

APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL PARA REDE BÁSICA EM BELO HORIZONTE

ALEXANDRE DE ARAÚJO PEREIRA

Na última década, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) - e a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) têm trazido contribuições importantes no sentido da reformulação da atenção à saúde no país. Ambos defendem os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e propõem uma mudança radical no modelo de assistência à saúde, privilegiando a descentralização e a abordagem comunitária / familiar, em detrimento do modelo tradicional, centralizador e voltado para o hospital. Estas políticas de saúde vêm trazendo grandes avanços no processo de municipalização da saúde e vêm contribuindo para a transformação do modelo assistencial vigente em nosso país.

Levando em conta o exposto acima, o Ministério da Saúde (MS), representado pelas Áreas Técnicas de Saúde Mental e da Atenção Básica, promoveram duas oficinas de trabalho. Esses encontros tiveram, como objetivo, acumular informações e vivências no sentido de formalizar uma proposta concreta e conjunta no sentido da incorporação de ações de saúde mental por parte das equipes da ESF em todo o território nacional. No **Primeiro Seminário de Incorporação de Ações de Saúde Mental na Atenção Básica** em 2001, participaram 62 pessoas, de diversos estados brasileiros. Em 2003, houve novo encontro, que contou com a participação de 49 pessoas, cujos resultados foram consolidados no **Relatório da Oficina de Saúde Mental: Desafios da Integração com a Rede Básica**. Dois outros eventos foram promovidos com os mesmos objetivos: o **Seminário Internacional para Formação de Recursos Humanos na Saúde Mental**, em 2002 e o **Seminário de Saúde Mental na Atenção Básica - O Vínculo e o Diálogo Necessários**, realizado durante a última reunião do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental em 2004. Mais recentemente, com a **Portaria GM 154/2008**, a Coordenação da Atenção Básica do MS reconheceu a importância de que hajam maiores avanços na implantação das ações de saúde mental na Atenção Primária através da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essa Portaria recomenda, fortemente, a inclusão de profissionais de saúde mental como operadores do Apoio Matricial¹.

¹ O Apoio Matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, profissionais de alguma área da saúde, compartilham alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da ESF de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidade ou em atendimentos conjuntos. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa

Todas essas iniciativas ratificaram o Relatório Anual da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2001 que recomenda, de forma enfática, a incorporação de ações de saúde mental na atenção primária, como estratégia fundamental para ampliação do acesso à esta modalidade de assistência.

É importante destacarmos que os problemas relacionados à saúde mental ocupam um lugar de destaque no adoecimento da população. Pesquisas apontam para prevalências de 20 a 40 % de transtornos mentais em estudos de base populacional e em serviços de saúde. Estudos recentes da OMS indicam que entre indivíduos com idade entre 15 e 44 anos, constatou-se que 12,3% da sobrecarga total decorrente de doença são originados de transtornos mentais, assim como 30,8% dos Anos Vividos com Incapacidade (AVI). Transtornos psiquiátricos graves fazem parte destas estatísticas, como: depressão unipolar, dependência de álcool, esquizofrenia, transtorno de humor bipolar.

Os Serviços de Saúde Mental, existentes na maioria das cidades brasileiras, têm se dedicado a desinstitucionalização de usuários longamente internados e ao tratamento do sofrimento psíquico grave. Além disso, uma grande parte do sofrimento psíquico continua sendo objeto do trabalho da atenção básica.

No Brasil ainda são poucos os estudos sobre transtornos mentais proveniente de pacientes que freqüentam as unidades gerais de saúde e, em particular, as unidades vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF). No Quadro 01, destacamos os principais estudos de prevalência de transtornos mentais em unidades básicas de saúde realizados no país:

umentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local estimulando a interdisciplinaridade e a aquisição de novas competências para a atuação em saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial. Brasília: 2004. Série F. Comunicação e Educação em Saúde.

Quadro 01. Prevalência de Transtornos Mentais em Unidades de Atenção Geral a Saúde no Brasil

| AUTOR | ANO | LOCAL | INSTRUMENTO | RESULTADOS |
|-----------------|--------------|---|------------------------------|--------------------------------------|
| Busnello et al. | 1983 | | SRQ-20 Entrevista clínica | TMC: 55% Casos Confirmados: 48,5% |
| Mari | 1986 1987 | Centro de Saúde / Ambulatório Geral de Hospital | SRQ-20 GHQ12(2/3) CIS | TMC: 47 a 56% TMM:25 a 27% |
| Iacoponi | 1989 | Centro de Saúde | SRQ20 | TMC: 53% |
| Villano | 1995 | Ambulatório Medicina Integral (Geral) em Hosp. Universitário | GHQ-12 CIDI | TMC: 20,9% a 41,8% TMM: 38% |
| Fortes | 2004 | Unidade de Saúde da Família | GHQ12 CIDI | TMC: 56% TMM: 33% |

Nota: TMC (Transtornos Mentais comuns), TMM (Transtornos Mentais Maiores), SRQ (Self-Reporting Questionnaire), GHQ (General Health Questionnaire), CIS (Clinical Interview Shedule), CIDI (Composite International Diagnostic Interview)

Fonte: Adaptado de Fortes (2004)

Dentre os estudos apresentados, o de Fortes (2004) merece uma exposição mais detalhada de seus resultados já que foi o único que ocorreu dentro do atual contexto da ESF. Foram avaliados 714 pacientes atendidos em 5 unidades da ESF do município de Petrópolis, Estado do Rio de Janeiro, entre agosto a dezembro de 2002. Detectou-se uma prevalência média de 56% de Transtornos Mentais Comuns (TMC) nos pacientes, sendo que 33% do total eram de quadros graves. Constituíam-se principalmente de Transtornos Depressivos e Ansiosos, destacando-se também os Transtornos Somatoformes e Dissociativos. A conclusão do estudo confirma a alta prevalência de TMC na clientela da ESF, e esta se apresenta principalmente a partir de transtornos ansiosos, depressivos, somatoformes e dissociativos. Esses resultados apontam para a importância da estruturação de formas de atendimento alternativas, incluindo não medicamentosas, e a necessidade de se capacitar as equipes da ESF para a abordagem dos problemas psicossociais dessa clientela.

A autora aponta que, embora alta, a presença de patologia mental nos pacientes atendidos na rede básica de saúde, costuma passar despercebida no atendimento prestado a esses pacientes. Segundo alguns estudos internacionais é baixa a eficiência do atendimento a esses pacientes nesse nível do sistema de saúde. Um dos fatores que diminuem a qualidade desse atendimento é a incapacidade dos profissionais, principalmente médicos, de corretamente

diagnosticar e tratar as patologias mentais presentes na sua clientela habitual. Dentre as dificuldades encontradas pelos profissionais médicos destaca-se a forma de apresentação do sofrimento mental nesses casos. Como já foi dito, predomina nesses pacientes a apresentação de sintomas físicos associados às patologias mentais, e esses não são compreendidos pelos médicos gerais como manifestações de transtorno mental. Frequentemente o que aparece são queixas somáticas difusas, inespecíficas e mal caracterizadas, que não são reconhecidas como estando associadas a transtornos mentais e que constituem a maioria dos ditos “pacientes poliqueixosos”, grandes usuários de serviços médicos.

O MS e a OMS acreditam que uma rede diversificada de serviços de saúde mental, articulada com a incorporação de ações de saúde mental na atenção básica, contribuirá para acelerar o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, oferecendo melhor cobertura assistencial aos agravos mentais que, historicamente, apresentam grande dificuldade para entrar no circuito de atenção à saúde no âmbito do SUS.

A atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma **rede de cuidados**, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Por isso fazem parte também da atenção básica tendo em vista sua caracterização como porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Essa atenção deve fundamentar-se nos princípios do SUS, principalmente os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade e nos princípios da Reforma Psiquiátrica: cuidar em liberdade, tutelar para a autonomia e trabalhar para a emancipação da vida.

Como podemos observar, nos últimos anos, a implantação das políticas da saúde no âmbito da Atenção Básica e da Saúde Mental têm apresentado inúmeras convergências.

Podemos sintetizar como princípios fundamentais dessa articulação, os seguintes aspectos:

- A organização da atenção à saúde deve obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento;
- A responsabilidade pelo cuidado aos usuários no território deve ser compartilhada entre as equipes da Atenção Básica e Equipes de Saúde Mental, excluindo a lógica do encaminhamento, visando aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local;

- Desinstitucionalização dos usuários longamente internados em hospitais psiquiátricos e redução das internações psiquiátricas em geral;
- Integralidade: a atenção básica deve responsabilizar-se por todos os usuários residentes em seu território, inclusive pelas necessidades de saúde das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes;
- Multiprofissionalidade/interdisciplinaridade: a atenção à saúde mental exige trabalho em equipe;
- Reabilitação psicossocial: visa à promoção da cidadania e à construção da autonomia possível de usuários e familiares;

A Política de Saúde Mental de Belo Horizonte vem sendo construída há 15 anos dentro dessas diretrizes. Sua rede de dispositivos é composta pelos serviços específicos de cuidados em saúde mental (09 Centros de Referência em Saúde Mental - CERSAM, 58 Equipes de Saúde Mental da Rede Básica, 10 Serviços Residenciais Terapêuticos, 09 Equipes Complementares de Atenção à Criança e ao Adolescente), pelas unidades assistenciais de saúde geral (01 Serviço de Urgência Psiquiátrica no Hospital Geral, SAMU e 508 Equipes da Estratégia de Saúde da Família), além dos recursos intersetoriais e da comunidade (09 Centros de Convivência e 01 Incubadora de Empreendimentos Solidários).

Em Belo Horizonte, a implantação da Estratégia de Saúde da Família no ano de 2002 imprimiu uma nova dinâmica no trabalho das Equipes de Saúde Mental, psiquiatras e psicólogos, que atuavam na rede básica de saúde desde a década de 80. Atualmente estas equipes realizam o chamado Apoio Matricial junto às equipes da rede básica de saúde. Assim, as Equipes de Referência em Saúde Mental lotadas nos Centros de Saúde, bem como nos CERSAM, são as responsáveis pela condução direta dos usuários portadores de transtornos mentais de maior complexidade, ao mesmo tempo em que matriciam as Equipes da Estratégia de Saúde da Família com o objetivo de que estas atendam de forma resolutiva os casos de menor complexidade assistencial, bem como colaborem na assistência aos quadros mais severos e persistentes.

O termo “matricial” está relacionado à noção de matriz, isto é, lugar de onde algo emerge, é gerado, criado. No entanto, para que algo novo seja criado é necessário o encontro de diferentes saberes e práticas. Dessa forma, o apoio matricial da saúde mental às equipes da atenção básica proposto nada mais é que o encontro destes diferentes conhecimentos, saberes, práticas para que a partir desse encontro possam se constituir propostas de ações na construção de Projetos Terapêuticos Singulares. Assim, o saber em saúde mental historicamente

reconhecido como inerente a determinados profissionais é compartilhado com a equipe da atenção básica.

De maneira prática, o matriciamento ocorre quando os profissionais de saúde mental se reúnem com os profissionais da rede básica para discussão de casos e planejamento de ações conjuntas, nas reuniões semanais de microárea ou nas reuniões distritais, que ocorrem a cada 21 dias. Estes encontros são fundamentais para a adequação das condutas prestadas na rede assistencial de Belo Horizonte já que a experiência acumulada até aqui aponta que as ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica, em alguns locais, são orientadas pela prática da psiquiatria tradicional, onde a medicalização e o encaminhamento para a rede especializada são os instrumentos de escolha. Esta condição não vai ao encontro do que prevê a Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental, pois as práticas de saúde mental desenvolvidas na atenção básica não devem apresentar um caráter medicalizante ou produtor da psiquiatrização e psicologização do sujeito e de suas necessidades. Por isso é necessária a articulação da rede de cuidados tendo como objetivo a integralidade do sujeito, constituindo um processo de trabalho voltado para as necessidades singulares e sociais e não somente para a simples resolução de queixas / sintomas dos mais diversos.

Objetivos do Apoio Matricial:

- a) Desenvolver ações conjuntas, priorizando: casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica;
- b) Contribuir para o acolhimento das necessidades dos usuários em sua complexidade visando impedir a psiquiatrização e psicologização do sofrimento, bem como impedir a medicalização dos problemas sociais e econômicos e de situações individuais e familiares comuns à vida cotidiana;
- c) Socializar e produzir conhecimentos em conjunto com as equipes de referência da atenção básica;
- d) Compartilhar responsabilidades;
- e) Favorecer a ampliação e diversificação das ações conjuntas em busca de respostas às necessidades do usuário;
- f) Discutir casos identificados pelas equipes da atenção básica que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas;

- g) Criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados a violência, abuso de álcool e outras drogas, estratégias de redução de danos, etc. nos grupos de risco e na população em geral;
- h) Fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura;
- i) Contribuir na desinstitucionalização dos usuários com transtornos mentais com longo histórico de internações;
- j) Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como grupos comunitários, oficinas de geração de renda e outras, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda, etc);
- k) Incentivar e apoiar a organização de iniciativas de inclusão social pelo trabalho;
- l) Priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental, que podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, bem como na comunidade;
- m) Adotar a estratégia de redução de danos nos grupos de maior vulnerabilidade, no manejo das situações envolvendo consumo de álcool e outras drogas. Avaliar a possibilidade de integração dos agentes redutores de dano a essa equipe de apoio matricial;
- n) Trabalhar o vínculo com as famílias, tomando-a como parceira no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração;