo trabalha como enfermeira(o) em saúde pública? \_\_\_\_\_
3. Há quanto tempo trabalha em Unidade de Atenção Básica? \_\_\_\_\_
4. Você trabalha em ( ) UBS ou ( ) ESF
5. O que é atendimento a saúde mental na atenção básica?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.
6. Existem ações que são realizadas na sua Unidade que podem ser consideradas atendimentos de Saúde Mental na Atenção Básica? ( ) **sim** ( ) **não**, quais?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.
7. Quais suas principais dúvidas relacionadas à saúde mental?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.
8. Quais temas você gostaria que fossem abordados no processo de matriciamento de saúde mental?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.
9. Você se percebe preparada(o) para realizar atendimentos de saúde mental?  
( ) **sim** ( ) **não**, Porque?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.
10. Você percebe sua equipe preparada para realizar atendimentos de saúde mental?

( ) **sim** ( ) **não**, Porque?

---

---

---

---

Obrigada pela sua contribuição!  
Com ela vamos construir uma Atenção Básica a Saúde cada vez melhor